

На правах рукописи

АБДУЛЛАЕВ

Батыр Акмурадович

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ,
ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

14.00.27 – «хирургия»

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2008

**Работа выполнена в ГУ Российский научный центр хирургии
им. акад. Б.В. Петровского РАМН
в отделении хирургии пищевода и желудка**

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

доктор медицинских наук Ф.А. Черноусов

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

**доктор медицинских наук, профессор П.С. Ветшев
(зам. директора ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им.
Н.И. Пирогова» Росздрава)**

**доктор медицинских наук, профессор А.И. Чернооков
(зав. кафедрой госпитальной хирургии № 2 ММА им. И.М. Сеченова)**

ВЕДУЩЕЕ УЧРЕЖДЕНИЕ:

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

**Защита диссертации состоится «22» апреля 2008 года в 15 часов на
заседании Диссертационного ученого совета (Д.001.027.02) ГУ
Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН**

Адрес: 119992, ГСП-2, г. Москва, Абрикосовский переулок, д.2

**С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГУ РНЦХ
им. акад. Б.В. Петровского РАМН.**

Автореферат разослан «19» марта 2008 года.

**Ученый секретарь Диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Э.А. Годжелло

Актуальность проблемы

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются одной из наиболее распространенных хирургических патологий, которые занимают одно из ведущих мест в современной гастроэнтерологии.

При любом заболевании необходимо выделять его осложненные формы, которые требуют принятия неотложных и радикальных решений.

Начало решения данной проблемы базировалась на работах Н.Н. Каншина (1963, 1966, 1967), А.Ф. Черноусова (1965, 1973), Б.В. Петровского (1966, 1985), А.А. Шалимова (1975), S.W. Harrington (1955), P.J. Allison (1956), R. Nissen (1956), L. Hill (1977) и других. В настоящее время эта проблема обсуждается многими авторами как в России (Эфендиев В.М., 1995; Черноусов А.Ф. 1999, 2000; Кубышкин В.А., 1999; Галимов О.В., 2000; Васильев Ю.В., 2002; Пучков К.В., 2003; Черноусов Ф.А., 2004, 2006, 2007), так и за рубежом (Ancona E., 1995; Ali A., 1999, Wetsher G.J., 2000; Collet D., 2003; Tarnawski W., 2005).

Среди различных заболеваний, при которых наблюдается желудочно-кишечное кровотечение, на долю грыж пищеводного отверстия диафрагмы, по данным разных авторов, приходится от 2,5 до 33,3 % (Курыгин А.А., 1989; Пучков К.В., 2003; Schindibeck NE., 1995; Allen C., 1998). Кровотечения при ГПОД могут сопровождаться как явными желудочными кровотечениями с кровавой рвотой, дегтеобразным стулом, так и диапедезными кровотечениями с постепенным развитием затем так называемой *hiatusanemia*, причем кровотечения и анемия могут быть одним, а подчас и первым признаком заболевания. Как правило, кровотечение при ГПОД не бывает интенсивным и диагностируется лишь при применении специальных исследований. В ряде случаев кровотечение, длительное время незаметное для больного, перерастает в массивную кровопотерю, что требует экстренной операции, при которой, однако, источник кровотечения, как правило, не бывает обнаружен.

В последние десятилетия кардинально снизилась потребность в операциях благодаря высоким возможностям медикаментозной терапии, которая позволяет избавлять большинство больных от симптомов и осложнений, таких как рефлюкс-эзофагит (РЭ) и кровотечение, но она не способна устранить те анатомические изменения, которые создают предпосылки для развития ГПОД. Поэтому у значительной части больных с нарастающей симптоматикой или развитием осложнений необходимость оперативного лечения становится вполне очевидной.

Несмотря на имеющийся опыт в проблеме лечения ГПОД, осложненных кровотечением, существует ряд нерешенных вопросов, главным из которых является определение тактики лечения этой категории больных.

В настоящее время возникла необходимость оценить накопленный опыт и эффективность различных методов лечения у данной категории больных.

Цель работы

Улучшить результаты хирургического лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением.

Задачи исследования:

1. Разработать алгоритм консервативного лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением.
2. Определить показания и противопоказания к хирургическому лечению грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением.
3. Проанализировать ближайшие и отдаленные результаты лечения.
4. Разработать алгоритм выбора метода оперативного вмешательства при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением.

Научная новизна и практическая значимость

1. Предложен алгоритм консервативного лечения больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением в зависимости от степени рефлюкс-эзофагита.
2. Определены показания и противопоказания к хирургическому лечению грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением.
3. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением.
4. Определен и предложен алгоритм выбора метода оперативного вмешательства при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением.

Реализация результатов работы

Разработанная тактика хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением, внедрена в практику отделения хирургии пищевода и желудка ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

Апробация работы

Результаты исследования представлены на научной конференции «9-й Международный Славяно-Балтийский научный форум "Санкт-Петербург – Гастро-2007" 17.05.2007 года, апробация работы проведена на научной конференции отдела торакоабдоминальной хирургии ГУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН 25.09.2007 года.

Публикации

По материалам диссертации опубликованы 13 печатных работ, в том числе 2 в центральном научном журнале.

Структура диссертации

Диссертация изложена на русском языке на 115 страницах машинописного текста и состоит из оглавления, введения, 5 глав,

заклучения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 163 отечественных и зарубежных источников. Работа иллюстрирована 19 рисунками и 29 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В основу работы положен анализ наблюдений 94 больных в возрасте от 17 до 70 лет, лечившихся в отделении хирургии пищевода и желудка ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН по поводу ГПОД, осложнённых кровотечением.

Для определения эффективности лечения при ГПОД, осложнённых кровотечением, проводилось изучение результатов лечения 60 больных, которым проводилось хирургическое лечение (первая группа), и 34 больных, получавших консервативное лечение (вторая группа).

В первой группе кардиофундальная ГПОД была у 38 (63,4%) больных, кардиальная ГПОД у 22 (36,6%). Во второй группе кардиофундальная ГПОД у 10 (29,4%), кардиальная ГПОД у 24 (70,6%) пациентов.

Возраст больных колебался от 17 до 70 лет (средний возраст $42,9 \pm 14,7$ лет). Частота заболевания как у мужчин (54,2%), как и у женщин (45,7 %) была практически одинакова.

С целью выявления ГПОД всем больным проведено общеклиническое, рентгенологическое и эндоскопическое исследование.

Острое кровотечение у пациентов I группы (рис.1) было у 6 больных (у 2 больных с кардиальной ГПОД, у 4 с кардиофундальной ГПОД), источником кровотечения были язвы расположенные в области желудочно-пищеводного перехода. Хроническое кровотечение было у 54 больных (у 26 больных с кардиальной ГПОД, и у 28 больных кардиофундальной ГПОД), источником кровотечения были эрозии и изъязвления в зоне пептического эзофагита, так и непосредственно из слизистой путем диапедеза.

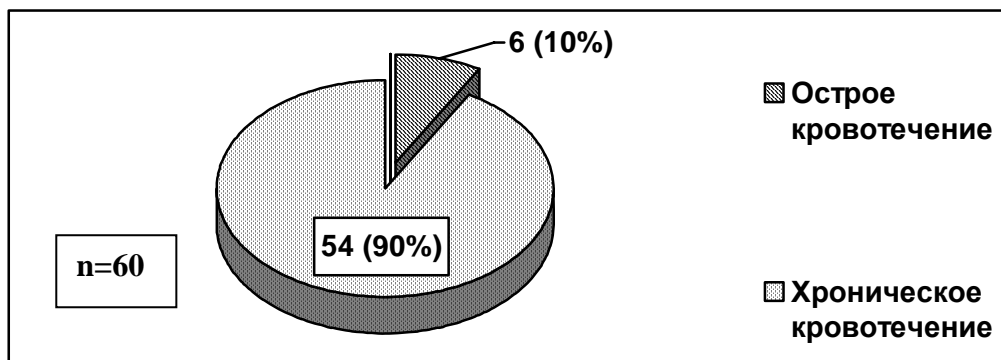


Рис. 1 Распределение пациентов I группы по характеру проявления кровотечения

У пациентов II группы (рис.2) острое кровотечение было у 3 больных (с кардиальной ГПОД), источником кровотечения, как и у больных I группы была язва пищевода в области желудочно-пищеводного перехода. Хроническое кровотечение у 31 больного (у 15 с кардиальной ГПОД, у 16 с кардиофундальной ГПОД).

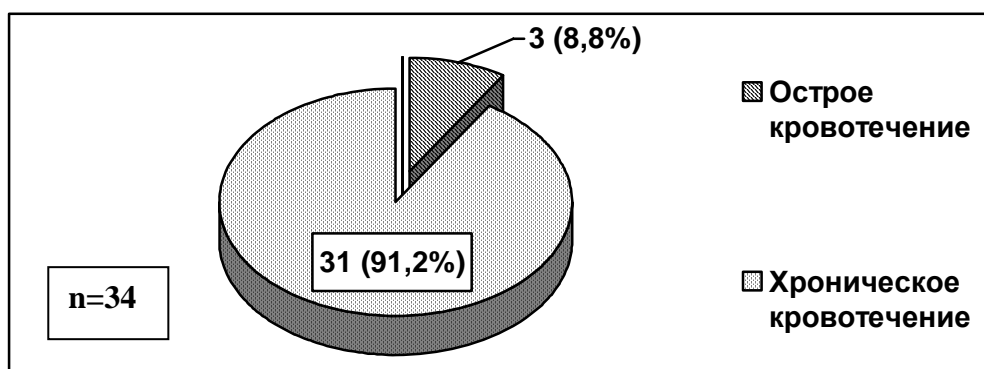


Рис. 2 Распределение пациентов II группы по характеру проявления кровотечения

Изжога у наших больных явилась самым частым симптомом и отмечена у 79,7% больных. У пациентов первой группы изжога встречалась у 41 (68,3%) пациента. У 19 (31,7%) больных этой группы изжоги не было. Среди больных, не страдавших изжогой, преобладали пациенты с ахилией и с гипоацидным состоянием.

У пациентов второй группы изжога была у всех 34 (36,1%) больных.

Жалобы на боль предъявляли 76,5% больных. Из 60 пациентов первой группы, болевой синдром был у 47 (78,3 %) больных. Из 34 пациентов второй группы болевой синдром выявлен у 25 (73,5%) больных.

Рефлекторная стенокардия имела у 35 (58,3%) больных первой группы, и у 17 (50,0%) больных второй группы.

У 53 (88,3%) больных первой группы и у 25 (73,5%) второй группы имелись различные сопутствующие заболевания. Так сочетание ГПОД с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки встречалась у 13 (13,8%) пациентов, и у 5 (5,3%) – с язвой желудка. С хроническим калькулезным холециститом у 11 (11,7%) больных.

Всем больным проводилось рентгенологическое и эндоскопическое исследование, имеющие высокие информативные способности для диагностики ГПОД.

Рентгенологическое исследование проводили как в вертикальном, так и в горизонтальном положении больного.

При эндоскопическом исследовании у всех обследованных нами больных выявлены изменения грыжевой части желудка в виде гиперемии, отека и извитости складок, кровоточивости. РЭ выявлен у 75 (79,7%) пациентов из 94 с ГПОД: легкая у 11 (14,6%), средней тяжести у 21 (28%), тяжелая степень у 42 (56%) и пептическая стриктура пищевода у 1 (1,4%) больного.

У 10 (10,6%) больных (у 7 кардиальной ГПОД и у 3 кардиофундальной ГПОД) обнаружена язва пищевода в области желудочно-пищеводного перехода.

Эзофагоманометрия выполнена 54 больным. Смещение кардии выше ПОД отмечено у 24 (44,4%) пациентов. Кардиальная грыжа была выявлена у 11 больных. Градиент давления (кардия-желудок) при наличии кардиальных грыж на фоне усиленной моторики пищевода был равен $12,1 \pm 1,4$ мм.рт.ст. и идентичен его показателю при отсутствии грыжи $11,8 \pm 1,5$ мм.рт.ст. При ослабленной моторике пищевода, этот же показатель был значительно ниже,

особенно при отсутствии смещения кардии. Так, при наличии кардиальной грыжи он равен $8,2 \pm 1,3$ мм.рт.ст., без грыжи – $5,6 \pm 1,7$ мм.рт.ст.

Внутрипищеводная рН-метрия выполнена 21 (22,3%) больному: у 13 (61,9%) пациентов с кардиальной ГПОД, у 8 (38%) с кардиофундальной ГПОД. О наличии рефлюкса свидетельствовало снижение рН в пищеводе до 3,0 и ниже.

В целом желудочно-пищеводный рефлюкс при внутрипищеводной рН-метрии выявлен у 15 (71,4%) из 21 больного: у 14 с кардиальной ГПОД, у 1 кардиофундальной ГПОД. При этом распространение его на абдоминальный отдел пищевода отмечено у 13 на ретроперикардиальный – у 2 пациентов.

Целью консервативного лечения больных с ГПОД являлось предупреждение и устранение РЭ как основной причины клинических проявлений заболевания, что достигалось применением комплекса гигиенических и диетических мероприятий, а также медикаментозных средств.

Консервативное лечение при ГПОД включало следующие мероприятия:

1. Устранение факторов, повышающих внутрибрюшное давление, меры по борьбе с запором и метеоризмом.
2. Диета и режим питания, которые являются одним из важных моментов в лечении.
3. Медикаментозная терапия, которая должна быть направлена на снижение кислотности желудочного сока, нейтрализацию выработанной соляной кислоты и ускорение эвакуации пищи из желудка.

При скользящих ГПОД, осложненных кровотечением и наличии РЭ легкой и средней степени тяжести рекомендовали прием препаратов группы антацидов (алмагель, маалокс) в сочетании с прокинетиками (церукал, мотилиум) и H₂-блокаторами (ранитидин, фамотидин).

Суточная доза прокинетиков по 30 мг за 30 минут до еды и при необходимости на ночь.

Суточные дозы H2-блокаторов по 450-600 мг ранитидина или 40-80 мг фамотидина. Отличием использования H2-блокаторов при язвенной болезни заключается в том, что суточные дозы при лечении РЭ должны быть в два раза больше, при продолжительности курсового лечения не менее 8-12 недель.

При тяжелом РЭ необходимо применение более сильных антисекреторных препаратов, таких как ингибиторы протонной помпы (нексиум, париет). Суточные дозы составляют 20-40 мг, при продолжительности курсового лечения 4-8 недель.

Больным поступившим с явлениями острого желудочно-кишечного кровотечения проводилась интенсивная медикаментозная терапия (противоязвенная, антирефлюксная, при необходимости переливание эритроцитарной массы, плазмы, кровозаминителей).

Особое внимание уделялось 10 (10,6%) больным с ГПОД, у которых при эндоскопическом исследовании обнаружена язва пищевода в области пищеводно-желудочного перехода. После курса консервативного лечения (4 недели) при наступлении клинической ремиссии произведено повторное эндоскопическое исследование. При этом выявлены следующие изменения: полное заживление язвы пищевода произошло у 3 больных, у 3 больных язвы уменьшились в размерах, а у 4 размеры язвы оставались прежними. У 7 больных, у которых, несмотря на наступление клинической ремиссии заболевания, язва не зажила после проведенной комплексной терапии, лечение было продолжено, после чего язвы зарубцевались.

Для выяснения факторов, определяющих продолжительность курса консервативной терапии, приводящего к эффективному заживлению язвенного дефекта в пищеводе, мы проанализировали: длительность заболевания, размеры язвы. И пришли к выводу, что при длительно существующем РЭ и большом диаметре язвенного дефекта пищевода требуется более длительная консервативная терапия (8 – 12 недель).

При морфологическом исследовании биопсийного материала взятых у больных из краев язвы пищевода, которым провели менее 8 недель

консервативной терапии, выявлены распадающиеся инфильтрированные лейкоциты, говорящие о наличии язвенного дефекта, дно которого покрыто широкой полосой некротических масс, над которыми располагается фибриноидный некроз. При морфологическом исследовании слизистая оболочка пациентов, которым проводилось более 8 недель терапии, полностью отличалась от слизистой оболочки пищевода больных, которым провели менее 8 недель консервативной терапии. На поверхности полностью отсутствует некротическая масса. Большое количество молодых сосудов, увеличение концентрации РНК в эпителии и пролиферации плоского эпителия.

Непосредственные результаты после первичного курса консервативного лечения представлен в табл. 1. Из таблицы следует, что анемия исчезла у 48 (51%) больных (кардиальной ГПОД у 25, кардиофундальной ГПОД у 23), изжога у 67 (71,2%) больных (кардиальной ГПОД у 40, кардиофундальной ГПОД у 27).

Таблица 1

Результаты первичного консервативного лечения (n=94)

Симптомы	Количество пациентов до и после лечения							
	Кардиальная ГПОД (n=46)				Кардиофундальная ГПОД(n=48)			
	До		После		До		После	
	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>
Анемия	39	84,7	14	30,4	44	91,6	21	43,7
Изжога	44	95,6	4	8,6	29	60,4	2	4,1
Боль	33	71,7	7	15,2	39	81,2	11	22,9
Срыгивание	9	19,5	1	2,1	23	47,9	6	12,5
Отрыжка	6	13	–	–	21	43,7	3	6,2

После проведения курса медикаментозной терапии выявлен рецидив ряда симптомов в течение первых 6 месяцев (табл. 2): анемия у 46 (49%) больных (кардиальной ГПОД у 19, кардиофундальной ГПОД у 27); изжога у

23 (24,4%) пациентов (кардиальной ГПОД у 16, кардиофундальной ГПОД у 7).

Таблица 2

Рецидив заболевания после первоначального курса лечения *

Симптомы	Количество пациентов ГПОД с рецидивом симптомов			
	Кардиальная (n=46)		Кардиофундальная (n=48)	
	<i>абс. **</i>	<i>%</i>	<i>абс. ***</i>	<i>%</i>
Анемия	19	41,3	27	56,2
Изжога	16	34,7	7	15,2
Боль	4	8,6	7	14,5
Срыгивание	1	2,1	6	12,5
Отрыжка	–	–	3	6,2

* - рецидив заболевания в течение 6 месяцев после первоначального курса лечения.

** - из 46 больных кардиальной ГПОД.

*** - из 48 больных кардиофундальной ГПОД.

В целом купирование обострения заболевания, коррекция анемии наступило при проведении 2-3 курсов антирефлюксной, противоязвенной терапии у 34 (36,2%) больных. Остальным 60 (63,8%) больным у которых после неоднократной, длительной антирефлюксной, противоязвенной терапии не удалось добиться положительного результата, или он был кратковременным, потребовалось хирургическое лечение. Хирургические вмешательства были выполнены 22 (23,4%) больным кардиальной ГПОД и 38 (40,4%) пациентам с кардиофундальной ГПОД, у которых не удалось добиться существенного положительного результата после проведения неоднократной, длительной медикаментозной терапии.

Показанием к хирургическому лечению больных кардиальной ГПОД являлось, как правило, неэффективность многократных курсов консервативного лечения. Современные медикаментозные средства позволяют добиться эффекта даже у больных с тяжелым РЭ, однако если нет

длительного светлого промежутка, и приходится часто проводить повторные курсы лечения, целесообразно прибегнуть к хирургическому вмешательству.

Хирургические вмешательства, выполненные больным с кардиальной ГПОД, осложненным кровотечением, отражены в табл. 3.

Хирургическая тактика у этой группы больных претерпела значительные изменения со временем. Так до 1962 года фундопликацию часто сочетали с гастропексией, крурорафией, но затем отказались от этих вмешательств, особенно у больных с укорочением пищевода, так как использование в дальнейшем приводило к выраженному болевому синдрому.

Таблица 3

Хирургические вмешательства при кардиальных ГПОД (n=22)

Название операции	Количество больных
СПВ, фундопликация (у 2 больных с пилоропластикой)	14
Фундопликация, ваготомия, пилоропластика	2
Клапанная гастропликация по Н.Н. Каншину	2
Операция Коллиса	2
Фундопликация	1
Эзофагофундорафия	1
Всего:	22

Как дополнение к фундопликации стали применять стволовую ваготомию с пилоропластикой при высокой кислотности желудочного сока. Подобная операция выполнена 2 больным (табл. 3).

В дальнейшем была внедрена методика селективной проксимальной ваготомии (СПВ). СПВ в сочетании с фундопликацией в модификации РНЦХ выполнена 14 (64,0%) больным. Фундопликация способствует восстановлению барьерной функции кардии, она расценивается нами как основная методика хирургического лечения РЭ. Эзофагофундорафия выполнена 1 пациенту с легким РЭ и сохраненной жомной функцией кардии.

Абдоминализация кардии (операция Коллиса) выполнена 2 больным с коротким пищеводом 2 ст., РЭ. Данная операция может явиться операцией выбора в тех случаях, когда не удается 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.

При кардиофундальных ГПОД выполняли фундопликацию в сочетании с СПВ у 21 (55,4%) больного, а также эзофагофундорафию, крурорафию у 13 (34,2%), фундопликацию у 4 (10,5 %) пациентов (табл. 4).

Таблица 4

Хирургические вмешательства при кардиофундальных ГПОД (n=38)

Название операции	Количество больных
СПВ, фундопликация	16
Эзофагофундорафия, крурорафия	13
СПВ, фундопликация, крурорафия, пилоропластика	5
Фундопликация, стволовая ваготомия, крурорафия, пилоропластика	2
Фундопликация, крурорафия	2
Всего:	38

Часто при кардиофундальных грыжах РЭ не бывает, так как в заднее средостение смещается и кардия и дно желудка, что сохраняет угол Гиса. Однако наши наблюдения показывают, что это верно не во всех случаях кардиофундальных грыж, особенно, при сочетании с укорочением пищевода.

Эзофагофундорафия и крурорафия выполнена 13 пациентам с кардиофундальной ГПОД. Угол Гиса восстанавливали путём не полной фундопликации. Ни фундопликационную манжетку, ни пищевод к диафрагме не фиксировали.

Оперативные вмешательства при сочетании ГПОД с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки представлен в таблице 5.

При сочетании с язвенной болезнью желудка выполняли резекцию желудка по Бильрот-I. При сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выполняли СПВ и фундопликацию по методике клиники.

Таблица 5

Оперативные вмешательства при сочетании ГПОД с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (n=12)

Название операции	Количество больных, вид ГПОД					
	Кардиальная		Кардиофундальная		Всего	
	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>
СПВ, фундопликация	7	58,4	2	16,6	9	75
Резекция желудка по Б-I	2	16,6	1	8,4	3	25
Всего	9	75	3	25	12	100

Больные с кардиальной и кардиофундальной ГПОД одинаково получали предоперационную подготовку. Общая характеристика послеоперационных осложнений у больных кардиальной ГПОД представлен в табл. 6.

Из таблицы видно, что у больных с кардиальной ГПОД осложнения в послеоперационной периоде возникли у 4 из 22.

Таблица 6

Характеристика послеоперационных осложнений пациентов с кардиальной ГПОД

Характер осложнений	Количество больных и названия операций		
	СПВ, фундопликация	Эзофагофундорафия	Операция Коллиса
Пневмония	–	–	1
Гиперфункция фундопликационной манжетки	1	–	–
Тромбофлебит	–	1	–
Нагноение раны	–	1	–
Итого	1	2	1

Гиперфункция фундопликационной манжетки возникла у 1 больного после операции СПВ с фундопликацией, которая прошла самостоятельно после применения спазмолитиков. Тромбофлебит вен верхней конечности у 1 и нагноение послеоперационной раны у 1 больного после операции эзофагофундорафии, которому потребовалось ежедневные перевязки послеоперационной раны. Пневмония развилась у 1 пациента после операции Коллиса, которая купировалась антибактериальной терапией.

У больных с кардиофундальной ГПОД послеоперационные осложнения возникли у 3 больных из 38 (табл. 7).

Таблица 7

Характеристика послеоперационных осложнений пациентов с кардиофундальной ГПОД

Характер осложнений	Количество больных и названия операций		
	СПВ, фундопликация	Эзофагофундорафия	Низведение желудка, крурорафия
Реактивный панкреатит	–	1	–
Трахеобронхит	1	–	–
Прорезывание швов диафрагмы	–	–	1
Итого	1	1	1

Трахеобронхит у 1 больного после операции СПВ с фундопликацией. Реактивный панкреатит у 1 больного после операции эзофагофундорафии, которая купировалась медикаментозно. Лишь в одном случае мы встретились с серьезным осложнением, у больного на 3 сутки после операции произошло прорезывание шва диафрагмы после низведения желудка, крурорафии. Больная была экстренно оперирована, выполнено низведение желудка в брюшную полость, рекрурорафия, гастропексия. Больная поправилась, в отдаленном послеоперационном периоде жалоб она не предъявляла.

При изучении ближайших послеоперационных результатов у больных при сочетании ГПОД с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, при

рентгенологическом исследовании выявлено, что у 2 пациентов с укорочением пищевода имеется выхождение в заднее средостение фундопликационной манжетки, что не сказывалось на ее функции. Желудочно-пищеводный рефлюкс не выявлен ни у одного больного. Мы не выполняем крурорафию, ибо задача состоит (при кардиальных грыжах) в создании клапана в области кардии и ликвидации РЭ, а не грыжи.

Методами сбора информации отдаленных результатов были амбулаторное обследование больных, а также анкетирование (табл. 8).

Таблица 8

Способы сбора информации

Способ	Количество пациентов			
	I-группа (n=32)		II-группа(n=17)	
	кардиальн ая	кардиофундальн ая	кардиальная	кардиофундальная
Амбулаторное	4	6	1	3
Анкетировани е	14	8	7	6
Итого	18	14	8	9

Как видно из табл. 8, 14 (31,8%) пациентов были обследованы в амбулаторном порядке и 35 (71,4%) больных ответили на вопросы анкеты.

Большинство пациентов были обследованы или анкетированы в период от 1 года до 10 лет с момента лечения.

Отдаленные результаты сформулированы на основании критериев модифицированной шкалы Visik. Отдаленные результаты после консервативного лечения изучены у 17 больных (табл. 9).

Отдаленные результаты консервативного лечения (n=17)

Вид ГПОД	Результат				
	хороший	удовлетворительный	неудовлетво- рительный	Итого	
				абс.	%
Кардиальная	4	3	1	8	47
Кардиофундальная	3	6	–	9	53
Итого	7	9	1	17	100

У 7 пациентов при обследовании не выявлены характерные жалобы, не было эндоскопических проявлений РЭ. Поэтому результаты лечения этих больных считаем хорошими.

У 9 больных были жалобы на кратковременную изжогу после еды. При эндоскопическом исследовании выявлен легкий РЭ. После приема антацидов изжога исчезала. У этих пациентов результаты – удовлетворительные.

У 1 больного с кардиальной ГПОД был выявлен рецидив язвы пищевода в области пищеводно-желудочного перехода через 14 месяцев после лечения. Несмотря на постоянное лечение, в течение 1,5 лет, не удалось добиться стойкого заживления язвы и исчезновения клинической симптоматики РЭ. Больной от операции отказался. Результат неудовлетворительный.

Отдаленные результаты после хирургического лечения изучены у 32 (53,3%) из 60 больных, из них: кардиальной ГПОД у 18, кардиофундальной ГПОД у 14 пациентов.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с кардиальной ГПОД представлен в табл. 10.

**Отдаленные результаты хирургического лечения больных
кардиальной ГПОД (n=18)**

Вид операции	Результат				
	хороший	удовлетворительный	неудовлетво- рительный	Итого	
				абс.	%
СПВ, фундопликация	15	2	–	17	94,4
Эзофагофундорафия	–	1	–	1	5,6
Итого	15	3	–	18	100

Хороший результат получен у 15 (83,3%) больных, из них у 3 больных после фундопликации в отдаленном периоде частично сохранились жалобы, характерные для РЭ. Однако при объективном обследовании каких-либо патологических изменений отмечено не было. Мы расценили результат операции у этих больных как хороший.

У 3 (16,6%) больных через год после операции при эндоскопическом исследовании выявлен РЭ легкой степени, который не проявлялся клинически. Результат лечения этих больных мы расцениваем как удовлетворительный.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных кардиофундальной ГПОД изучены у 14 пациентов (табл. 11).

**Отдаленные результаты хирургического лечения больных
кардиофундальной ГПОД (n=14)**

Вид операции	Результат				
	хороший	удовлетворительный	неудовлетво- рительный	Итого	
				абс.	%
СПВ, фундопликация	9	2	–	11	78,6
Эзофагофундорафия	2	1	–	3	21,4
Итого	11	3	–	14	100

У 11 пациентов при обследовании не выявлены жалобы, не было эндоскопических проявлений РЭ. Поэтому результаты лечения этих больных считаем хорошими.

У 3 больных при эндоскопическом исследовании выявлен РЭ легкой степени, однако жалоб на изжогу они не предъявляли. Результат лечения расцениваем как удовлетворительный.

Таким образом, в зависимости от полученных результатов, мы придерживаемся следующей тактики лечения больного.

Лечение больных ГПОД, осложненных кровотечением всегда начинаем с консервативных мероприятий (рис. 3. Алгоритм консервативного лечения). При скользящих ГПОД, осложненных кровотечением и наличии РЭ легкой и средней степени тяжести следует назначать прием препаратов группы антацидов в сочетании с прокинетиками и H₂-блокаторами.

При тяжелом РЭ или некупирующихся симптомах необходимо применение более сильных антисекреторных препаратов, таких как ингибиторы протонной помпы

При отсутствии эффекта от неоднократной длительной медикаментозной терапии, частых рецидивах, выраженной клинической картине РЭ следует предлагать оперативное лечение.

Больным при кардиальных и кардиофундальных ГПОД с РЭ без укорочения пищевода и с укорочением 1 ст. выполняем фундопликацию по методике РНЦХ. При укорочении пищевода 2 ст. выполняем клапанную гастропликацию или модифицированную операцию Коллиса.

При сочетании ГПОД с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выполняем СПВ в сочетании с фундопликацией (рис. 4. Алгоритм хирургического лечения).

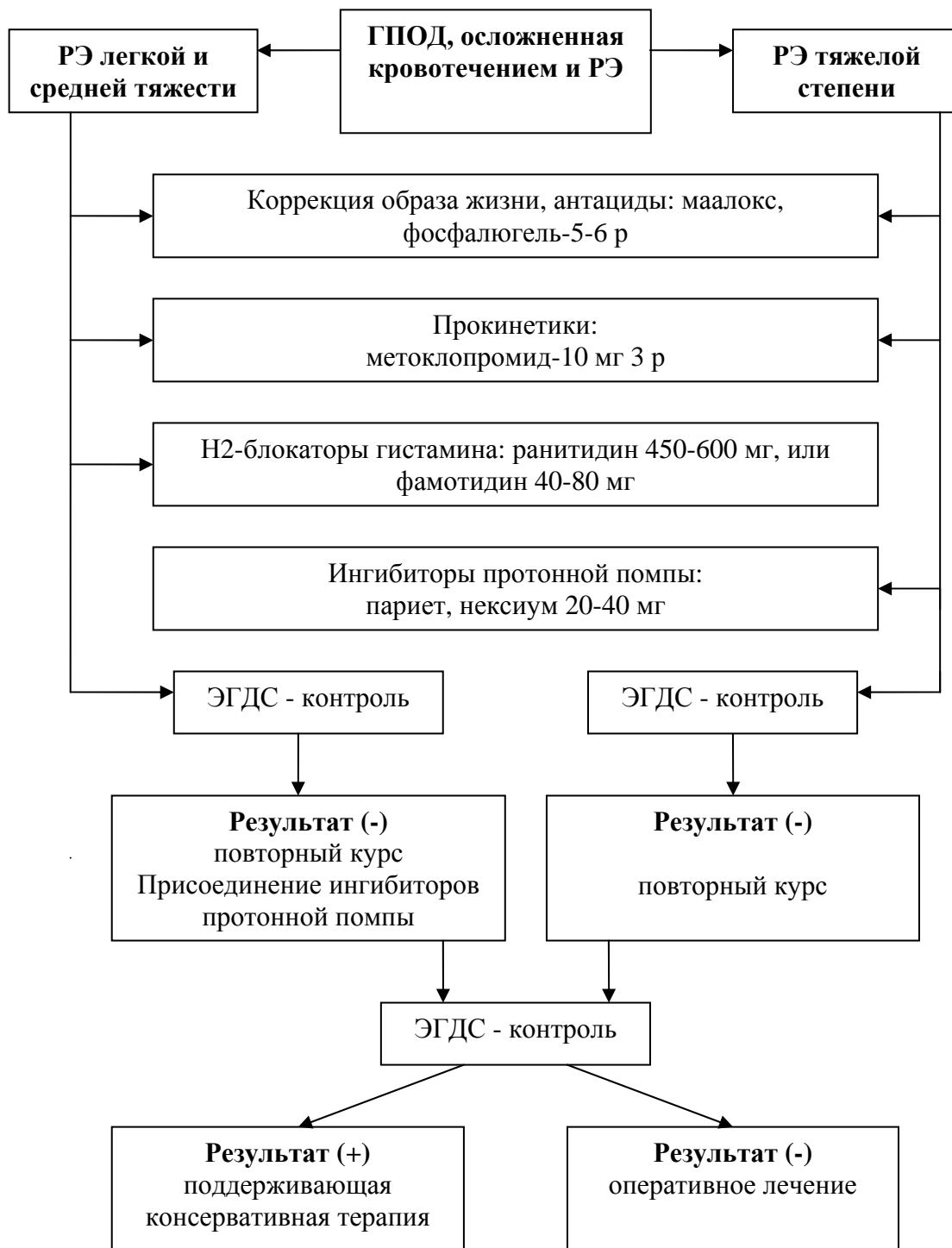


Рис. 3 Алгоритм консервативного лечения



Рис. 4 Алгоритм хирургического лечения

ВЫВОДЫ

1. При скользящих ГПОД, осложненных РЭ легкой и средней степени тяжести следует назначать прием антацидных препаратов в сочетании с прокинетиками и H₂-блокаторами. При необходимости усиления терапии – ингибиторы протонной помпы. При тяжелом РЭ необходимо применение ингибиторов протонной помпы в сочетании с прокинетиками и антацидами.
2. Показаниями к хирургическому лечению ГПОД, осложненных кровотечением являются: тяжелый РЭ, осложненный кровотечением из слизистой оболочки пищевода или грыжевой части желудка; неэффективность многократных курсов терапевтического лечения; сочетание РЭ с заболеваниями органов брюшной полости, требующих оперативного лечения (осложненная язвенная болезнь

двенадцатиперстной кишки, хронический калькулезный холецистит и др.); осложнения РЭ (пептическая стриктура пищевода, пищевод Барретта).

3. Оперативное лечение не показано в случае положительного эффекта от консервативной терапии, а также у больных преклонного возраста при наличии общих противопоказаний к хирургическому вмешательству, где риск операции представляется большим, нежели риск заболевания.
4. В ближайшем периоде после консервативного лечения анемия исчезла у 51%, изжога у 71,2% больных. В течение первых 6 месяцев после первичного курса консервативного лечения выявлен рецидив анемии у 49 %, изжоги у 24,4% больных.
5. В отдаленном периоде после консервативного лечения хороший результат получен у 41,2%, удовлетворительный у 53%, неудовлетворительный у 5,8% больных. В отдаленном периоде после хирургического лечения хороший результат получен у 81,3%, удовлетворительный у 18,7% больных.
6. При кардиальных и кардиофундальных ГПОД с РЭ без укорочения пищевода и с укорочением 1 ст. показана фундопликация. При укорочении пищевода 2 ст. необходимо выполнять клапанную гастропликацию или модифицированную операцию Коллиса. При сочетании ГПОД с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки операцию следует дополнять селективной проксимальной ваготомией.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лечение скользящих ГПОД, осложненных кровотечением, всегда должно начинаться с консервативных мероприятий.
2. Консервативное лечение при ГПОД должно включать следующие мероприятия: устранение факторов повышающих внутрибрюшное давление; диета и режим питания; медикаментозная терапия. Отличием использования противоязвенной и антирефлюксной терапии при язвенной болезни заключается в том, что суточные дозы при лечении РЭ должны

быть в два раза больше (суточные дозы H2-блокаторов по 450-600 мг ранитидина или 40-80 мг фамотидина; ингибиторов протонной помпы 20-40 мг).

3. При отсутствии эффекта от длительной медикаментозной терапии, частых рецидивах, выраженной клинической картине РЭ следует предлагать оперативное лечение.
4. Оперативное вмешательство при кровотечениях, обусловленных ГПОД, должно быть направлено на устранение причин, вызвавших это осложнение. Больным скользящей ГПОД с РЭ без укорочения пищевода и с укорочением 1 ст. следует выполнять фундопликацию. При укорочении пищевода 2 ст. нужно делать клапанную гастропликацию или модифицированную операцию Коллиса.
5. При сочетании ГПОД с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показана селективная проксимальная ваготомия, фундопликация. При сопутствующей патологии органов брюшной полости необходимо выполнять сочетанную операцию.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Черноусов Ф.А., Абдуллаев Б.А., Липко Н.С. Диагностика и лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением. // Восстановительные и органосберегающие технологии – главный путь развития хирургии XXI века – материалы конференции. РНЦХ РАМН, Москва, 2004 С.132.
2. Абдуллаев А.А., Хокгушев С.Ш., Абдуллаев Б.А. Нарушение сердечной деятельности при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // Восстановительные и органосберегающие технологии – главный путь развития хирургии XXI века – материалы конференции. РНЦХ РАМН, Москва, 2004 С.13-14.

3. Черноусов Ф.А., Абдуллаев Б.А. Пищеводно-кишечные кровотечения и анемия при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // «Физиология и патология заболеваний пищевода». Материалы научной программы учредительного съезда Российского общества хирургов – гастроэнтерологов. Сочи, 3-5 ноября, 2004. С. 210-213.
4. Абдуллаев Б.А., Мухаммет Д. Клиника грыж пищеводного отверстия диафрагмы. // «Физиология и патология заболеваний пищевода». Материалы научной программы учредительного съезда Российского общества хирургов – гастроэнтерологов. Сочи, 3-5 ноября, 2004. С. 9-10.
5. Черноусов Ф.А., Абдуллаев Б.А. Хирургическая тактика при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением. // «Современные методы диагностики и лечения заболеваний в клинике и в эксперименте». Материалы научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. Москва, 13 – 14 октября 2005 г. С. 150-151.
6. Черноусов Ф.А., Абдуллаев Б.А., Липко Н.С. Рентгенологическое исследование в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы у больных анемией. // «Современные методы диагностики и лечения заболеваний в клинике и в эксперименте». Материалы научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. Москва, 13 – 14 октября 2005 г. С. 149-150.
7. Абдуллаев Б.А., Овезова Л.С. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и беременность. // «Современные методы диагностики и лечения заболеваний в клинике и в эксперименте». Материалы научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. Москва, 13 – 14 октября 2005 г. С. 5.

8. Абдуллаев А.А., Абдуллаев Б.А. Параэзофагеальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. // «Вестник герниологии». Выпуск II. Москва, 2006 г., С. 15 – 21.
9. Абдуллаев А.А., Абдуллаев Б.А. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных кровотечением. // Материалы юбилейной конференции «Актуальные вопросы герниологии», посвященной пятой годовщине со дня образования «Общества герниологов». Журнал «Герниология» 3.11.2006 г. Москва, С.5.
10. Черноусов Ф.А., Абдуллаев Б.А. Сочетание грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложнённых кровотечением с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. // «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки». Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. Краснодарский край, Россия 7-10 ноября 2006 г. С. 70 – 71.
11. Черноусов Ф.А., Лишов Д.Е., Абдуллаев Б.А. Хирургическое лечение кардиофундальных, субтотальных и тотальных желудочных грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского форума «Санкт-Петербург – Гастро-2007», М118-М119.
12. Черноусов Ф.А., Абдуллаев Б.А. Диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложнённых кровотечением // «Анналы хирургии», № 4 – 2007 г., С. 40 – 43.
13. Черноусов Ф.А., Абдуллаев Б.А. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, осложнённые кровотечением // «Анналы хирургии», № 5 – 2007 г., С. 24 – 28.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature