

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ .....	3
<b>ГЛАВА 1</b>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА .....	6
(Исторический очерк и современное состояние проблемы)	
<b>ГЛАВА 2</b>	
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА .....	18
2.1 КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА .....	18
2.2 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА .....	25
2.3 ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА .....	31
2.4 ЭЗОФАГОМАНОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА .....	35
2.5 PH-МЕТРИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО РЕФЛЮКСА .....	37
<b>ГЛАВА 3</b>	
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА .....	39
3.1 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА .....	39
3.2 ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА .....	42
3.3 БУЖИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ .....	43
3.4 ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА .....	45
<b>ГЛАВА 4.</b>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА .....	47
4.1 ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЫ .....	47

4.2 ХАРАКТЕР И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА .....	49
4.2.1 Клиническая характеристика больных с рефлюкс-эзофагитом и пептической стриктурой пищевода .....	49
4.2.2 Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита при кардиальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы .....	52
4.2.3 Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита при кардиофундальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы .....	55
4.2.4 Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки .....	56
4.2.5 Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита и калькулезного холецистита .....	60
4.3 ХАРАКТЕР И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА .....	62
4.3.1 Хирургическое лечение первичной пептической стриктуры пищевода .....	62
4.3.2 Хирургическое лечение вторичной пептической стриктуры пищевода .....	64
4.4 ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КАРДИИ .....	67
<b>ГЛАВА 5.</b>	
ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА .....	73
5.1 Показания к экстирпации пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой .....	73
5.2 Характеристика собственных клинических наблюдений .....	75
<b>ГЛАВА 6.</b>	
ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА .....	93
6.1 АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА КАРДИИ .....	93
6.1.1 Селективная проксимальная ваготомия, фундопликация .....	93
6.1.2 Абдоминализация кардии (операция Коллиса) .....	101
6.2 ПЛАСТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПИЩЕВОДЕ ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ .....	103
6.2.1 Экстирпация пищевода с пластикой изоперистальтической желудочной трубкой .....	103
6.2.2. Экстирпация пищевода с пластикой толстой кишкой .....	119
6.2.3 Пластика пищевода патологически измененным и оперированным желудком .....	124
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	126
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	131

## ГЛАВА 6

### ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ И ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ ПИЩЕВОДА

#### 6.1. АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА КАРДИИ

##### 6.1.1 Селективная проксимальная ваготомия, фундопликация

Селективная проксимальная ваготомия и фундопликация в последние годы стала операцией выбора в лечении больных с рефлюкс-эзофагитом, требующем хирургического вмешательства. Оригинальная методика Ниссена (обвертывание терминального отдела пищевода передней стенкой желудка) в НЦХ никогда не применялась из-за большого количества осложнений, присущих этой методике. Техника операции, то есть фактически модифицированная фундопликация, описаны в работах Б.В.Петровского (1966), Н.Н.Каншина (1967). В последние годы, с внедрением СПВ мы видоизменили технику фундопликации (А.Ф.Черноусов, 1991, 1993).

Больного укладывают на валике, дистальный край которого располагается на уровне мечевидного отростка (рис. 6). Операцию выполняют из верхнесрединной лапаротомии с обходом пупка слева (рис. 7). Для лучшего доступа рану расширяют с помощью модифицированных ретракторов-расширителей реберных дуг М.Э.Сигала (рис. 8). Мобилизуют левую долю печени, отводят ее вправо с помощью крючка А.Г.Савиных, получая, таким образом, широкий доступ к области кардии и абдоминальному отделу пищевода (рис. 9). В желудок проводят толстый зонд, располагая его вдоль большой кривизны. Ассистент, захватывая обеими руками через салфетку желудочный зонд, натягивает большую кривизну желудка влево и вверх, что освобождает для манипуляций малую кривизну желудка, малый сальник, а также становятся хорошо видимыми кардия и абдоминальный отрезок пищевода.





Рис. 6. Положение больного на операционном столе

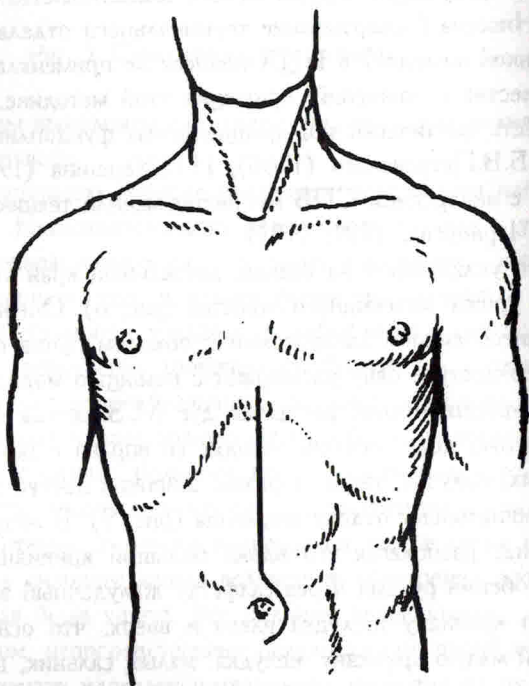


Рис. 7. Доступ

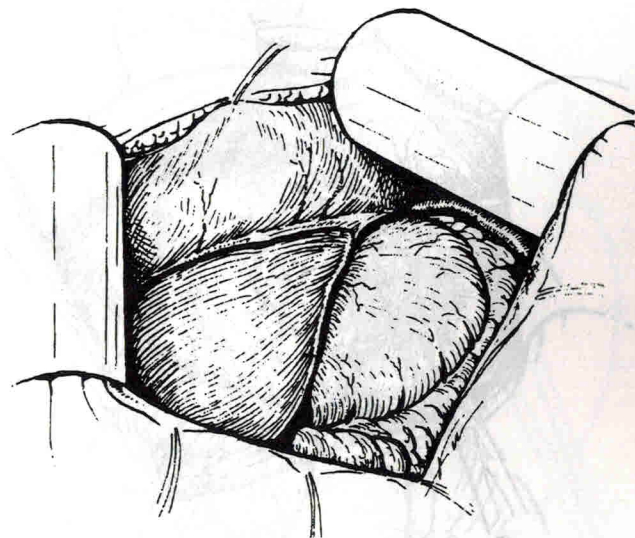


Рис. 8. Вид операционной раны после лапаротомии

После визуализации двигательной порции нерва Латарже, начиная от "гусиной лапки" выполняют мобилизацию желудка по малой кривизне послойно пересекая листки малого сальника с идущими в их толще ветвями левой желудочной артерии и блуждающего нерва (рис.10). Перевязку сосудов и клетчатки делают в "три слоя", что предупреждает повреждение нерва Латарже и обеспечивает надежный гемостаз. Мы стараемся не брать ткани зажимами, а проводить лигатуры с помощью диссектора. В области угла желудка, непосредственно над "вороньей лапкой" поперечно рассекают серозный и, частично, мышечный слои для пересечения возвратных секреторных веточек блуждающего нерва по Полинкевичу. После рассечения малого сальника и вскрытия сальниковой сумки на малую кривизну накладывают держалку, что облегчает доступ к забрюшинной части кардии. При мобилизации забрюшинной части кардии, как правило, приходится пересекать заднюю желудочную артерию, которая является ветвью селезеночной артерии. Выделяют на протяжении 6 - 7 см и берут на держалку абдоминальный отдел пищевода (рис. 11). При выделении важно пересечь так называемый "криминальный" нерв Грасси, идущий вдоль левой стенки пищевода и представляющий собой также секреторную порцию блуждающего нерва. Дно

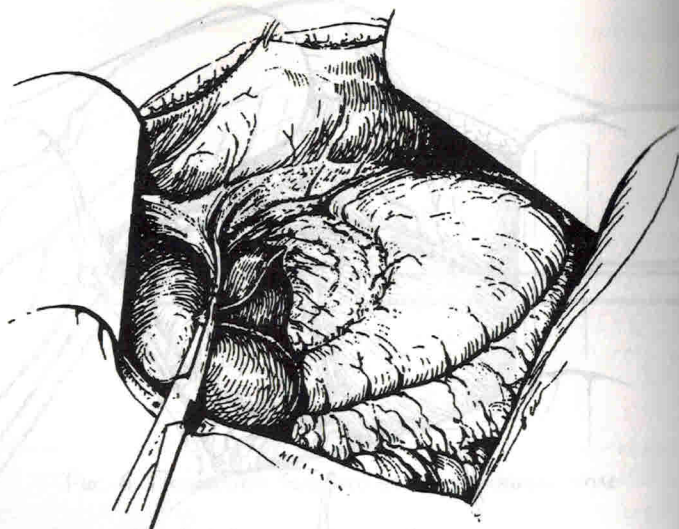


Рис. 9. Мобилизация левой доли печени

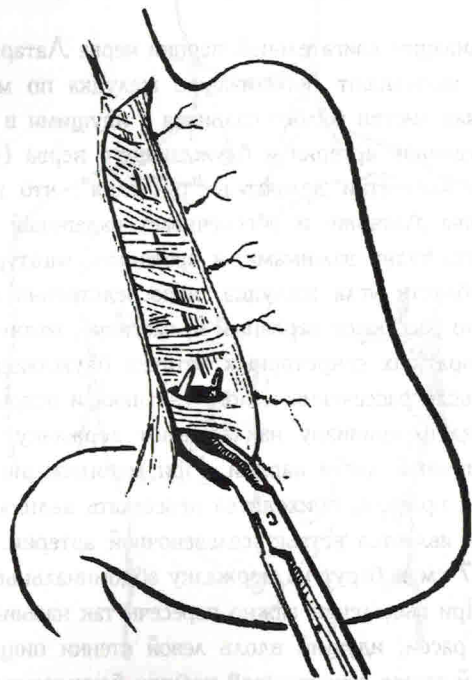


Рис. 10. Мобилизация желудка по малой кривизне

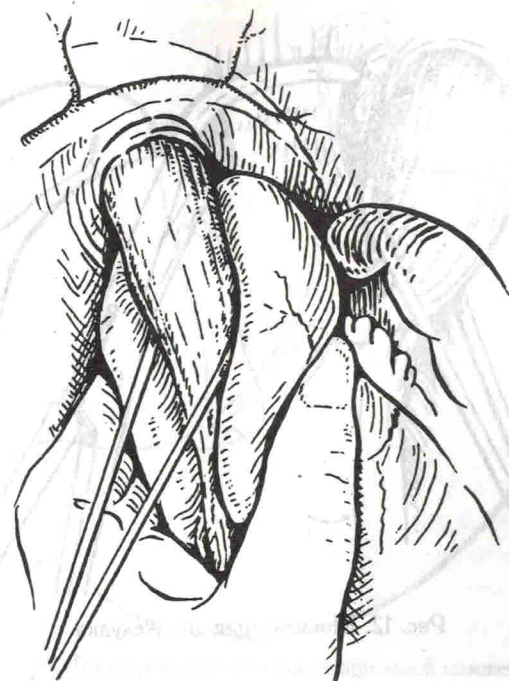


Рис. 11. Пищевод взят на держалку

желудка мобилизуют далее до уровня коротких артерий, а иногда и с перевязкой одной или двух коротких артерий, если это необходимо для достижения полной мобилизации дна (рис. 12), чтобы его было достаточно для создания фундопликационной манжетки. У больных с сочетанием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на 1,5 - 2,0 см выше кардии выполняют циркулярное пересечение продольных мышечных волокон пищевода, что особенно важно для полноты ваготомии, так как в них проходят нервные волокна к секреторным клеткам желудка (рис. 13). Однако при этом наносится дополнительная травма функции физиологической кардии, поэтому, у больных, оперируемых по поводу рефлюкс-эзофагита без сочетания с язвой двенадцатиперстной кишки, эту манипуляцию не выполняют (Черноусов А.Ф., 1985). У больных со стенозом выходного отдела желудка делают дренирующую операцию.

Малую кривизну желудка последовательно перитонизируют отдель-



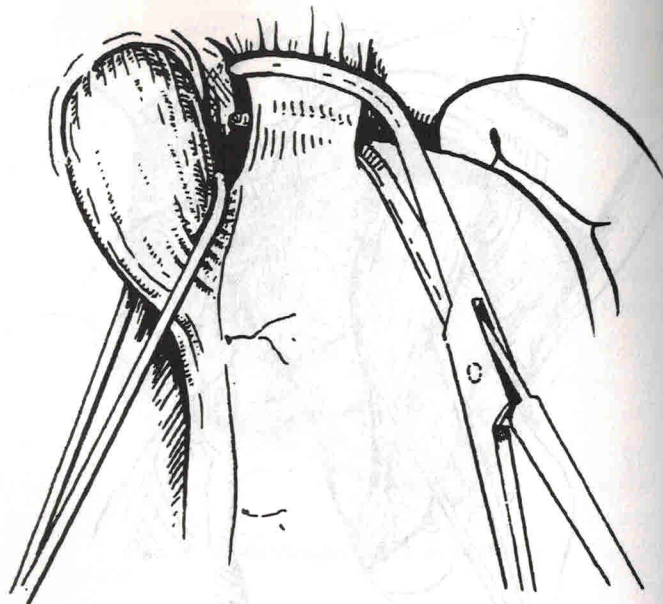


Рис. 12. Мобилизация дна желудка

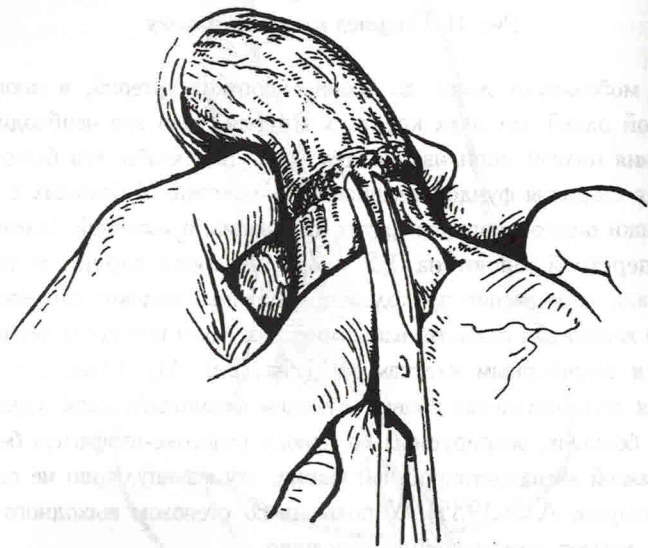


Рис. 13. Циркулярное пересечение продольных мышечных волокон пищевода.

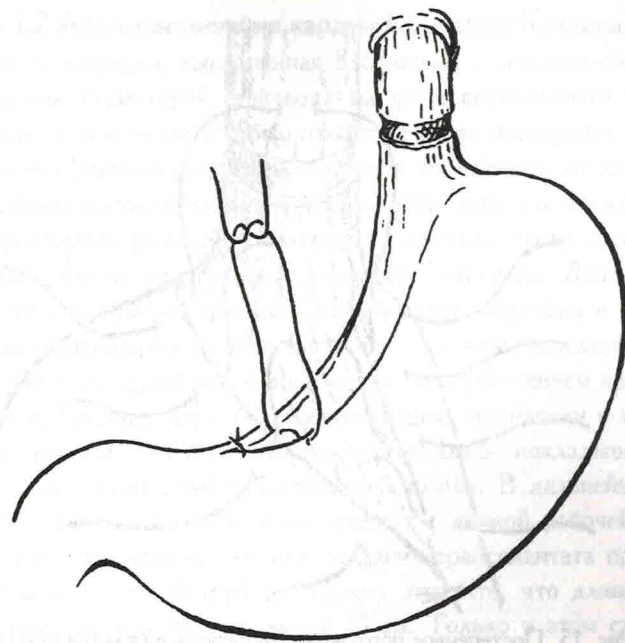


Рис. 14. Формирование фундопликационной манжетки

ными узловыми швами, начиная от угла желудка, переходящими далее непосредственно в фундопликационную манжету. В швы, формирующие манжету, обязательно захватывают мышечный слой пищевода. В том случае, если выполняли циркулярную миотомию, манжета должна полностью закрыть этот участок пищевода и выше на 2,0 - 2,5 см, причем в этой области пищевод в шов не берут (рис. 14). Постепенное погружение пищевода в складку между передней и задней стенками желудка без использования резиновой держалки обеспечивает формирование равномерной аккуратной манжетки, не деформирующей пищеводно-желудочный переход и не создающей дивертикулоподобных карманов и каскадной деформации желудка (рис. 15). Фундопликационную манжету накладывают на толстом желудочном зонде, длиной не более 4,0 - 4,5 см. Обязательно подшивают верхушку манжетки спереди и сзади к пищевода для предупреждения ее соскальзывания (рис. 16). Операцию завершают установлением дренажа под левый купол диафрагмы и проведением тонкого назогастрального зонда для декомпрессии желудка.

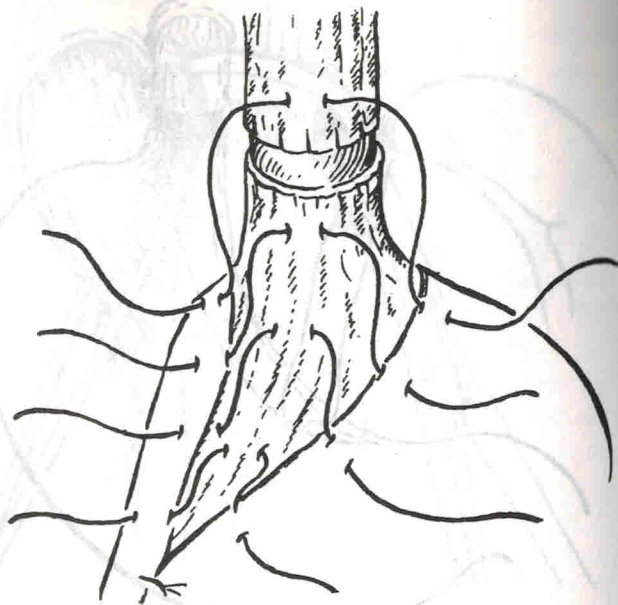


Рис. 15. Постепенное погружение пищевода в складку между передней и задней стенками желудка

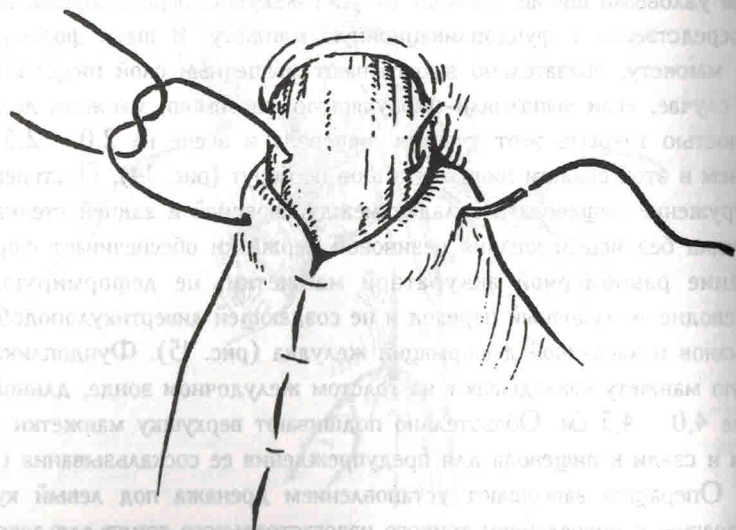


Рис. 16. Передняя и задняя эзофагофундорафия

### 6.1.2 Абдоминализация кардии (операция Коллиса)

Данная операция, выполненная 8 больным с рефлюкс-эзофагитом и пептической стриктурой пищевода на фоне выраженного укорочения пищевода, в том числе у 1 больного в качестве повторного вмешательства, может явиться операцией выбора в тех случаях, когда не удастся осуществить достаточную мобилизацию пищевода для создания надежной фундопликационной манжетки, а сделать гастропликацию по Н.Н.Каншину не удастся из-за "нехватки" желудка. Данная операция, напротив, не требует широкой мобилизации пищевода и кардии.

Абдоминализацию кардии выполняют из верхнесрединной лапаротомии с мобилизацией левой доли печени и пересечением круглой связки печени. Первым двум больным операцию выполняли с использованием аппаратов УО-60, которые приходилось накладывать четыре раза, для получения трубки достаточной длины. В дальнейшем применяли разработанный в отделении аппарат с длиной рабочей части 105 см, который мы используем для создания трансплантата при пластике пищевода желудочной трубкой. Важно отметить, что длина создаваемой трубки должна быть не менее 10 см. Только в этом случае, даже при сохранении рефлюкса после операции, антиперистальтическая волна не достигает слизистой пищевода.

Выполняют мобилизацию дна желудка на протяжении 3 - 4 см угла Гиса. В желудок вводят толстый желудочный зонд. Подводят шивающий аппарат, располагая его вдоль зонда, параллельно малой кривизне. Желудок после прошивания рассекают на всю длину аппарата между линиями швов (рис. 17). Скрепочный шов укрывают отдельными серосерозными швами. При необходимости герметичность линии швов можно проверить путем раздувания желудка через зонд.

Следующим этапом является создание собственно антирефлюксного клапана. Как правило выполняют гастроплантацию, окутывая 2/3 - 3/4 диаметра сформированной трубки дном желудка (рис. 18). Нет необходимости фиксировать вновь созданную кардию в брюшной полости. Затем толстый желудочный зонд заменяют на назогастральный, дренируют брюшную полость.

Понятно, что это не оригинальная операция Коллиса, которую автор выполняет из трансторакального доступа, не создавая подобия эзофагофундорафии. Это модификация операции Коллиса, которая нам



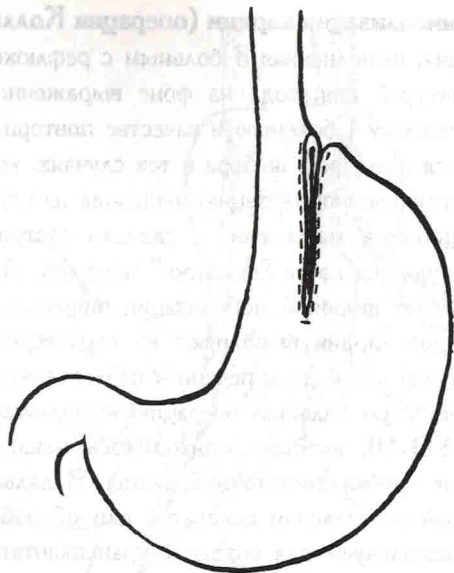


Рис. 17. Прошивание и пересечение желудка при операции Коллиса

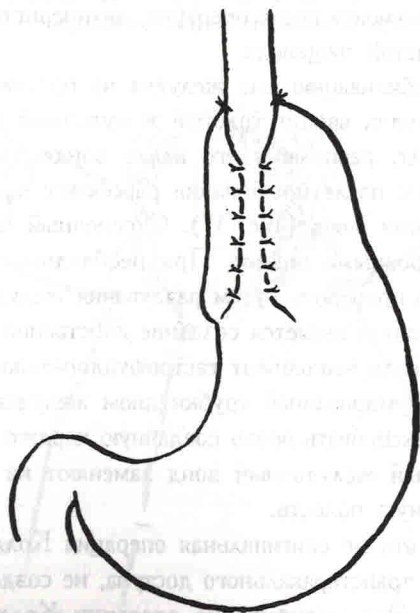


Рис. 18. Гастрофундорафия при операции Коллиса

кажется более удачной, ибо, во-первых, ее делают из абдоминального доступа, и, стало быть, она легче переносится больным, а, во-вторых, создается подобие клапана в удлиненном за счет желудка пищеводе.

## 6.2 ПЛАСТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПИЩЕВОДЕ ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЕ

### 6.2.1 Экстирпация пищевода с пластикой изоперистальтической желудочной трубкой

Эту операцию мы, как правило, выполняем из абдомино-цервикального доступа. Больного укладывают на валике, дистальный край которого располагается на уровне мечевидного отростка; высота валика 10-12 см. Выполняют верхнесрединную лапаротомию с обходом пупка слева и рану расширяют с помощью модифицированных ретракторов реберных дуг М.З.Сигала. Мобилизуют правую долю печени и отводят ее вправо с помощью лопатки А.Г.Савиных.

Затем берут на зажимы, пересекают и перевязывают верхнюю часть малого сальника с проходящей в нем дополнительной печеночной артерией. Рассекают брюшину, покрывающую абдоминальный отдел пищевода и расположенную под ней мембрану Лаймера-Бертели. Выделяют абдоминальный отдел пищевода и берут его на держалку (рис. 19а и 19б). После этого пальцами правой руки отслаивают диафрагму от перикарда (рис. 20), прошивают перевязывают и пересекают диафрагмальную вену (рис. 21) и выполняют широкую сагиттальную диафрагмотомию (рис. 22).

Затем сложенными вместе пальцами правой руки пищевод отслаивают от окружающих тканей по передней поверхности до бифуркации трахеи. При этом пальцы при движении рук вверх постоянно должны касаться стенки пищевода.

Так же "отслаивают" заднюю стенку органа. Пищевод при этом за держалку подтягивают в каудальном направлении (рис. 23). После этих манипуляций пищевод связан с тканями средостения за счет образованных таким образом "боковых" связок. В некоторой степени может помочь мобилизации пищевода зонд, введенный в просвет органа. Правда, при стриктуре это сделать удастся далеко не всегда, но зонд все же следует ввести в пищевод по возможности дальше, так как по нему