

О.А. Неделя, Г.Ц. Дамбаев, В.В. Скиданенко, Н.Э. Куртсеитов,
О.А. Фатюшина, И.М. Моминов

ОПЫТ КЛИНИКИ ИМЕНИ А.Г. САВИНЫХ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск

O.A. Nedela, G.Ts. Dambaev, V.V. Skidanenko, N.E. Kurtseitov,
O.A. Fatyushina, I.M. Mominov

EXPERIENCE OF THE A.G. SAVINYKH CLINIC IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH REFLUX ESOPHAGITIS AT HIATAL HERNIA

Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

В статье представлены результаты хирургического лечения 38 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы при применении кардиотереспексии по методике Rampal-Narbona. Данная операция подразумевает использование круглой связки печени для воссоздания острого угла Гиса, фиксации кардии и пищевода в брюшной полости. Летальных случаев не зафиксировано. Осложнения в послеоперационном периоде отмечались у пациентов старше 60 лет и не были связаны с основным заболеванием. При повторном обследовании в сроки от 10 до 18 мес после операции отмечены 2 случая (5,3%) рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и 5 (13,2%) случаев рецидива рефлюкс-эзофагита. У 3 (7,9%) пациентов с пищеводом Баррета негативной динамики в виде увеличения протяженности очагов метаплазии, увеличения степени дисплазии не отмечалось. Полученные результаты свидетельствуют об ограниченной эффективности кардиопексии круглой связкой печени. Авторы видят применение данной методики в клинической практике при условии ее дальнейшего усовершенствования, заключающегося в повышении механических свойств круглой связки печени.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, кардиопексия, круглая связка печени.

The paper presents the results of surgical treatment of 38 patients with hiatal hernia when applying cardiopexy by the Rampal-Narbona method. This operation involves the use of a round ligament of liver to recreate the acute angle of His and to fix cardia and esophagus in the abdominal cavity. There were no fatal cases. Postoperative complications were observed in patients over 60 years old and were not associated with the underlying disease. Repeated examination in the period from 10 to 18 months after surgery recorded two cases (5.3%) of hiatal hernia and five cases (13.2%) of relapse of reflux esophagitis. In three (7.9%) patients with Barrett's esophagus, there was no negative dynamics in the form of an increase in the length of focal metaplasia and an increase in the degree of dysplasia. The obtained results demonstrate both the limited efficiency of cardiopexy by the round ligament of liver. This technique can be used in clinical practice after further improvement consisting in the increase of mechanical properties by the round ligament of liver.

Key words: hiatal hernia, cardiopexy, teres ligament.

УДК 616.34-007.43-031:611.26-06:616.329-008.6-002]-08(571.16)
doi 10.17223/1814147/68/08

ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является одной из ведущих в современной гастроэнтерологии. Частота выявления ГЭРБ у пациентов с диспепсией при выполнении эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта варьирует от 20 до 60% [1, 2]. После фун-

даментальных работ N.R. Barret, посвященных изучению механизмов развития рефлюкса, особая роль в патогенезе была отведена грыжам пищеводного отверстия диафрагмы, так как смещение зоны кардиоэзофагеального перехода выше диафрагмы нарушает физиологический антирефлюксный механизм [3]. По данным исследований последних лет, доля пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в структуре

больных ГЭРБ весьма значительна и достигает от 60 до 84% [4]. Следует отметить, что у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом выше риск возникновения осложнений, ассоциированных с персистирующим течением ГЭРБ, таких как пептические язвы и стриктуры пищевода, пищевод Баррета и карцинома пищевода [5].

Несмотря на значительные успехи в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы, вопрос выбора лечебной тактики до сих пор является поводом для дискуссий. Основными методами лечения по-прежнему остаются хирургические. Оперативное лечение преследует ряд целей: восстановление физиологического положения кардиоэзофагеального перехода, устранение расширения пищевода-диафрагмального кольца и формирование антирефлюксного механизма. Недостатки широко распространенной операции Ниссена, в частности, выраженная и частая дисфагия в послеоперационном периоде, рецидив рефлюкс-эзофагита, формирование рецидивной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и бloatинг-синдром негативно сказываются на качестве жизни пациентов [6–8]. Данный факт заставляет искать альтернативные способы и методики лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Одним из малотравматичных и эффективных способов является кардиотереспексия (терес-пластика), описанная в работах М. Rampal и соавт., а также В. Narbona и соавт. [9, 10]. Суть операции заключается в следующем: выполняется мобилизация круглой связки печени, на ее свободный край накладываются швы-держалки. Осуществляется доступ к пищеводу путем мобилизации левой доли печени и ее отведением кнаружи. Абдоминальный отдел пищевода и кардия после выделения низводятся в брюшную полость. За пищеводом формируется туннель, через который проводится круглая связка печени. На заключительном этапе операции круглая связка печени фиксируется к передней стенке желудка, с отступом на 2–3 см от малой кривизны. Таким образом, формируется острый угол Гиса, кардиальный отдел желудка и абдоминальный отрезок пищевода фиксируются в брюшной полости. При этом за счет эластических свойств сохраняется смещение органов в пределах физиологического, при дыхании, перемене положения тела. Кардиопексия с применением круглой связки печени технически проста, не требует широкой мобилизации желудка по большой и малой кривизне, что снижает риск ятрогенных повреждений селезенки и сосудов.

Цель исследования: анализ эффективности оперативного лечения пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы при приме-

нении кардиотереспексии (терес-пластики) по методике Rampal-Narbona.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включена группа пациентов из 38 человек (14 мужчин (36,8%) и 24 женщин (63,2%)) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, прооперированных в период с 2002 по 2018 г. в клинике госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск). Возраст пациентов варьировал от 33 до 76 лет, средний возраст составил $(54,51 \pm 2,21)$ года.

В предоперационное обследование входили: рутинные общеклинические анализы, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастроуденоскопия, контрастная рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием бариевой взвеси. Эзофагогастроуденоскопия выполнялась эндоскопами Karl Storz (Германия), трансабдоминальное ультразвуковое исследование проводилось с помощью сканера SSA-550A фирмы Toshiba (Япония) с использованием мультисекторных датчиков 3,0–7,5 МГц. Рентгенологическое обследование осуществлялось с помощью рентгенодиагностического комплекса Apollo (Villa Sistemi Medicali, Италия).

Статистическая обработка полученных данных производилась на базе компьютера с процессором Intel Core i5 3230-M, с операционной системой Windows 8.1, с использованием программы SPSS 20.0 (IBM). Сравнение показателей до и после операции проводили с помощью критерия Мак-Нимара.

В соответствии с классификацией Б.В. Петровского, у 55,5% пациентов диагностирована аксиальная кардиальная, у 37,0% – аксиальная кардиофундальная, у 7,5% – параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. В 14,8% случаев грыжа пищеводного отверстия диафрагмы сочеталась с первичным укорочением пищевода. Результаты дооперационного обследования представлены в табл. 1, 2.

Всем пациентам выполнено оперативное вмешательство под общей анестезией в объеме кардиотереспексии по Rampal-Narbona из верхнесреднесрединного лапаротомного доступа. Круглая связка печени, абдоминальный отдел пищевода и кардия мобилизовались с использованием аппарата LigaSure (Valleylab). При наличии сращений между диафрагмой и пищеводом, осуществлялось их рассечение. В соответствии со стандартной техникой Rampal-Narbona, за пищеводом проводили *lig. teres hepatis* и отдельными узловыми швами фиксировали круглую связку к серозно-мышечному слою передней стенки желудка (рис. 1, 2).

Таблица 1

Результаты предоперационного
эндоскопического обследования

Показатель	Абс.	%
Степень эзофагита (по Savary–Miller)		
0 (нет признаков эзофагита)	6	15,8
I	24	63,1
II	3	7,9
III	2	5,3
IV (пищевод Баррета)	3	7,9
Всего	38	100
Недостаточность кардии (эндоскопически)		
Кардия смыкается полностью	3	7,9
Кардия смыкается не полностью	35	92,1
Всего	38	100
Пропалс слизистой желудка		
Имеется	34	89,5
Отсутствует	4	10,5
Всего	38	100

Таблица 2

Результаты предоперационного
рентгеноскопического обследования

Показатель	Абс.	%
Признаки гастроэзофагеального рефлюкса		
Отсутствуют	3	7,9
В горизонтальном положении	25	65,8
В вертикальном положении	10	26,3
Всего	38	100
Утолщение складок слизистой кардиоэзофагеального перехода		
Имеется	28	73,7
Отсутствует	10	26,3
Всего	38	100

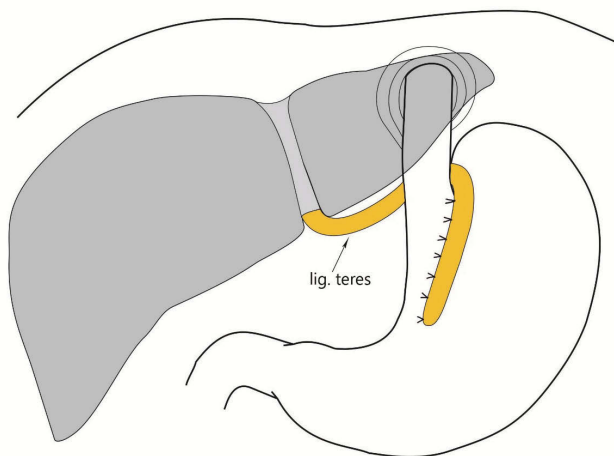


Рис. 1. Схема терескардиопексии. Круглая связка печени проведена за пищеводом и фиксирована к передней стенке желудка

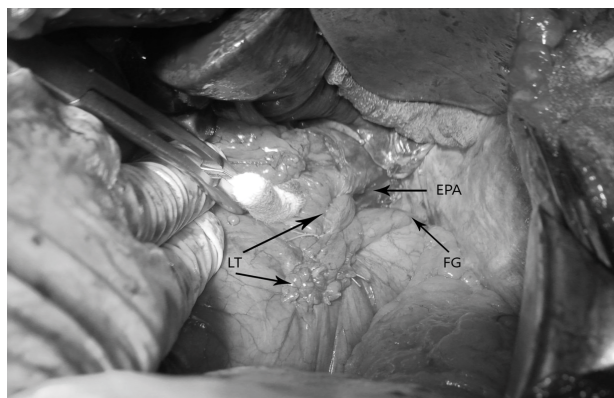


Рис 2. Заключительный этап операции. LT – круглая связка печени; EPA – абдоминальная часть пищевода; FG – дно желудка

С целью контроля проходимости пищевода и декомпрессии в раннем послеоперационном периоде, интраоперационно устанавливали назогастральный зонд. Следует отметить, что в силу анатомической вариабельности, индивидуальных конституциональных особенностей, у некоторых пациентов выполнение терес-пластики не представляется возможным. Мы наблюдали интраоперационно два случая, когда кардиотереспексия не была выполнена из-за индивидуальных анатомических особенностей печеночной связки. У одного пациента астенического телосложения круглая связка имела вид тонкого тяжа, и ее механическая прочность оставалась под сомнением. У второго – длина круглой связки оказалась недостаточной для осуществления кардиопексии. Обоим пациентам выполнялась операция Ниссена, в исследование эти лица включены не были.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Летальных случаев в результате проведенного лечения не было. Дисфагия отмечалась в 6 случаях (15,8%) и выражалась в затруднении прохождения твердой пищи. К концу 16-х сут во всех случаях дисфагия купировалась на фоне постепенного расширения диеты и консервативного лечения. В 3 случаях (7,9%) в течение послеоперационного периода наблюдалась диарея, не требовавшая дополнительной лекарственной терапии. В 2 случаях (5,3%) течение послеоперационного периода осложнилось немассивной тромбоэмболией легочной артерии, в 3 (7,9%) – внутрибольничной нижнедолевой пневмонией у пациентов старше 60 лет, что связано с более поздней активизацией в послеоперационном периоде и наличием сопутствующей патологии до операции.

Пациентам проведено повторное обследование в сроки от 10 до 18 мес после операции. Результаты повторного обследования представлены в табл. 3, 4.

Таблица 3
Результаты эндоскопического обследования
через 10–18 мес после операции

Показатель	Абс.	%
Степень эзофагита (по Savary–Miller)		
0 (признаки эзофагита отсутствуют)	31*	81,6
I	4	10,5
II	0	0
III	0	0
IV (пищевод Баррета)	3	7,9
Всего	38	100
Недостаточность кардии (эндоскопически)		
Кардия смыкается полностью	33*	86,8
Кардия смыкается не полностью	5	13,2
Всего	38	100
Пролапс слизистой желудка		
Имеется	4	10,5
Отсутствует	34*	89,5
Всего	38	100

* $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.

Таблица 4
Результаты рентгеноскопического обследования
через 10–18 мес после операции

Показатель	Абс.	%
Признаки ГЭР рентгеноскопически)		
Отсутствуют	34*	89,6
В горизонтальном положении	3	7,9
В вертикальном положении	1	2,5
Всего	38	100
Утолщение складок слизистой кардиоэзофагеального перехода		
Имеется	6	15,8
Отсутствует	32*	84,2
Всего	38	100

* $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.

У 2 пациентов (5,3%) возник рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, потребовавший повторного реконструктивного вмешательства в объеме фундопликации по Ниссену. В 5 случаях (13,2%) мы наблюдали рецидив рефлюкс-эзофагита, при отсутствии признаков рецидивирования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. При этом клинически выраженная симптоматика, проявляющаяся болевым синдромом и изжогой, отмечалась в 2 случаях (5,3%). У 3 (7,9%) пациентов с пищеводом Баррета не отмечалось очагов метаплазии в размерах, а также прогрессирования тяжести дисплазии, что свидетельствовало о сохранной замыкательной функции кардии в сроки наблюдения. Рент-

геноскопия демонстрирует сохранную замыкательную функцию кардии (рис. 3) в 34 случаях (89,5%). У больных с недостаточностью кардии и рецидивом рефлюкс-эзофагита заброс контрастного вещества в ортостатическом положении был отмечен в 2 случаях (5,3%). У 3 (7,9%) пациентов рентгенологически рефлюкс был выявлен только в горизонтальном положении.



Рис. 3. Рентгенограмма пациента П., 18 мес после операции. Стрелкой показана зона кардиоэзофагеального перехода

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение кардиопексии круглой связкой печени при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы позволяет выполнить задачу по восстановлению антирефлюксного барьера путем реконструкции острого угла Гиса, а также предотвращения миграции кардиоэзофагеального перехода в средостение через пищеводное кольцо диафрагмы. За счет отсутствия жесткой фиксации и эластических свойств круглой связки, операция не препятствует физиологическим актам, и не приводит к выраженной и стойкой дисфагии.

Вместе с тем, операцию Rampal-Narbona нельзя рекомендовать пациентам, у которых в силу анатомо-конституциональных особенностей механические свойства ткани круглой связки печени остаются под сомнением. С учетом возможности рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ, следует определять показания к кардиотерексии строго индивидуально и только после адекватного клинического обследования. Дальнейшее развитие

операций по реконструкции кардиоэзофагального перехода представляется нам в устранении недостатков стандартной методики Rampal-Narbona. Перспективным направлением мы считаем возможность укрепления круглой связки печени алломатериалами, что требует детального изучения.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Зыков Д.В., Куртсеитов Н.Э. Лечение рефлюкс-эзофагита при операции реконструктивной еюногастропластики после гастрэктомии. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2005; 3: 294–295 [Zherlov G.K., Koshel A.P., Zykov D.V., Kurtseitov N.E. Lecheniye reflyuks-ezofagita pri operatsii rekonstruktivnoy yeyunogastroplastiki posle gastrektomii [Treatment of reflux esophagitis during surgery reconstructive neurogastroplasty after gastrectomy]. *Byulleten' VSNTS SO RAMN – Bulletin of the ESSC of the RAMS*. 2005; 3: 294–295 (In Russ.)].
2. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C., Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2013; Jul.: 6–8.
3. Barret N.R. Hiatus hernia. *Proc. R. Soc. Med.* 1952; 45(5): 279–286.
4. Dean C., Etienne D., Carpentier B., Gielecki J., Tubbs R.S., Loukas M. Hiatal. *Surg. Radiol. Anat.* 2012; 34(4): 291–299.
5. Pisegna J., Holtmann G., Howden C.W., Katelaris P.H., Sharma P., Spechler S., Triadafilopoulos G., Tytgat G. Oesophageal complications and consequences of persistent gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2004; 20(9): 47–56.
6. Васнев О.С. Взлеты и падения антирефлюксной хирургии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2010; 6: 48–51 [Vasnev O.S. Vzlety i padeniya antireflyuksnoy hirurgii [The ups and downs of anti-reflux surgery]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya – Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2010; 6: 48–51 (In Russ.)].
7. Contini S., Zinicola R., Bertele A. et al. *World J. Surg.* 2002; 26: 1106–1111.
8. Oertli D., Harder F. Open antireflux surgery. *Chirurg*. 1998; 69(2): 141–147.
9. Rampal M., Perillat Ph., Rougaut R. Notes préliminaires sur une nouvelle technique de cure chirurgicale des hernies hiatales: la cardiopexie par le ligament rond. *Marseille Chir.* 1964; (16): 488.
10. Narbona B., Olavarrieta L., Lloris J.M., de Lera F., Calvo M.A. Treatment of gastroesophageal reflux by pexis to the round ligament. Report of 100 operated patients followed-up for 16 to 23 years. *Chirurgie*. 1990; 116(2): 201–210.

Поступила в редакцию 08.10.2018
Утверждена к печати 17.01.2019

Авторы:

Неделя Олеся Анатольевна – врач-хирург госпитальной хирургической клиники им. А.Г. Савиных ФБГОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Дамбаев Георгий Цыренович – заслуженный деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФБГОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Скиданенко Василий Васильевич – канд. мед. наук, доцент, зав. клиникой госпитальной хирургии им. А.Г. Савиных ФБГОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Куртсеитов Нариман Энверович – д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФБГОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Фатюшина Оксана Александровна – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФБГОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск)

Моминов Исламжон Махаммадмарипович – аспирант кафедры госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФБГОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск)

Контакты:

Куртсеитов Нариман Энверович

тел.: 8-903-950-7909

e-mail: nariman.tomsk@gmail.com

Conflict of interest

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this paper.

Source of financing

The authors state that there is no funding for the study.

Information about authors:

Nedela Olesya A., surgeon of the A.G. Savinykh Hospital Surgical Clinic, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Dambaev Georgiy Ts., Dr. Med. Sci., Professor, Corresponding Member of RAS, head of Department of Hospital Surgery with a course of cardiovascular surgery, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Skidanenko Vasily V., Cand. Med. Sci., Assistant Professor, head of the A.G. Savinykh Hospital Surgical Clinic, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Kurtseitov Nariman E., Dr. Med. Sci., Professor of Department of Hospital Surgery with a course of cardiovascular surgery, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Fatyushina Oksana A., Cand. Med. Sci., Assistant Professor of Department of Hospital Surgery with a course of cardiovascular surgery, Siberian State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Tomsk, Russian Federation.

Mominov Islamzhon M., Post-graduate student of the Department of Hospital Surgery with a course of cardiovascular surgery, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Corresponding author:

Kurtseitov Nariman E.

Phone: +7-903-950-7909

e-mail: nariman.tomsk@gmail.com