

СПОСОБ ГАСТРОКАРДИОПЕКСИИ

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано при лечении больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы путем гастрокардиопексии.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) распространены довольно широко. Они обнаруживаются у 2-16% страдающих желудочно-кишечными расстройствами, и у 6-15% больных, подвергшихся рентгенологическому обследованию по поводу заболеваний пищеварительного тракта (1,2). Проблема хирургического лечения грыж ПОД не может считаться решенной в силу того, что рецидивы заболевания составляют 37-18% (ЗД). Одной из основных причин рецидивов является неэффективная фиксация кардии ниже диафрагмы. Поэтому в хирургическом лечении грыж ПОД важное место отводится гастрокардиопексии (5,6).

Гастрокардиопексия заключается в фиксации желудка и пищевода к различным образованиям поддиафрагмального пространства и восстановлении клапанной функции кардии. Описано ряд способов передней гастрокардиопексии. Воерема (1953) предложил фиксировать малую кривизну желудка как можно ближе к передней брюшной стенке, восстанавливая затем угол Гиса, Nissen (1959) подшивал не только малую кривизну, но и дно желудка. Однако, эти методики имеют один недостаток: развитию рецидива грыж ПОД способствует тот факт, что фиксация желудка в данном случае производится к передней брюшной сте-

нке, при прогрессировании патологического процесса задние фиксирующие желудок связки теряют эластичность и рвутся. Именно это способствует в последующем выхождению желудка в грудную полость.

В связи с этим в настоящее время используется задняя гастрокардиопексия по НШ (1987) (7,85). Суть операции заключается в следующем. Осуществляют верхнесрединную лапаротомию. Мобилизуют левую долю печени и рассекают левую половину малого сальника, гастродиафрагмальную связку. Пищевод низводят в брюшную полость. Выделяют пищеводное отверстие диафрагмы, предбрюшную фасцию и дугообразную связку. Желудок поворачивают кпереди. Накладывают Z-образные швы, захватывающие оба листка малого сальника, гастродиафрагмальную связку, серозно-мышечный слой желудка и затем предбрюшную фасцию. Накладывают и завязывают Z-образные швы на ножки диафрагмы. После завязывания этих швов накладывают два узловых шва между дном желудка и пищеводом для воссоздания угла Гиса. Эта методика является единственной из известных гастрокардиопексий, в которой желудок фиксируется с учетом его анатомического связочного аппарата. Этот способ и принят в качестве прототипа. Однако, данная методика имеет ряд недостатков. Рецидивы грыж ПОД связаны с использованием в пластике слабо развитой предбрюшной фасции. В данном случае возможно повреждение грудного лимфатического протока, а также сужение входа в желудок. Не решает проблему и захватывание в шов части правой ножки диафрагмы, так как задняя стенка сшиваемого участка ограничена мышечной тканью, а именно эта ткань является тем эле-

бым местом, где возникают рецидивы грыж ПОД.

В основе заявленного изобретения лежит задача создания нормальных синтогических взаимоотношений между желудком и органами брюшной полости за счет восстановления функции растянутой желудочно-поджелудочной связки (ЖПС), которая относится к глубоким связкам желудка. Достигаемый технический результат заключается в снижении количества рецидивов грыж ПОД.

Поставленная задача достигается тем, что в известном способе гастрокардиоэксии, включающем мобилизацию левой доли печени, рассечение левой половины малого сальника, пищеводно-диафрагмальной связки, низведение пищевода в брюшную полость, выделение пищевода и отверстия диафрагмы, преаортальной фасции и дугообразной связки, согласно изобретению, дополнительно выделяют желудочно-поджелудочную связку, отсекают ее у желудка и подшивают к области кардиального отдела последнего.

Отличительный признак заявленного изобретения - ш л
вание в виде основной фиксирующей структуры ЖПС, идущей
от париетальной брюшины с переднего края поджелудочной же
лезы до задней стенки тела желудка. В этом прог
новый подход к решению проблемы гастрокardiопексии в хи
рургическом лечении гр; ъя по литературным данпъ' *
ЖПС ранее никогда не использовалась для этой цели. Заявлен
ный способ позволяет иг гровать желудок в брюшной
полости с помощью естественного анатомического образования
(собственного связочного ап;.,-!.- . клунка), ігри зт^ пода
ются нормальные синтогогческие взаимоотношения между орта-

нами брюшной полости. В то время как в прототипе использование с целью пексии слабо развитой предаортальной фасции чревато прорезыванием швов и развитием рецидива заболевания. Манипуляции на данном анатомическом образовании также чреваты ранением грудного протока, а также сужением входа в желудок. По литературным данным при использовании задней гастропексии по Хиллу, даже в комплексе с другими оперативными пособиями, рецидив грыж ПОД выявляется в 5-18% случаев (3), De Meester T.R et al (1974) указывают, что среди наиболее распространенных оперативных вмешательств при грыжах ПОД операция Хилла является наименее эффективной.

Сущность изобретения поясняют рисунками, на которых представлено:

Фиг.1 Этап выделения пищевода.

Фиг.2 Этап отсечения желудочно-поджелудочной связки у желудка.

Фиг.3. Фиксация желудочно-поджелудочной связки к кардальному отделу желудка.

Фиг.4. Накладывали ряд швов.

Способ осуществляется следующим образом. Осуществляют верхпосрединную лапаротомию, производят ревизию органов брюшной полости. Мобилизуют левую долю печени, рассекают левую половину малого сальника, шпигельно-диафрагмальную связку. Низводят пищевод и желудок в брюшную полость. Выделяют пищеводное отверстие диафрагмы, предаортальную фасцию и дугообразную связку. Рассекают желудочно-ободочную связку, желудок отводят вверх, обнажая его заднюю стенку. Выделяют ЯШС, после чего последнюю отсекают у желудка.

Еіакладывають первый ряд швов, подшивая ЖПС к кардиальному отделу желудка. Заканчивают пексию на, , г. ашіем в т ряда швов, укрывая дссеро , часток париетальной брюшины. Операцию при ш -ти дополняют сужением ПОД, восстановлением угла Гиса и фундопликацией " >п- ливают целостность жеег.- " " паї. Дрсптгруют брюшную полость перчаток гым дренажем, выщентт^шг через контрапертуру в правом ,,, к ь\

Пример конкретного *осуцгстплсит*.

Больной Ч., история болезни J4b1O23.

Диагноз: грыжа пищеводаото отверстия диафрагмы (скользящая кардаальная).

Поступил в клинику 20.02.96 і ом порядке. Предъявлял жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту, возникающие после приема пищи. Считает себя больным в течение 6 месяцев. Обследован: рентгенографии тппцев; .д^^ги Тренделенбурга. почти 1/2 часть желудка определяется над левым куполом диафрг "талыш* « ,«. ±ь пищевода умеренно расширена. SaKv" кользящая грыг ного отверстия диафрагмы.

23.02.96 г, произведены крурорафия, фундопликация по Ниссену, гастрокардиог ' врелхя операртui: имеется расширенное пищеводное отг. лфрагмы, угол Гиса тупой, при выделении ЖПС, ш, ... ^, ія около 2 см длиной (при норме до 0,5 см). Произведена пластика ПОД с помощью левой треугольной связки, гастрокардиопексия с помощью ЖПС путем подшивания последней к кардиальному отделу желудка с последующим укрытием дефекта брюшины и накладыванием второго

ряда швов между желудком и ЖПС, Угол Гпса восстановлен с помощью фундопликации по Ниссеу. Послеоперационное течение гладкое: диспептических расстройств не было. В удовлетворительном состоянии 7,03.96 г. выписан для амбулаторного наблюдения у хирурга. Контроль спустя 2 мес. - здоров.

Способ апробирован в 1-м и 2-м хирургических отделениях ЦРКБ Зализничского района г.Киева. По данной методике оперировано 10 больных. Полученные данные сопоставлялись с результатами лечения больных грыжами ПОД с помощью операции Хилла. По литературным данным [1]; проведение задней гастропексии по Хиллу, даже в комплексе с другими методами» рецидив грыж ПОД выявляется в 5-13% случаев (3). У больных, которым применялась разработанная методика, рецидивов не было.

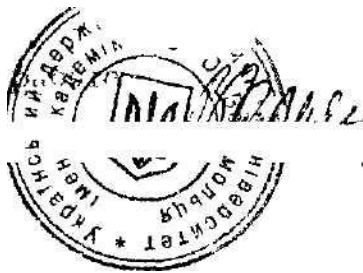
Как показала статистика — с помощью теста с использованием таблицы Стьюдента, выполнение данного способа обеспечивает статистически достоверное снижение рецидивов грыж ПОД ($P < 0,05$). Это, по нашему мнению, обусловлено использованием в гастропексии собственного связочного аппарата желудка (глубокой связки желудка ЖПС} — проведение ЖПС в кардиальном отделе — в -кой фиксации желудка в брюшной полости, при этом, сильная синтопия между органами брюшной полости — операция может быть дополнена пособием, суживающим ПОД, фундопликацией.

Использованная литература.

1. В.Г.Астапенко и соавт. Справочник по диагностике и дифференциальной диагностике хирургических болезней.-Минск:

- "Беларусь", 1988.- 511 с.
2. М.П.Черенько и соавт. Брюшные грыжи.- Киев: "Здоровья", 1995.- 264 с.
 3. В.В.Уткин, В.К.АГОШИС. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.- Р., "Зинатне", 1976.- 176 с.
 4. С.М.Луценко, Дифрагмопласті! Г~"Г^Т,оровья", 1977.- 143 с.
 5. А.А.Шалхтов, В.Ф.Саенко. Хирургия пищеварительного тракта.- Киев:"Здоровья"» 1987.- 568 с.
 6. Дж.Х.Барон, Ф.Г.Мури, Гастроэнтерология,- ч.1 Пищевод, желудок: Пер. с англ.- М., "Медицина", 1938,- 304 с.
 7. Hill L.D., Tobias J.A. et al An effective operation for hiatal hernia: an eighth year appraisal.- Annals of Surgery- 1967.- 166.- p.631-692.
 8. ИЖМатяпшн. А.М.Глузмаі; .;очішк хирургичегких операцій,- Киев, "Здоровья", 1979.- 264 с.
 9. De Meester T.R, Johnson L.F., Kent A.H. Evaluation of cmtent operations for the prevention of gastroesophageal reflux.- Ann. of Surgery.- 1974.- I!" - !! "°l.

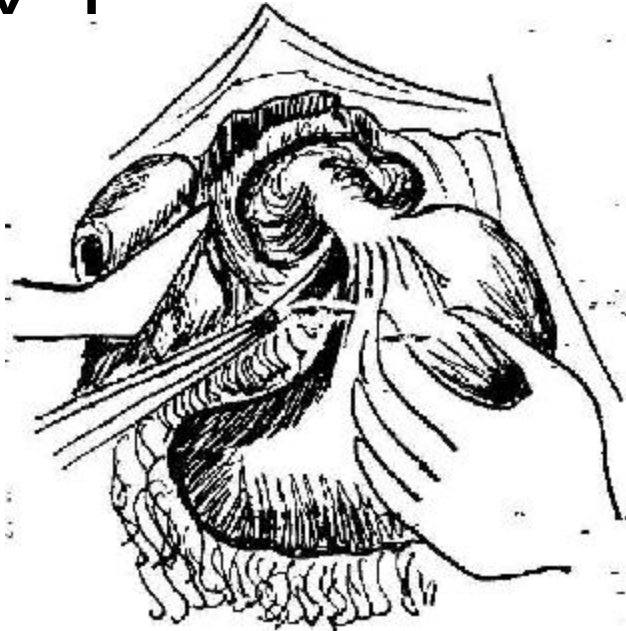
Проректор по научной
НМУ, профессор
! В.Г.Коляденко



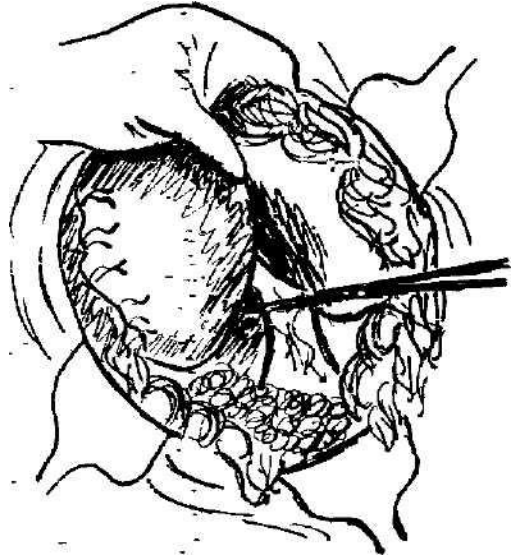
\\~l{ ШП'^Т'''

СПОСОБ ГАСТРОКАРДИОПЕКСИИ

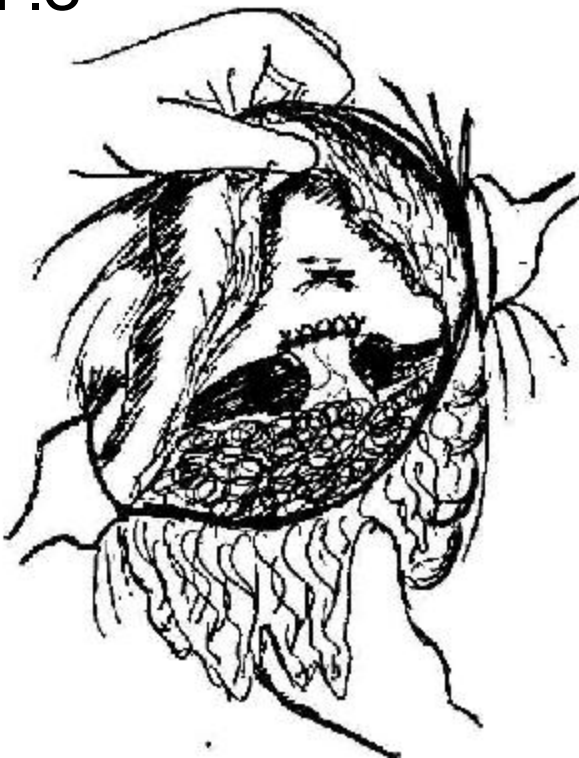
4V-1



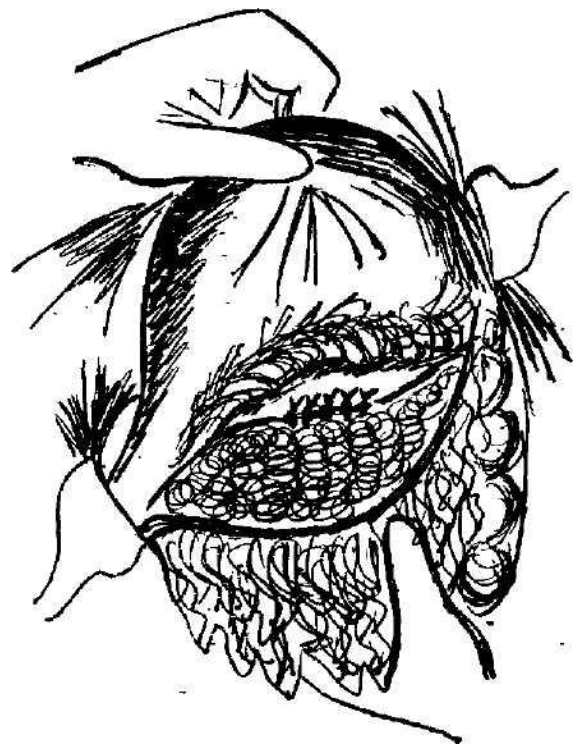
Фиг. 2



ФйГ.3



Фиг.



В. Н. КОРОТКИЙ
И. Б. КОЛЮСОВИЧ