

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано для лечения желудочно-пищеводного рефлюкса.

В последнее время для хирургического лечения желудочно-кишечного рефлюкса разработана операция кардиопексия с применением сальника (см. Cesnik H. Operative Behandlung der Hiatushernie durch Umschlingung mit einer Netzmanschette. - Chirurg. 1980, 51, 115-118).

Упомянутый способ лечения рефлюкс-эзофагита наиболее близок по технической сущности и достигаемому результату к заявляемому и выбран нами в качестве прототипа.

Оперативное вмешательство выполняется следующим образом. Из левой половины сальника выкраивают полосу шириной около 8 см, не отделяя ее от толстой кишки.

Эту полосу ткани оборачивают вокруг нижнего отдела пищевода, формируя манжетку.

Недостатком вышеописанного способа оперативного лечения желудочно-пищеводного рефлюкса есть недостаточная надежность, т.к. используя только большой сальник, восстановить острый угол Гиса и кардиальный клапан А.П.Губарева, которые непосредственно участвуют в замыкательном механизме кардии, невозможно.

Поставлена следующая задача: разработка надежного антирефлюксного вмешательства, в котором благодаря совокупности подобранных операций, достигается снижение травматичности и увеличение надежности.

Поставленная задача будет решена путем создания вокруг абдоминального отдела пищевода манжетки, состоящей из двух частей: передней, выполненной из дна желудка, и задней, выполненной из большого сальника.

Способ хирургического лечения желудочно-пищеводного рефлюкса выполняют следующим образом. Верхнесрединная лапаротомия. Выкраивают лоскут большого сальника на длинной хорошо кровоснабжаемой ножке шириной до 5 см. Затем рассекают желудочно-ободочную связку и вскрывают сальниковую сумку. Лоскут сальника проводят через сальниковую сумку по задней поверхности желудка в пищеводное отверстие диафрагмы, тампонируя его и окружая заднюю половину пищевода в виде полуманжеты. Перед началом операции в полость желудка вводят толстый желудочный зонд с целью предупреждения гиперфункции манжетки. Оментальный лоскут фиксируют по боковым поверхностям пищевода с каждой стороны. Далее окутывают переднюю поверхность пищевода дном желудка вплоть до диафрагмы и соприкосновения с фиксированным лоскутом сальника.

Таким образом, в результате операции вокруг абдоминального отдела пищевода создается манжетка, состоящая из двух частей: задней, представленной большим сальником, и передней, выполненной из дна желудка.

Предлагаемое антирефлюксное вмешательство надежно восстанавливает клапанную функцию кардиоэзофагеального перехода и предотвращает рефлюкс желудочного содержимого в пищевод. Вместе с тем выполнение операции менее травматично и технически более просто по сравнению с известными методами. Пластические свойства сальника позволяют смоделировать эластичную, индивидуализированную для каждого конкретного больного манжетку, которая будет не только создавать валик вокруг задней стенки пищевода, но и суживать расширенное пищеводное отверстие диафрагмы до физиологических размеров. Сальниковая полуманжета также будет препятствовать отклонению пищевода сзади, которое неизбежно возникает при передней гемифундопликации. Поэтому, оказывая противодействие, она усиливает антирефлюксное действие гемифундопликации. Вследствие вышесказанного, крурорафия, обычно выполняемая многими хирургами в случае расширенного пищеводного отверстия диафрагмы, при данной операции не производится. В силу того, что удастся создать менее грубую манжетку, чем при известных фундопликациях, избегаем типично фундопликационных осложнений (феномен "телескопа", синдром гиперфункции фундопликационной манжетки, синдром гиперфункции кардии). Ширина лоскута большого сальника должна быть не менее 5 см, т.к. после выкраивания лоскута происходит его сокращение, а ширина лоскута должна быть достаточной для тампонады пищеводного отверстия диафрагмы, особенно в случае его расширения, и для окутывания нижней половины абдоминального отдела пищевода.

Приводим пример клинического наблюдения. Больной Б., 52 года (ист. бол. № 671/94) поступил в клинику с жалобами на боли за грудиной, усиливающиеся при наклонах и сопровождающиеся изжогой и отрыжкой. Около 5 лет страдает рефлюкс-эзофагитом и хроническим гиперацидным гастритом. Периодически лечился по поводу данного заболевания в терапевтических стационарах. Обследован. Эндоскопически: слизистая пищевода в нижней трети его гиперемирована и отечна с эрозиями, имеется эрозивный кардии и наблюдается желудочно-пищеводный рефлюкс, достигающий средней трети пищевода. Данные внутрипищеводной рН-метрии и рентгеноисследования подтвердили наличие недостаточности пищеводно-желудочного перехода. Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода диагностировало эрозивный эзофагит. Исследование желудочной секреции методом рН-метрии выявило кислотообразование высокой интенсивности за счет гиперсекреции соляной кислоты в 1 фазу пищеварения. Установлен клинический диагноз: аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 1 степени, рефлюкс-эзофагит средней тяжести, хронический гиперацидный гастрит. Выполнена операция: селективная проксимальная ваготомия, фундопликация. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной отметил исчезновение мучительной отрыжки и изжоги. Явления дисфагии отсутствовали. При выписке на 10 сутки пациент жалоб не предъявлял, эндоскопически явления эзофагита отсутствовали, рефлюкс не определялся. Больной обследован через 8 мес. Жалоб нет. Диету не соблюдает. Рентгенологически рефлюкс содержимого желудка в пищевод отсутствует, моторно-эвакуаторная функция желудка не нарушена. При эндоскопии слизистая пищевода и желудка не изменена. Тонус кардии сохранен, желудочно-пищеводный рефлюкс не выявлен. По данным внутрижелудочной рН-метрии кислотообразование низкой интенсивности. Внутрипищеводная рН-метрия также не обнаружила гастроэзофагеальной регургитации.

Таким образом, данный пример демонстрирует случай успешного излечения больного с аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы 1 степени и рефлюкс-эзофагитом в результате применения

нового способа антирефлюксной операции в сочетании с ваготомией. Данное клиническое наблюдение свидетельствует и о том, что предложенная фундопликация успешно предотвращает гастроэзофагеальный рефлюкс даже при выполнении селективной проксимальной ваготомии, которая сама способствует разрушению связочного аппарата кардиоэзофагеального перехода и усиливает уже имеющуюся недостаточность кардии.

Всего прооперировано 12 больных с применением предложенного способа хирургического лечения желудочно-пищеводного рефлюкса. В послеоперационном периоде явления дисфункции кардии отсутствовали у всех пациентов. Рецидива желудочно-пищеводного рефлюкса не выявлено.