

С.В. ДЕРГАЛЬСамарский государственный медицинский университет
Самарская городская клиническая больница № 8**ДИАГНОСТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
ФУНДОПЛИКАЦИОННОЙ МАНЖЕТЫ
У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРРЕКЦИЮ ГРЫЖИ
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

В статье предложен способ диагностики несостоятельности фундопликационной манжеты при помощи рентгенографического исследования органов брюшной полости.

Ключевые слова: *грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложнение, диагностика*

Дергаль Сергей Владимирович – заведующий хирургическим отделением № 1 СГКБ № 8.
E-mail: sdergal@mail.ru

S. V. DERGALSamara State Medical University
Samara city clinical hospital № 8**DIAGNOSIS OF INCONSISTENCY OF FUNDOPLICATION CUFF
IN PATIENTS UNDERGOING CORRECTION OF HIATAL HERNIA**

This article proposes a method for diagnosing inconsistency of fundoplication cuffs with the help of x-ray examination of the organs of the abdominal cavity.

Keywords: *hiatal hernia, complication, diagnostics*

Sergey Dergal – head of the surgical Department № 1, Samara city clinical hospital № 8.
E-mail: sdergal@mail.ru

В последние годы наблюдается увеличение количества пациентов, которым требуется выполнение оперативного лечения по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), осложненной рефлюкс-эзофагитом [2].

«Золотым» стандартом в лечении ГПОД большинством хирургов признается операция фундопликации в ее различных модификациях. Это вмешательство направлено на создание пищеводно-желудочного клапана за счет формирования манжеты из дна желудка [1]. Однако, по данным научной литературы, количество рецидивов заболевания после фундопликационных методов коррекции пищеводно-желудочного перехода составляет 10–37% [4]. При этом в настоящее время не разработаны четкие критерии, позволяющие достоверно говорить о несостоятельности фундопликационной манжеты и диагностировать рецидив заболевания [3].

Именно поэтому целью данного исследования является выявление признаков несостоятельности фундопликационной манжеты.

Гипотеза. В норме при проведении обзорной рентгенографии органов брюшной полости визуализируется газовый пузырь желудка. После выполнения операции с формированием фундопликационной манжеты из дна желудка при обзорной рентгенографии органов брюшной полости газовый пузырь желудка не определяется. Нами было высказано предположение, что при развитии несостоятельности фундопликационной манжеты при обзорной рентгенографии органов брюшной полости газовый пузырь желудка будет определяться вновь.

Материал и методы обследования

С целью подтверждения высказанной гипотезы нами было обследовано 42 пациента, перенесших операцию фундопликации в ее различных модификациях. Из них мужчин – 18, женщин – 24. Время, прошедшее от момента операции до обследования, составило от 1 года до 20 лет. Из этих больных 25 пациентам была выполнена фундопликация по Ниссену, 17 больным – фундопликация по Тупе.

Нами было проведено анкетирование и опрос пациентов для выявления жалоб,

возникших после хирургического лечения, а также физикальное обследование. Инструментальное обследование всех пациентов включало такие методы, как ЭФГДС, суточная рН-метрия, рентгеноскопия пищевода и желудка с сульфатом бария, УЗИ органов брюшной полости.

Полученные результаты и их обсуждение

Различные жалобы предъявляли 40 пациентов из 42 (95,2 %). Характер жалоб представлен в таблице.

Таблица
**Жалобы, предъявляемые пациентами
после фундопликационных методов
коррекции ГПОД**

Жалобы	Количество больных
Тяжесть в эпигастрии после приема пищи	36 (86%)
Изжога	25 (60%)
Боли за грудиной	22 (52%)
Затруднение глотания	19 (45%)
Затруднение отрыжки	17 (40%)
Икота и регургитация после приема пищи	12 (29%)

Оказалось, что у пациентов наиболее частой жалобой была жалоба на тяжесть в эпигастрии после приема пищи – 36 больных. Следующей по частоте среди жалоб была изжога – 25 пациентов. У 22 больных отмечена боль за грудиной. В этой группе только 8 человек предъявляли одну из жалоб, у остальных 32-х жалобы комбинировались с разной степенью выраженности.

Из всех методов обследования особое внимание мы обращали на рентгеноскопическое исследование пищевода и желудка с использованием сульфата бария. Мы выявили, что из 25 больных, предъявляющих жалобы на изжогу, у 16 при рентгенологическом исследовании был выявлен газовый пузырь желудка с обычным его расположением в левом поддиафрагмальном пространстве. У 7 пациентов желудок был двухкасным, и у 2 газового пузыря дна желудка выявлено не было. У этих 2 пациентов с отсутствием газового пузыря дна желудка при проведении рентгенологического исследования с бариевой взвесью желудочно-пищеводный рефлюкс определялся только в положении лежа с опущенным головным концом. У них также была выявлена задержка прохождения бария в пищеводно-желудочном переходе до 20 – 30 секунд. Желудочно-пищеводный переход располагался на уровне диафрагмы. Расширения пищевода не было.

У остальных ранее оперированных пациентов газовый пузырь дна желудка при рентгенологическом исследовании не определялся.

Семи из 16 пациентам, у которых при рентгенологическом исследовании был выявлен газовый пузырь дна желудка, выполнили повторные операции в связи с тяжелой степенью рефлюкс-эзофагита. Все они до этого перенесли операцию фундопликации по Ниссену. У 2 из них на операции фундопликационная манжета отсутствовала и имела деформация пищеводно-желудочного перехода. Дно желудка через пищеводное отверстие диафрагмы пролабировало в заднее средостение. Площадь пищеводного отверстия у этих двух пациентов была не менее 20 см². У пяти пациентов фундопликационная манжета развернулась не полностью, при этом значительно деформировала пищеводно-желудочный переход, что вызывало помимо клиники рефлюкс-эзофагита и клинику дисфагии. Это объяснило, почему у этих пациентов имелись еще и клинические проявления в виде дисфагии.

Затем нами были дополнительно обследованы 17 пациентов, которые после операции жаловались на затруднение при отрыжке. При рентгенологическом исследовании у всех этих пациентов газового пузыря желудка в типичном для него месте не выявлялось. У 10 из этих больных мы отметили наличие узкой полоски воздуха близко к пищеводу или в проекции тени пищевода. Это, с нашей точки зрения, убедительно свидетельствует о сохранности фундопликационной манжеты. У 2 пациентов, предъявляющих жалобы на изжогу и затруднение отрыжки, был выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс и задержка прохождения бария в пищеводно-желудочном переходе, газовый пузырь желудка у них также не определялся. Фундопликационная манжета располагалась на уровне диафрагмы.

На основании проведенного исследования нами был разработан способ рентгенологической диагностики несостоятельности фундопликационной манжеты после фундопликации по способу Ниссена (Патент РФ на изобретение №2513794). Способ осуществляется следующим образом: пациенту с подозрением на несостоятельность фундопликационной манжеты следует выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости в положении стоя. При наличии газового пузыря желудка делают заключение о несостоятельности фундопликационной манжеты, наложенной по способу Ниссена.

Таким образом, основной причиной клинических признаков рефлюкс-эзофагита у пациентов, перенесших ранее фундопликацию по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом, является несостоятельность фундопликационной манжеты. При этом дно желудка смещается в сторону от пищевода и вновь формируется тупой угол Гиса с нарушением замыкательной функции кардии. Рентгенологически это проявляется новым образованием газового пузыря дна желудка в его обычном месте расположения.

Выводы

1. Наличие газового пузыря дна желудка является патогномоничным признаком несостоятельности фундопликационной манжеты.

2. Обзорную рентгенографию органов брюшной полости для выявления газового пузыря дна желудка следует проводить в скрининговом режиме всем пациентам, предъявляющим жалобы после пе-

ренесенных фундопликационных методов коррекции ГПОД.

Список литературы

1. Анищенко В. В., Платонов П. А., Кустова М. С. Анализ отдаленных результатов лапароскопической фундопликации // Материалы 13-го съезда Общества эндоскопических хирургов России // Альманах института хирургии имени А. В. Вишневского. – 2010. – Т5, №1 (1). – С 100– 101.
2. Галимов О.В., Хазанов В.О., Гаптракипов Е.Х. Новый метод хирургической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы. // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 2007; 166(1). - С.65-66.
3. Черноусов Ф.А., Шестаков А.Л., Егорова Л.К. Результаты фундопликации при лечении рефлюкс-эзофагита (обзор литературы) // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2009. № 4. - С. 64-68.
4. Hiekkanen H.I. et al. Comparison of long-term outcome of laparoscopic and conventional Nissen fundoplication: a prospective randomized study with an 11 -year follow-up // Ann. Surg. 2007. V. 246(2). - P. 201-216.