
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев, Ж.Т. Конурбаева, Р.К. Кубатбеков, А.Г. Пак

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

кафедра факультетской хирургии

(зав. каф. – д.м.н., проф., член-корр. НАН КР Р.А. Оморов)

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

E-mail: rustamkubatbekov10@gmail.com

Резюме. В данной работе представлены результаты хирургического лечения 40 пациентов с неопухолевыми патологиями кардиоэзофагеальной зоны. После рутинных общеклинических инструментальных и специфических (эндоскопический и рентгенологический) методов обследования была произведена операция в объеме круорографии и фундопликации по Ниссену под эндотрахеальной анестезией. Специфических осложнений, связанных с операцией, не было. Летальных случаев не отмечено. Пациенты после операции были выписаны из клиники с улучшением. Полученные хорошие результаты, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения неопухолевыми патологиями кардиоэзофагеальной зоны.

Ключевые слова: неопухолевая патология кардиоэзофагеальной зоны, диагностика и хирургическое лечение.

КАРДИОЭЗОФАГИАЛДЫК АЙМАГЫНЫН ШИШИКТИК ЭМЕС ПАТОЛОГИЯСЫНЫН ДИАГНОСТИКА ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУ

Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев, Ж.Т. Конурбаева, Р.К. Кубатбеков, А.Г. Пак

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,

факультеттик хирургия кафедрасы

(кафедра башчысы – м. и. д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Р.А. Оморов)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште кардиоэзофагиалдык аймагын шишик эмес патологиясы менен 40 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары берилген. Күнүмдүк жалпы клиникалык жана аспаптык конкреттүү (эндоскопиялык жана рентген нурлары) колдонулгандан кийин эндотрахея анестезиясы астында көлөмү операция Круорофии жана Ниссен фундопликациясы ишке ашырылган. Хирургиялык жол менен байланышкан белгилүү бир кыйынчылыктар, болгон эмес. Каза белгиленген эмес. Хирургиялык кийин бейтаптар жакшыртуу менен ооруканадан чыкты. Алынган жакшы жыйынтыктар, бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртуу кардиоэзофагиалдык айма-

гынын башка оорулардын хирургиялык дарылоонун биздин тандалган ыкмасы ак-
тайт.

Негизги сөздөр: Кардиоэзофагиалдык аймагынын шишик эмес патологиясы, диа-
гностика жана Хирургиялык дарылоо.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF NON-TUMOR PATHOLOGY OF THE CARDIOESOPHAGEAL ZONE

R.A. Omorov, B.K. Osmonaliev, J.T. Konurbaeva, R.K. Kubatbekov, A.G. Pak

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev,

Chair of faculty surgery

(Head of the department - MD, professor, corr. member NAS KR, R.A. Omorov).

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This paper presents the results of surgical treatment of 40 patients with non-neoplastic pathology of the cardio-esophageal zone. After routine clinical and instrumental and specific (endoscopic and x-ray) examination methods, an operation was performed in the volume of kroraafiya and fundoplication according to Nissen under endotracheal anesthesia. There were no specific complications associated with the operation. Lethal cases are not observed. Patients after surgery were discharged from the clinic with improvement. The obtained good results, improving the quality of life of patients justifies our chosen method of surgical treatment of non-tumor pathology of the cardio-esophageal zone.

Key words: non-neoplastic pathology of the cardioesophageal zone, diagnosis and surgical treatment.

Ведение. Неопухолевая патология кардиоэзофагеальной зоны, которая в основном представлена гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются на сегодняшний день одной из сложных хирургических проблем, их объединяют существенные анатомо-функциональные нарушения в кардиоэзофагеальной зоне [1, 2, 3].

ГЭРБ одно из самых частых и многочисленных заболеваний, проявляющееся пищеводными и внепищеводными симптомами. Установлено, что 10% населения Европейских стран и США имеют раз-

личные проявления ГЭРБ [3, 4]. Наиболее частой причиной развития ГЭРБ являются различные виды ГПОД [3, 5].

Из-за высокой распространенности среди населения патологий кардиоэзофагеальной зоны, которые протекают с атипичными клиническими проявлениями, ухудшают качество жизни пациентов и приводят к таким осложнениям, как язва и пептическая стриктура пищевода, пищевод Барретта, диагностика и лечение данной категории пациентов затруднены. Для определения функционального состояния пищеводно-желудочного перехода требуется комплексный подход, включающий в себя рутинные (ла-

бораторные и инструментальные) и специальные (рентгенологический, эндоскопический, рН-метрия, морфологический) методы исследования [6, 7].

Широко применяемые консервативные методы лечения патологий кардиоэзофагеальной зоны из-за длительного диспансерного наблюдения приводят к позднему обращению пациентов в хирургическую клинику, зачастую тяжелым рефлюкс-эзофагитом, осложненным кровотечением, пептической язвой, стриктурой пищевода или малигнизацией метаплазированного эпителия Барретта [7, 8].

На сегодняшний день в арсенале хирургических методов насчитывается более 35 способов оперативного лечения патологий кардиоэзофагеальной зоны, выполняемых как классическими методами, так и с использованием новых, малоинвазивных технологий позволяющим восстановить функцию кардиального жома и, следовательно, устранить гастроэзофагеальный рефлюкс с целью профилактики его осложнений. Вместе с тем, результаты антирефлюксных операций при ГЭРБ не удовлетворяют полностью современным требованиям - осложнения наблюдаются до 17,2% случаев. Из них рецидив рефлюкса у оперируемых пациентов наблюдаются от 6 до 15%, а в 3-6% случаев необходимо выполнение повторных операций [5, 6, 7, 8].

Таким образом, актуально стоит проблема комплексной диагностики и хирургического лечения ГЭРБ и ГПОД, которые позволили бы снизить вероятность развития послеоперационных осложнений и рецидива заболевания.

Материал и методы

Данное исследование основано на результатах лечения 40 пациентов с ГПОД и сопутствующей ГЭРБ находившихся на лечении в хирургических отделениях Городской клинической больницы (ГКБ) №1 г. Бишкек, за период с 2016 года по 2018 год включительно. Среди прооперированных пациентов было 13 (22%) мужчин, женщин – 27 (78%). Возраст колебался от 31 до 81 лет, средний возраст составил 51 год

Длительность заболевания была от 6 месяцев до 5 лет. У 12 (30%) пациентов имелась сопутствующая патология: КБС (5 пациентов), атеросклероз (4), гипертоническая болезнь (3), хронический пиелонефрит (4), бронхолегочные заболевания (4). До госпитализации пациенты были консультированы специалистами для коррекции сопутствующей патологии.

Предоперационное обследование включало в себя рутинные лабораторные и инструментальные методы обследования: общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, свертываемость крови, глюкоза крови, группы крови и резус фактора, маркеров вирусного гепатита В, С, ИФА на ВИЧ, RW, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ). Также специальные методы обследования: эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и полипозиционное рентгенологическое исследование с сульфатом бария.

Эндоскопия является важным этапом в оценке пациентов с ГЭРБ и ГПОД, которым планируется оперативное лечение. Мы проводили пациентам ви-

деоэзофагогастродуоденоскопию на аппаратах FUJINON VP-3500HD и PEN-TAX EPK-1000. Пищевод исследовали на наличие повреждений слизистой оболочки из-за гастроэзофагального рефлюкса, включая изъязвления, пептические стриктуры и пищевод Барретта. Для оценки эндоскопической картины эзофагита использовали классификации Савари-Миллера и Лос-Анджелесскую.

Классификация Савари-Миллера отражает преимущественно глубину поражения эпителия, Лос-Анджелесская классификация отражает распространенность поражения эпителия при эзофагите. II-III степени по Савари-Миллеру и C-D стадии по Лос-Анджелесской классификациям являются патогномичными при ГЭРБ. Данные проведенных нами эндоскопических исследований у пациентов представлены в таблице.

В эндоскопию также включалась оценка гастроэзофагеального створчатого клапана Губарева (Gastroesophageal flap valve – GEFV) по классификации Hill LD и соавторов. При исследовании эндоскоп ретрофлексировали на 180 градусов в желудке, чтобы визуализировать ниже пищеводный сфинктер снизу. Клапан закрывается от 1 до 4 в соответствии с длиной клапана и плотностью прилегания к эндоскопу. При эндоскопии обращается внимание на наличие ГПОД. Грыжа должна измеряться как в верхне-нижнем, так и в боковых измерениях. I, II степени оценивают как норму, III, IV степени определяют как патологию. Эндоскопические данные по классификации Hill LD и соавторов у обследованных нами пациентов представлены в таблице.

Таблица - Данные проведенных эндоскопических исследований

Виды классификаций	Классификация Савари-Миллера при эзофагите (отражает глубину поражения).				Лос-Анджелесской классификация при эзофагите (отражает распространенность поражения).				Классификация Hill LD и соавт. Для оценки ГПОД.			
	I	II	III	IV	A	B	C	D	I	II	III	IV
Степени и стадии	-	23	16	-	-	18	22	-	-	-	7	33
Всего	40				40				40			

Всем пациентам при подтверждении эндоскопических признаков ГПОД с сопутствующей ГЭРБ была проведена полипозиционная рентгенологическое исследования с контрастированием. Рентген исследование с сульфатом бария обеспечивает подробную анатомическую оценку пищевода, желудка, размер и

анатомические характеристики ГПОД. Также рентген исследования с контрастированием выявляют дополнительные желудочно-пищеводные состояния, как дивертикулы пищевода, опухоли, стриктуры, ахалазию, нарушение моторики и гастропарез.

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. После верхне-срединной лапаротомии, ревизии органов брюшной полости и мобилизации левой треугольной связки печени, анестезиологом через ротовую полость в желудок проводился специальный буж №36 (применяемый для бужирования стриктур пищевода), для предотвращения дисфагии после фундопликации по Ниссену. Затем со стороны малого сальника за пищеводом выделялись обе ножки диафрагмы, пищевод брался на держалку (рис. 1), определялась величина отверстия между ними и для решения вопроса о крурорафии. Обе ножки диафрагмы сшивались 2-3 узловыми нерассасывающими швами позади пищевода (рис. 2).



Рис. 1. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Пищевод выделен и взят на держалку.

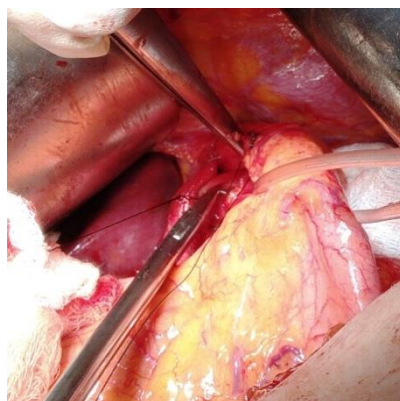


Рис. 2. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Производится задняя крурорафия.



Рис. 3. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Завершение фундопликации по Ниссену.

В области угла Гиса мобилизовали пищеводно-желудочный переход, и производилась фундопликацию по Ниссену с 2-3 швами с обязательным захватом стенки пищевода (рис. 3), данная манипуляция применялась для предотвращения такого осложнения как «соскользнувшая» антирефлюксная манжетка. Если большую кривизну желудка удерживали спайки или короткие желудочные сосуды, их предварительно рассекали до тех пор, пока проведение желудка позади пищевода не было совершенно свободно. После сшивания стенок желудка производился окончательный осмотр операционного поля, замена специального бужа на назогастральный зонд, дренирование и ушивание послеоперационной раны.

Результаты и обсуждение

Во время операции и в раннем послеоперационном периоде у пациентов специфических осложнений, связанных с крурорафией и фундопликацией по Ниссену, не было. Применение специального толстого бужа во время операции

предотвращает дисфагию в послеоперационном периоде. Осложнений со стороны других органов не отмечено. Летальности не было. Ведение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам, инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение

первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу. Специальный буж меняли на более тонкий зонд в конце операции и удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание. Проводился контроль проходимости кардиоэзофагальной зоны с помощью рентгеноскопии сульфатом бария и во всех случаях отмечена положительная динамика. Пациенты на 1-3 сутки активизировались, дренажи удаляли на 2-4 сутки после ультразвукового контроля, а на 8-11 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 28 (70%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 3 лет. Результаты расценены нами как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали изжогу, исчезли боли за груди-

ной, отрыжка, горечь во рту, дисфагия, отмечали улучшение общего самочувствия.

Заключение. Антирефлюксная операция в виде фундопликации по Ниссену позволяет устранить основную причину ГЭРБ, уменьшает риск развития рецидива заболевания. Крурорафия устраняет грыжевое отверстие и препятствует перемещению кардиальной части пищевода в средостение, что имеет немаловажное значение при лечении ГПОД.

Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения ГПОД и ГЭРБ. И хотя было предложено множество оперативных методик, поиски и внедрение новых этапов улучшения результатов хирургического лечения и методик является актуальным и подлежит дальнейшему изучению.

Литература

1. Федоров В.Д. *Избранные лекции по эндовидеохирургии / под ред.* – СПб.: Коста, 2004.- С.14-16.
2. *Хирургические болезни пищевода и кардии / под ред. П.П. Зубарева, В.М.Трофимова.* – СПб.: Фолиант, 2005.- 208 с.
3. Черепанов, Д.Ф. *Оценка эффективности лечения гастроэзофагальной рефлюксной болезни с использованием эндовидеохирургии: дис. на соиск. уч. ст.канд. мед. наук.* – СПб., 2003.- 115 с.
4. Champion, J.K. *Laparoscopic esophagomyotomy with posterior partial fundoplication for primary esophageal motility disorders // Surg. Endosc.*—2000.—Vol. 14, № 8.—P. 746-749.
5. Booth, M.I. *Randomized clinical trial of laparoscopic total (Nissen) versus posterior partial (Toupet) fundoplication for gastroesophageal reflux disease based on preoperative oesophageal manometry / [M.I. Booth, J. Stratford, L. Jones et al.]// Br J Surg.* - 2008. - Vol. 95 (1). – P. 57–63/
6. Fein, M. *Is there a role for anything other than a Nissen's operation/ M. Fein, F. Seyfried // J Gastrointest Surg.*- 2010.-Suppl 1. - S67-74.
7. Shan, C.X. *Evidence-based appraisal in laparoscopic Nissen and Toupet fundoplications for gastroesophageal reflux disease/ C.X. Shan, W. Zhang, X.M. Zheng // World J Gastroenterol.* -2010. – V. 16 (24). - P. 3063–3071.
8. Katz, P.O. *Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease / P.O. Katz, L.B. Gerson, M.F. Vela // Am J Gastroenterol.*-2013.- V. 108 (3) - P. 308–328.