

МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

А.С. Карпицкий, С.В. Панько, Г.А. Журбенко, Р.И. Боуфалик,
А.М. Шестюк, Д.С. Вакулич, А.Н. Игнатюк

УЗ «Брестская областная больница», Брест

Актуальность темы. Наиболее часто используемыми и признано эффективными операциями в хирургии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) на сегодняшний день являются лапароскопические фундопликации, наибольшую популярность среди которых приобрели методики по Nissen и Toupet [1].

Однако формирование манжеты вокруг пищевода в послеоперационном периоде может привести к возникновению ряда осложнений. Так, после фундопликации по Nissen у 20–40% пациентов развивается дисфагия [5, 6], у 19% — невозможность возникновения отрыжки, каждый десятый вынужден придерживаться определенной диеты на протяжении 2–3 лет [4]. После фундопликации по Toupet в отдаленном периоде от 27 до 29% пациентов беспокоят незначительные эпизоды изжоги, 5–9% страдают от умеренной изжоги, а 5% — от выраженной изжоги [2, 3, 4].

В методиках Nissen и Toupet основную антирефлюксную функцию выполняет манжета, которая по всей окружности или частично сдавливает пищевод без восстановления в полной мере анатомических антирефлюксных механизмов, существующих в норме. Неудовлетворённость отдалёнными результатами антирефлюксных операций привела к поиску новых методик хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Цель работы. Разработать методику хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса и ГПОД, которая позволила бы восстановить анатомические антирефлюксные механизмы в зоне абдоминального отдела пищевода и нижнего пищеводного сфинктера.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы 14 пациентам по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выполнена лапароскопическая клапанная эзофагофундопликация с крурорафией (приоритетная справка по заявке на изобретение в НЦИС РБ № а 20120935). Среди прооперированных 5 мужчин и 9 женщин в возрасте от 36 до 58 лет.

Эндоскопическое вмешательство выполняют с использованием видеолапароскопа, имеющего угол оси обзора 30°. В желудок вводится зонд размером 60Fr. По ходу операции используют 5 лапаропортов. Первый лапаропорт — для видеолапароскопа, устанавливают на 1,5 см выше пупка, второй — для печёночного ретрактора в правом подреберье, третий — в эпигастрии справа по краю рёберной дуги для работы с зажимами, диссектором или иглодержателем, четвёртый — в левом подреберье для аппарата «ЛИГАСУ» и иглодержателя, пятый — на 3 см ниже четвёртого (для зажима) и используется ассистентом. Вначале при помощи аппарата «ЛИГАСУ» производят мобилизацию пищевода, кардии и дна желудка. При этом появляющееся свободное позадипищеводное пространство позволяет беспрепятственно выполнить крурорафию и сформировать эзофагофундопликационный клапан. Далее пищевод в области кардии берут на нить–держалку, концы которой выводят наружу через переднюю брюшную стенку при помощи хирургической скорняжной иглы в левом подреберье по параректальной линии. Формирование эзофагофундопликационного клапана осуществляют по задней и левой боковой стенкам абдоминального отдела пищевода. Обязательным условием является фиксация абдоминального отдела пищевода и дна желудка

к ножкам диафрагмы. В сформированном эзофагофундопликационном клапане передняя и правая боковая стенки абдоминального отдела пищевода на 270° остаются свободными.

Для оценки эффективности операции в раннем послеоперационном периоде на 4–5 сутки 6 пациентам выполнена полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка с использованием сульфата бария.

Результаты. Длительность предлагаемого вмешательства составила 98±13 минут, кровопотеря — 50 – 70 миллилитров. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 7±2 дня. Клинически эффективность *лапароскопической клапанной эзофагофундопликации* в раннем послеоперационном периоде оценивалась по наличию дисфагии и субъективным проявлениям гастроэзофагеального рефлюкса. В 2 случаях пациенты на вторые сутки после операции предъявляли жалобы на умеренное вздутие в эпигастрии, что потребовало назначения прокинетиков. По результатам выполненной полипозиционной рентгеноскопии пищевода и желудка с использованием сульфата бария отмечено отсутствие заброса контраста из желудка в пищевод во всех случаях.

Выводы. 1. Отличительными особенностями предлагаемой операции является обязательное максимальное низведение нижней трети пищевода в брюшную полость, в зону более высокого внутрибрюшного давления с последующей его фиксацией к ножкам диафрагмы; 2. Формирование клапана на 90° окружности абдоминального отдела пищевода с оставлением свободными 270°; 3. Использование клапанного механизма фундопликации в отличие от формирования манжеты исключает развитие дисфагии в послеоперационном периоде.

Литература

1. Пучков, К.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: монография. / К.В. Пучков, В.В. Филимонов. – М.: Медпрактика. – 2003. – с.70

2. Furnee, E.J.B., Draisma W.A., Breeders LA. et al. Surgical Reintervention After Antireflux Surgery for Gastroesophageal Reflux Disease. A Prospective Cohort Study in 130 Patients // Arch. Surg. 2008. V. 143(3). P. 267–274.

3. Khajanchee, Y.S., O'Rourke R.W., Lockhart B. Etal. Postoperative Symptoms and Failure After Antireflux Surgery // Arch. Surg. 2002. V 137. P. 1008–1014.

4. Liu, J.Y., Woloshin S., Laycock W.S., Schwartz L.M. Late Outcomes After Laparoscopic Surgery for Gastroesophageal Reflux // Arch. Surg. 2002. V. 137. P. 397–401.

5. Negre, J.B. Post-fundoplication symptoms: do they restrict the success of Nissen fundoplication? // Ann. Surg. 1983. V. 198. P. 689–700.

6. Soper, N.J., Dunnegan D. Anatomic fundoplication failure after laparoscopic antireflux surgery // Ann. Surg. 1999. V. 22. P. 669–677.