

Г.Ф. Петлин, Г.Ц. Дамбаев, М.М. Соловьёв, А.М. Попов

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКЦИЙ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА КРУГЛОЙ СВЯЗКОЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

G.F. Petlin, G.Ts. Dambayev, M.M. Solovyov, A.M. Popov

ANALYSIS OF RECONSTRUCTIONS OF CARDIOESOPHAGEAL JUNCTION OF TERES LIGAMENT IN THE TREATMENT OF HIATAL HERNIAS

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

В статье представлены результаты хирургического лечения 27 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 было. Осложнения в послеоперационном периоде отмечались у пациентов старше 60 лет. При повторном обследовании в сроки от 10 мес до 18 мес после операции зафиксирован 1(3,7%) случай рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и 3 (11,1%) случая рецидива рефлюкс-эзофагита. У 2(7,4%) 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.

Results of surgical treatment of 27 patients with hiatal hernias after cardiopexia of ligamentum teres (Rampal-Narbona technique) are described in the article. This operation means using teres ligament for reconstruction of Hiss angle, fixation of cardia and distal part of esophagus in the abdominal cavity. No deaths were observed after the surgeries. Complications had patients older than 60 years in postoperative period. Re-survey showed one (3,7%) case of recurrence of hiatal hernia and three (11,1%) cases of reflux-esophagitis relapse in 10–18 months after the surgery. Two (7,4%) patients with Barret's esophagus did not reveal any negative changes such as increased metaplasia foci or rising dysplasia grade. These results demonstrate limited efficacy of cardiaterespexia. Authors consider the cardiopexia of liga-mentum teres to be used in clinical practice in case of its improving.

Key words: hiatal hernia, cardiopexia, teres ligament.

УДК 616.329/.33-008.17-008.6-089.844: 616.26-007.43-089.819.843-031:611.26-032:611.746

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

составляет от 20% до 60% [2]. После фундаментальных работ Barret по 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 – 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 остается поводом для дискуссий. В настоящее время основными методами лечения по-прежнему остаются хирургические. Хирургическое лечение преследует ряд целей: восстановление физиологического положения кардиоэзофагеального перехода, устранение расширения пищеводно-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, блоатинг-синдром негативно сказываются на качестве жизни пациентов [1, 6, 7]. 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 Rampal и Narbona [8, 9]. Суть операции заключается в следующем: выполняется мобилизация круглой связки печени, на ее свободный край накладываются швы-держатели. Осуществляется доступ к пищеводу путем мобилизации левой доли печени и её отведения наружу. 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 проводится фиксация круглой связки печени к передней стенке желудка, отступая 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 счёт 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.

Целью нашего исследования явился анализ эффективности оперативного лечения пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафраг-

мы с применением кардиотереспексии (терес-пластики) по методике Rampal-Narbona.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 27 пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, прооперированных с 2002 г. по 2012 г. в клинике госпитальной хирургии СибГМУ. В группе было 10 мужчин (37%) и 17 женщин (63%) в возрасте от 33 лет до 76 лет. Средний возраст составил $54,51 \pm 2,21$ лет. Предоперационное обследование включало рутинные общеклинические анализы, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, контрастную рентгеноскопию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием бариевой взвеси. Эзофагогастродуоденоскопия выполнялась эндоскопами «Karl Storz» (Германия), трансабдоминальное УЗИ 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» фирмы Villa Sistemi Medicali (Италия).

Статистическая обработка данных проводилась 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% – 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).

С целью контроля проходимости пищевода и декомпрессии в раннем послеоперационном

Таблица 1
Результаты предоперационного
эндоскопического обследования

Показатель	n	%
Степень эзофагита (по Savary–Miller):		
0 ст. (нет признаков эзофагита)	4	14,8
I ст.	18	66,6
II ст.	2	7,4
III ст.	1	3,7
IV ст. (пищевод Баррета)	2	7,4
Недостаточность кардии (эндоскопически):		
кардия смыкается полностью	2	7,4
кардия смыкается не полностью	25	92,6
Пролапс слизистой желудка:		
– пролапс есть	24	88,9
– пролапса нет	3	11,1

Таблица 2
Результаты предоперационного
рентгеноскопического обследования

Показатель	n	%
Признаки гастроэзофагеального рефлюкса:		
– нет	2	7,4
– в горизонтальном положении	18	66,6
– в вертикальном положении	7	25,9
Утолщение складок слизистой кардиоэзофагеального перехода:		
– есть	20	74,1
– нет	7	25,9

периоде интраоперационно устанавливали назогастральный зонд. Следует отметить, что в силу анатомической вариабельности, индивидуальных конституциональных особенностей у некоторых пациентов выполнение терес-пластики не представлялось возможным. Мы наблюдали интраоперационно 2 случая, когда кардиотереспексия не была выполнена из-за индивидуальных анатомических особенностей lig.teres. У одного пациента астенического телосложения круглая связка имела вид тонкого тяжа, и ее механическая прочность оставалась под сомнением. У второго пациента длина круглой связки оказалась недостаточной для осуществления кардиопексии. Обоим пациентам выполнялась операция Ниссена, в исследование пациенты включены не были.

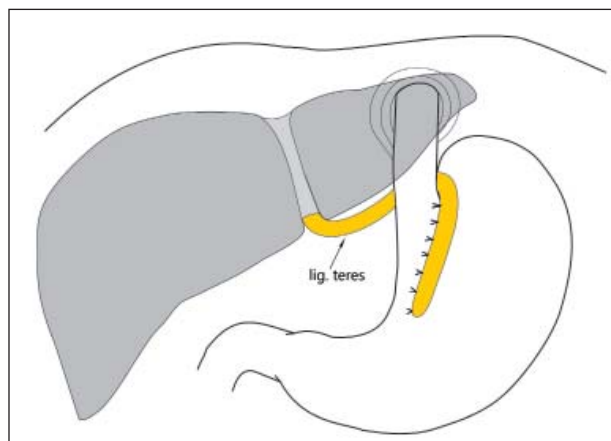


Рис 1. Схема терескардиопексии. Круглая связка печени проведена за пищеводом и фиксирована к передней стенке желудка

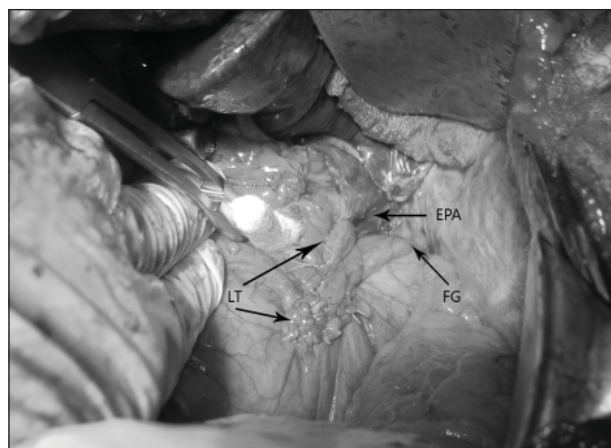


Рис 2. Заключительный этап операции. LT – круглая связка печени, EPA – абдоминальная часть пищевода, FG – дно желудка

РЕЗУЛЬТАТЫ

Летальных случаев не отмечено. Дисфагия отмечалась в 4 (14,8%) случаях 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 2 (7,4%) случаях в течение послеоперационного периода наблюдалась диарея, не потребовавшая дополнительной лекарственной терапии. В 1 (3,7%) случае течение послеоперационного периода осложнилось немассивной тромбоэмболией легочной артерии, в 2 (7,4%) – 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	n	%
Степень эзофагита (по Savary–Miller):		
0 ст. (нет признаков эзофагита)	22*	81,5
I ст.	3	11,1
II ст.	0	0
III ст.	0	0
IV ст. (пищевод Баррета)	2	7,4
Недостаточность кардии (эндо-скопически):		
кардия смыкается полностью	24*	88,9
кардия смыкается не полностью	3	11,1
Пролапс слизистой желудка:		
– пролапс есть	3	11,1
– пролапса нет	24*	88,9

Примечание:

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

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

Показатель	n	%
Признаки гастроэзофагеального рефлюкса:		
– нет	24*	88,9
– в горизонтальном положении	2	7,4
– в вертикальном положении	1	3,7
Утолщение складок слизистой кардиоэзофагеального перехода:		
– есть	4	14,8
– нет	23*	85,2

Примечание:

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

У 1 пациента (3,7%) возник рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, потребовавший повторного реконструктивного вмешательства в объеме фундопликации по Ниссену. В 3 случаях (11,1%) мы наблюдали рецидив рефлюкс-эзофагита при отсутствии признаков рецидивирования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. При этом клинически выраженная

симптоматика, проявляющаяся болевым синдромом, изжогой отмечалась в 1 случае (3,7 %). У 2 пациентов (7,4 %) с пищеводом Баррета не отмечалось очагов метаплазии в размерах, а также прогрессирования тяжести дисплазии, что свидетельствовало о сохранной замыкательной функции кардии в сроки наблюдения. Рентгеноскопия показала сохранную замыкательную функцию кардии (рис. 3) в 24 случаях (88,9%).



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

У 1 пациента (3,7%) с недостаточностью кардии и рецидивом рефлюкс-эзофагита был отмечен заброс контрастного вещества в ортостатическом положении. У 2 пациентов (7,4%) рентгенологически рефлюкс был выявлен только в горизонтальном положении.

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, 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 кардиотереспексии строго индивидуально и после адекватного клинического обследования. Дальнейшее развитие операций по реконструк-

ции кардиоэзофагеального перехода представляется нам в устранении недостатков стандартной методики Rampal–Narbona. Перспективным направлением мы считаем возможность укрепления круглой связки печени алломатериалами, что нуждается в последующем детальном изучении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васнев О.С. Взлеты и падения антирефлюксной хирургии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 6. – С. 48–51.
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. – P. 6–8.
3. Barret N.R. Hiatus hernia. // Proc. R. Soc. Med. – 1952. – Vol. 45. – № 5. – P. 279–286
4. Dean C., Etienne D., Carpentier B., et al. Hiatal hernias. // Surg. Radiol. Anat. – 2012. – Vol. 34. – №4. – P. 291–299.
5. Pisegna J., Holtmann G., Howden C.W. et al. Oesophageal complications and consequences of persistent gastro-oesophageal reflux disease. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – Vol. 20 – № 9. – P. 47–56.
6. Contini S., Zinicola R., Bertele A. et al. // World J. Surg. – 2002. – Vol. 26. – P. 1106–1111.
7. Oertli D., Harder F. Open antireflux surgery. // Chirurg. – 1998. – Vol. 69. – № 2. – P. 141–147.
8. 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. – P. 488.
9. 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. – Vol. 116 – № 2 – P. 201–210.

REFERENCES

1. Vasnev O.S. Experimental and clinical gastroenterology, 2010, № 6, p. 48–51 (in Russian).
2. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C., Dent J. Gut, 2013, „Jul., p. 6–8.
3. Barret N.R. Proc. R. Soc. Med., 1952, Vol. 45, № 5, p. 279–286.
4. Dean C., Etienne D., Carpentier B., et al. Anat., 2012, Vol. 34, № 4, p. 291–299.
5. Pisegna J., Holtmann G., Howden C.W. et al. Aliment. Pharmacol. Ther., 2004, Vol. 20, № 9, p. 47–56.
6. Contini S., Zinicola R., Bertele A. et al. World J. Surg., 2002, Vol. 26, p. 1106–1111.
7. Oertli D., Harder F. Chirurg, 1998, Vol. 69, № 2, p. 141–147.
8. Rampal M., Perillat Ph., Rougaut R. Marseille Chir., 1964, № 16, p. 488.
9. Narbona B., Olavarrieta L., Lloris J.M., de Lera F., Calvo M.A. Chirurgie, 1990, Vol. 116, № 2, p. 201–210.

Поступила в редакцию 20.12.2013

Утверждена к печати 10.02.2014

Авторы:

Петлин Глеб Фёдорович – аспирант кафедры госпитальной хирургии СибГМУ, г. Томск.

Дамбаев Георгий Цыренович – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАМН, зав. кафедрой госпитальной хирургии СибГМУ, г. Томск.

Соловьёв Михаил Михайлович – д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии СибГМУ, г. Томск.

Попов Алексей Михайлович – канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии СибГМУ, г. Томск.

Контакты:

Петлин Глеб Фёдорович

тел. +79528068260

e-mail: vfriez@hotmail.com