

Наукові огляди

УДК 616.32.33-089

Ю. Т. Ахтемійчук, Ю. В. Товкач

ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ

Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. - проф. Ю. Т. Ахтемійчук)
Буковинського державного медичного університету

Резюме. У літературному дослідженні наведені основні сучасні хірургічні операції, які виконуються з приводу різноманітної патології стравохідно-шлункового переходу. Зроблено висновок про відсут-

ність адекватних оперативних прийомів, які б не давали побічних ефектів.

Ключові слова: стравохідно-шлунковий перехід, хірургічна патологія, оперативна хірургія.

Незважаючи на значні успіхи в розробці техніки накладання стравохідно-шлункового анастомозу (США), післяопераційна летальність досі висока (до 25%), неспроможність США становить 55-70% від загальної кількості ускладнень, а летальність від стравохідно-шлункових кровотеч становить 22-84% [1,24,32].

Хірургічні операції в ділянці СШП можна поділити на чотири групи: 1) піддіафрагмальні операції (гастрокардіопексія, відновлення кута Гіса, фундоплікації, езофагокардіоміотомії, езофагогастроанастомози); 2) операції на стравохідному розтворі діафрагми (хіатопластика); 3) наддіафрагмальні операції (з приводу атрезії стравоходу); 4) поєднані операції.

Піддіафрагмальні оперативні втручання виконують при рефлюкс-езофагітах, ахалазіях кардії, пептичних стриктурах стравоходу, виразках, дисфагіях, раку кардії і черевної частини стравоходу. При виконанні операцій на черевній частині стравоходу і кардіальній частині шлунка мобілізують стравохід до 5-7 см завдяки розсіканню діафрагмально-стравохідної та шлунково-діафрагмальної зв'язок з наступною їх денервацією. Однак це може призвести до виникнення гриж стравохідного розтвору діафрагми, порушення замикальної функції стравохідно-шлункового сфінктера (СШС) [15,27,30].

Оперативні втручання на стравохідному розтворі діафрагми (хіатопластика) виконують при аксіальних діафрагмальних грижах. Під час втручання роз'єднують спайки в грижовому мішку, усувають дефект між ніжками діафрагми та укріплюють серединну дугоподібну зв'язку. Найбільш вдалим вважаються методики Геррінгтона та Еллісона [5,18,19,24,31].

Наддіафрагмальні втручання виконують при рефлюкс-езофагітах, стриктурах стравоходу, виразках, дисфагіях. Поєднані оперативні втручання виконують при раковій черевної частини стравоходу і кардіальній частині шлунка, рефлюкс-езофагітах, грижах стравохідного розтвору діафрагми.

Одним із методів лікування виразок, пухлин кардіальної частини шлунка, рефлюкс-езофагітів, стриктур стравоходу є фундопластика, запропонована R.Nissen 1956 року. Після мобілізації че-

ревної частини стравоходу і малої кривини шлунка в ділянці кардії зшивають передню і задню стінки дна шлунка попереду стравоходу. Тим самим створюється механічний клапан для запобігання паталогічному стравохідно-шлунковому рефлюксу (СШР). Доведено, що фундоплікація Ніссена збільшує базальний тонус нижнього стравохідного сфінктера і створює остаточний тиск під час релаксації, запобігаючи СШР [7,22].

Фундоплікація Ніссена поряд з перевагами може призвести до різноманітних ускладнень, які виникають у післяопераційному періоді. До ранніх ускладнень відносять некроз стінки дна шлунка, яку використовують для пластики, з подальшим утворенням шлункової нориці. До подібних ускладнень також відноситься синдром гіперфункції кардії, описаний H.Willaheger. Клінічно він проявляється відчуттям тиску та болю в підлопатковій ділянці, особливо після вживання їжі. На рентгенограмах виявляють збільшення газового міхура шлунка, який нерідко (10-20%) стискає ділянку стравоходу, огорнуту манжеткою шлунка. Якщо дистальний відділ стравоходу і дно шлунка "ковзають" відносно інтактної "манжетки", виникає феномен "телескопа" внаслідок прорізування швів на стравоході при фундоплікації. Наслідком травми нерва Latarjet під час мобілізації кардіальної частини шлунка є симптом шлункової денервації. До пізніх ускладнень фундоплікації відносяться виразки шлунка (2,2%), грижі стравохідного розтвору діафрагми (3,7%) [8].

Щоб уникнути ускладнень, які виникають після фундоплікації методом Ніссена, вченими розроблено безліч модифікацій. I.P.Angelchik запропонував використовувати соскоподібний круглий протез, який розміщується навколо СШП. Ця операція дозволяє зберегти іннервацію черевної частини стравоходу, кардіальної частини шлунка і зв'язковий апарат СШП, проте, за клінічними результатами, вона поступається способу Ніссена. Методика Тупе передбачає фіксацію стінки шлунка до задньої стінки стравоходу. Дор запропонував закривати передню стінку стравоходу, Белсі - фіксувати частину дна шлунка перед дистальним відділом стравоходу двома рядами матрацних швів [23].