

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Осминин С.В. Ошибки и осложнения в антирефлюксной хирургии // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2014. №1. С. 97–98.

Ошибки и осложнения в антирефлюксной хирургии

А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, Ф.П. Ветшев, С.В. Осминин

ГБОУВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, кафедра факультетской хирургии № 1, г. Москва

Ежегодно увеличивается количество больных с рефлюкс-эзофагитом и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, наряду с прогрессирующим числом антирефлюксных операций во всем мире. Широкий разброс полученных результатов отражает явные различия в хирургической технике, длительности наблюдения больных и определении причин неэффективности операции. Бесспорно, неудачной следует признавать антирефлюксную операцию, после которой сохраняются первичные симптомы (изжога, отрыжка, боль и т.д.) или появляются новые (дисфагия, боль, вздутие живота, диарея и др.). Сохранение симптомов рефлюкс-эзофагита или их скорый рецидив после фундопликации описаны у 5-20 % больных после операции из лапаротомного доступа, и у 6-30 % пациентов после лапароскопической фундопликации. Наиболее частыми симптомами неэффективной антирефлюксной операции являются гастроэзофагеальный рефлюкс (30-60 %) и дисфагия (10-30 %), а также комбинация рефлюкса и дисфагии (около 20 %).

Материал и методы. С 2006 по 2014 гг. под нашим наблюдением

находились 31 больной (9 мужчин и 22 женщины в возрасте от 25 до 72 лет), перенесших различные операции по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и рефлюкс-эзофагита (РЭ), результат которых оказался неудовлетворительным. Лишь 12 пациентам первичная операция была выполнена лапароскопически. Все за исключением двух больных первично были оперированы в других лечебных учреждениях. В качестве первичной операции были выполнены фундопликации Nissen (14), Nissen-Rosetti (4), Touret (2), эзофагофундорафия (4) в сочетании с крурорафией у 19 пациентов. Двум пациентам операцию проводили в нашей клинике на этапе освоения и внедрения эндоскопических технологий. Четверо больных перенесли подряд несколько антирефлюксных операций: 3 пациента - 2 операции; 1 больная - 4 операции. Абсолютное большинство больных (21) отметили рецидивирование симптомов или их трансформацию в раннем послеоперационном периоде. У 5 пациентов период ремиссии «затянулся» на многие годы (от 10 до 24 лет). Все пациенты принимали антисекреторные и антацидные препараты по той же схеме, что и до первой операции.

При поступлении больные предъявляли жалобы на изжогу (21), дисфагию (8), боль в эпигастрии и за грудиной (8). У всех дисфагия была обусловлена сдавлением «соскользнувшей» манжеткой в области пищеводного отверстия диафрагмы после крурорафии (14) или ее перекрутом (2). «Gasbloat»-синдром, метеоризм, диарея, тошнота являются довольно частыми симптомами после операции Nissen, что мы наблюдали у 11 больных. Всем больным проводили рентгенологическое исследование, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и импедансометрию с рН-метрией. При этом укорочение пищевода I степени было диагностировано у 9 пациентов, II степени - у 10. Признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита выявлены у 9 больных.

Результаты и обсуждение. Все пациенты, перенесшие первичные операции

в других лечебных учреждениях, были оперированы повторно. При этом в результате обследования и анализа операционных находок у них были выявлены следующие технические погрешности, допущенные во время предыдущих операций: фиксация к малой кривизне мобилизованной большой кривизны сзади от пищевода (4), сшивание спереди с образованием дубликатуры большой и малой кривизны желудка без их мобилизации (2); фиксация желудка к ножкам диафрагмы (10); ушивание ножек диафрагмы (19); фиксация желудка к печени, передней брюшной стенке (4), пилоропластика (5), неправильно сформированная манжетка (8) и полное ее отсутствие (6), «феномен телескопа» (8), излишне плотная манжетка (3), гастростаз (2). Реконструктивные антирефлюксные операции с формированием полной симметричной манжетки в нашей модификации выполнены 30 больным.

Одному пациенту произведена субтотальная проксимальная резекция желудка; еще одной больной после ранее перенесенных 4 операций выполнена субтотальная проксимальная резекция желудка, резекция абдоминального отдела пищевода с эзофагоэногастропластикой.

Хорошие непосредственные функциональные результаты с исчезновением клинической симптоматики получены у всех оперированных больных. При рентгенологическом исследовании ни у одного пациента не выявлено нарушения глотания и прохождения контрастного вещества по пищеводу, а также признаков гастростаза или демпинг-синдрома. У 8 больных желудок располагался в брюшной полости, у остальных 22 пациентов сформированная антирефлюксная манжетка находилась на или над уровнем диафрагмы. При этом гастроэзофагеального рефлюкса контрастного вещества при полипозиционном исследовании, в том числе и в положении Тренделенбурга, выявлено не было. При ЭГДС зияния или недостаточности кардии, признаки эзофагита не были выявлены ни у одного пациента.

Выводы. Полученные результаты в очередной раз опровергают всеобщее заблуждение в том, что гастроэзофагеальное соустье должно находиться в брюшной полости. Давно доказано, что основной антирефлюксный эффект оказывает именно симметричная манжетка из тканей желудка, а при её правильном формировании она одинаково успешно «работает» как под, так и над диафрагмой, не влияет на нарушенную после ранее перенесенных операций пропульсивную моторику пищевода. Крайне важна полноценная мобилизация пищевода и дна желудка с последующим формированием симметричной полной манжетки без какой-либо фиксации к окружающим тканям и органам. Ушивание ножек диафрагмы целесообразно лишь в случае большого дефекта, позволяющего мигрировать в средостение органам брюшной полости.

Таким образом, многообразие причин неудач и осложнений антирефлюксных операций, техническая сложность повторных вмешательств и проблематичность их хороших результатов обуславливают целесообразность концентрации больных с ГПОД и рефлюкс-эзофагитом в специализированных стационарах и диктуют необходимость дальнейших клинических исследований в этой области.