

Выводы. Результаты, полученные при выполнении внутривишневодной манометрии, позволили во всех случаях не только выявить имеющиеся моторные нарушения в зоне нижнего пищеводного сфинктера и тела пищевода, но и установить степень их выраженности.

Литература

1. Бордин Д.С. Методика проведения и клиническое значение манометрии пищевода / Бордин Д.С., Валитова Э.Р., под ред. д.м.н., проф. Л.Б. Лазебника. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2009, - 24 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И., Шестюк А.М., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н.
УЗ «Брестская областная больница» г. Брест

Актуальность темы. В хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) наибольшее распространение на сегодняшний день получили фундопликации по Nissen, Toupet и Dor [1], а также модификации: floppy-Nissen, Nissen-Rozetty, Fekete-Toupet [2]. Успешные отдалённые результаты их применения получены по данным различных авторов примерно у 85% прооперированных [5].

Однако формирование манжеты вокруг пищевода по методу Nissen в отдалённом послеоперационном периоде может привести в 20% случаев к развитию дисфагии [6]. Оценка отдалённых результатов фундопликации Toupet показывает наличие у 5-9% пациентов умеренной изжоги, у 5% - выраженной изжоги [3, 4].

Цель работы - оценить отдалённые результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы с использованием лапароскопической клапанной эзофагофундопликации.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы с апреля 2012 года по апрель 2013 года по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы было прооперировано 49 пациентов. Использовалась методика

лапароскопической клапанной эзофагофундопликации (Приоритетная справка по заявке на изобретение в НЦИС РФ № а 20120935). Среди прооперированных было 11 мужчин и 38 женщин в возрасте от 36 до 72 лет.

По ходу операции производили мобилизацию пищевода, кардии и дна желудка. При этом появляющееся свободное позадипищеводное пространство позволяло беспрепятственно выполнить крурорафию и сформировать острый угол Гиса по задней стенке абдоминального отдела пищевода. Антирефлюксный эффект операции достигался за счёт формирования по задней и левой боковой стенкам абдоминального отдела пищевода острого угла Гиса. При этом повышенное давление, создаваемое рефлюктом в области дна и газового пузыря желудка, воздействует на 90° заднее - левой окружности пищевода. Обязательным условием является фиксация абдоминального отдела пищевода и дна желудка к ножкам диафрагмы. В сформированном антирефлюксном механизме 260° - 270° окружности абдоминального отдела пищевода остаются свободными.

Оценку отдалённых результатов лечения производили в сроки от 4 до 6 месяцев после операции. Осуществляли письменное анкетирование с использованием модифицированных анкет – опросников GERD-Q и GERD-HRQL, Velanovich. На стационарном этапе выполняли сутоную рН – метрию, внутрипищеводную манометрию, полипозиционную рентгеноскопию пищевода и желудка, РКТ ОГК с зондом Блэкмора.

Результаты. Оценка отдалённых результатов хирургического лечения путём письменного анкетирования проведена у 23 пациентов, которые были прооперированы с апреля 2012 года по ноябрь 2013. Было получено 20 ответов. В 16 случаях анкетирование показало положительный эффект после операции. Пациенты были удовлетворены качеством жизни, хотя при анкетировании этих же пациентов до операции во всех случаях отмечена неудовлетворённость качеством жизни. В одном случае на 10 сутки пациенту была выполнена лапаротомия, спленэктомия по поводу двухмоментного разрыва селезёнки. В 3 случаях пациенты отмечали наличие осложнений

после операции в виде: болей, вздутия живота – в 1 случае и послабления стула до 3-7 раз в сутки – в 2 случаях. Данные осложнения мы связываем с травмированием стволов блуждающих нервов по ходу мобилизации и абдоминализации пищевода.

В настоящее время 5 пациентам после операции выполнена внутрипищеводная манометрия, показавшая во всех случаях наличие зоны высокого давления до 15 мм. вод. ст. на 38-42 см от края резцов, что соответствует нормальному расположению зоны пищеводно – желудочного перехода. 7 пациентам выполнена суточная рН – метрия. При этом в 5 случаях интегральный показатель De Miser находился в пределах нормы – ниже 14,75. В двух случаях показатель De Miser составил 51,3 и 21,5, но без наличия у обследуемых клинических проявлений рефлюксной болезни и с отмеченным ими положительным эффектом после выполненной операции.

Выводы.

1. Лапароскопические вмешательства, восстанавливающие угол Гиса могут быть операциями выбора у пациентов с ГЭРБ и ГПОД.

2. Использование описанного механизма фундопликации в отличие от формирования манжеты исключает развитие дисфагии и значительно снижает риск рецидива в послеоперационном периоде.

3. Методика операции, исключая повреждение стволов блуждающих нервов, улучшит отдалённые результаты лечения.

Литература

1. Пучков, К.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / К.В. Пучков, В.В. Филимонов. - Москва: Медпрактика. - 2003. - С. 70.

2. Фомин, П.Д. Неопухолевые заболевания пищевода / П.Д. Фомин, В.В. Грубник. - Москва: Бизнес-Интеллект. - 2008. - С. 61-193.

3. Furnee, E.J. Surgical reintervention after antireflux surgery for gastroesophageal reflux disease. A prospective cohort study in 130 patients / E.J. Furnee [et al.] // Arch. Surg. - 2008. - Vol. 143, № 3. - P. 267-274.

4. Liu, J.Y. Late outcomes after laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux / J.Y. Liu [et al.] // Arch. Surg. - 2002. - Vol. 137. - P. 397-401.

5. Soper, N.J. Anatomic fundoplication failure after laparoscopic antireflux surgery / N.J. Soper // Ann. Surg. - 1999. - Vol. 22. - P. 669-677.

6. Watson, D.I. Multicenter, prospective, double-blind, randomized trial of laparoscopic Nissen vs. anterior 90 partial fundoplication / N.J. Soper [et al.] // Arch. Surg. - 2004. - Vol. 139. - P. 1160-1167.