

Российский национальный исследовательский
медицинский университет им Н.И Пирогова
Минздрава России

Кафедра факультетской хирургии №1
лечебного факультета

Антирефлюксная хирургия

А.В. Сажин

Москва 2017

Эпидемиология

30-40% популяции имеют те или иные проявления ГЭРБ

14-20% еженедельные рефлюксы

5-8% ежедневные рефлюксы

2-10% обращаются за медицинской помощью

У 20-30% медикаментозная терапия обеспечивает лишь временный эффект

История

В 1937г Р. Ниссен впервые выполнил фундопликацию для защиты эзофагогастроанастомоза

С 1955г эти операции внедрены им в качестве антирефлюксных операций и накоплен опыт более 3000 операций

Приоритет первых лапароскопических антирефлюксных операций принадлежит T.Gateagea (Канада) и V.Dalemagne (Бельгия)

Осложнения антирефлюксных операций

National-Based Analisi of Laparoscopic and Open Funduplications

10846 антирефлюксных операций, выполненных
в Финляндии с января 1992 по декабрь 2001гг

3987 (37%) открытые операции

6859 (63%) лапароскопические операции

Летальные и жизнеугрожающие осложнения

открытые: 0,5% лап: 0,69% NS

Летальность

открытые: 0,2% лап: 0,04% $p < 0.01$

Диагностика ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Целенаправленный сбор анамнеза

Эндоскопическая диагностика

КТ с пероральным контрастированием

Внутрипищеводная 24-часовая рН-метрия

Манометрия пищевода

Показания к оперативному лечению

Неэффективность комплексной медикаментозной терапии в течение 6 месяцев

Развитие осложнений (кровотечения, стриктуры, синдром Vergmann, пищевод Баррета)

Выраженное снижение качества жизни, вызванное симптомами ГЭРБ при её объективном подтверждении

Сочетание ГПОД с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, требующими оперативного лечения

Показания к оперативному лечению

Surg Endosc
DOI 10.1007/s00464-014-3431-z



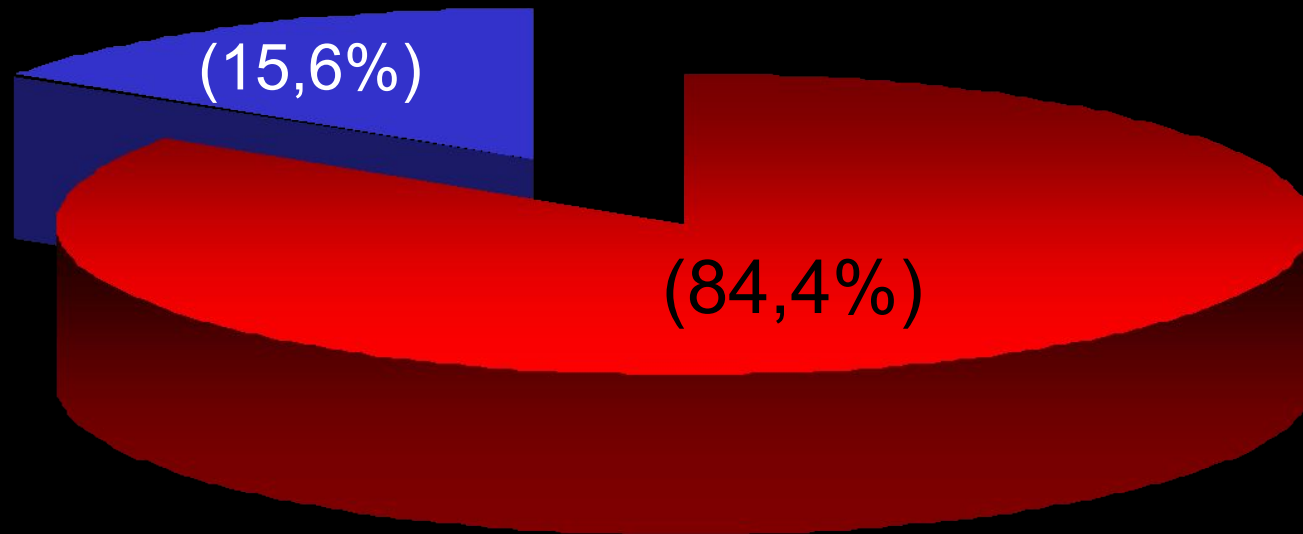
CONSENSUS STATEMENT

EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease

Karl Hermann Fuchs · Benjamin Babic · Wolfram Breithaupt · Bernard Dallemagne ·
Abe Fingerhut · Edgar Furnee · Frank Granderath · Peter Horvath ·
Peter Kardos · Rudolph Pointner · Edoardo Savarino · Maud Van Herwaarden-Lindeboom ·
Giovanni Zaninotto

- Типичные симптомы ГЭРБ
- Документированная связь симптомов (изжоги, регургитации) с рефлюксом
- Однолетний анамнез
- Снижение качества жизни
- Положительный ответ на прием PPI
- Необходимость в увеличении дозы PPI
- ГПОД
- Документированный эзофагит (до приёма PPI)
- Доказанная несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера
- Документированный кислый рефлюкс

Распределение больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

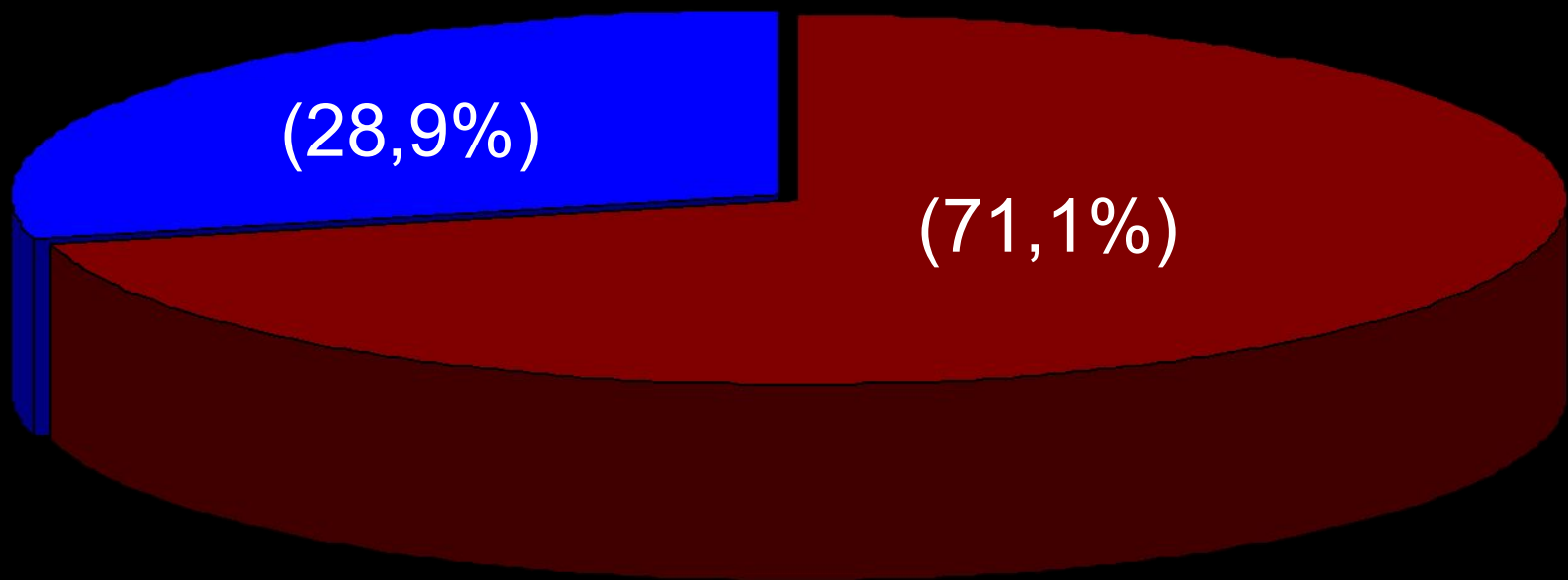


■ женщины

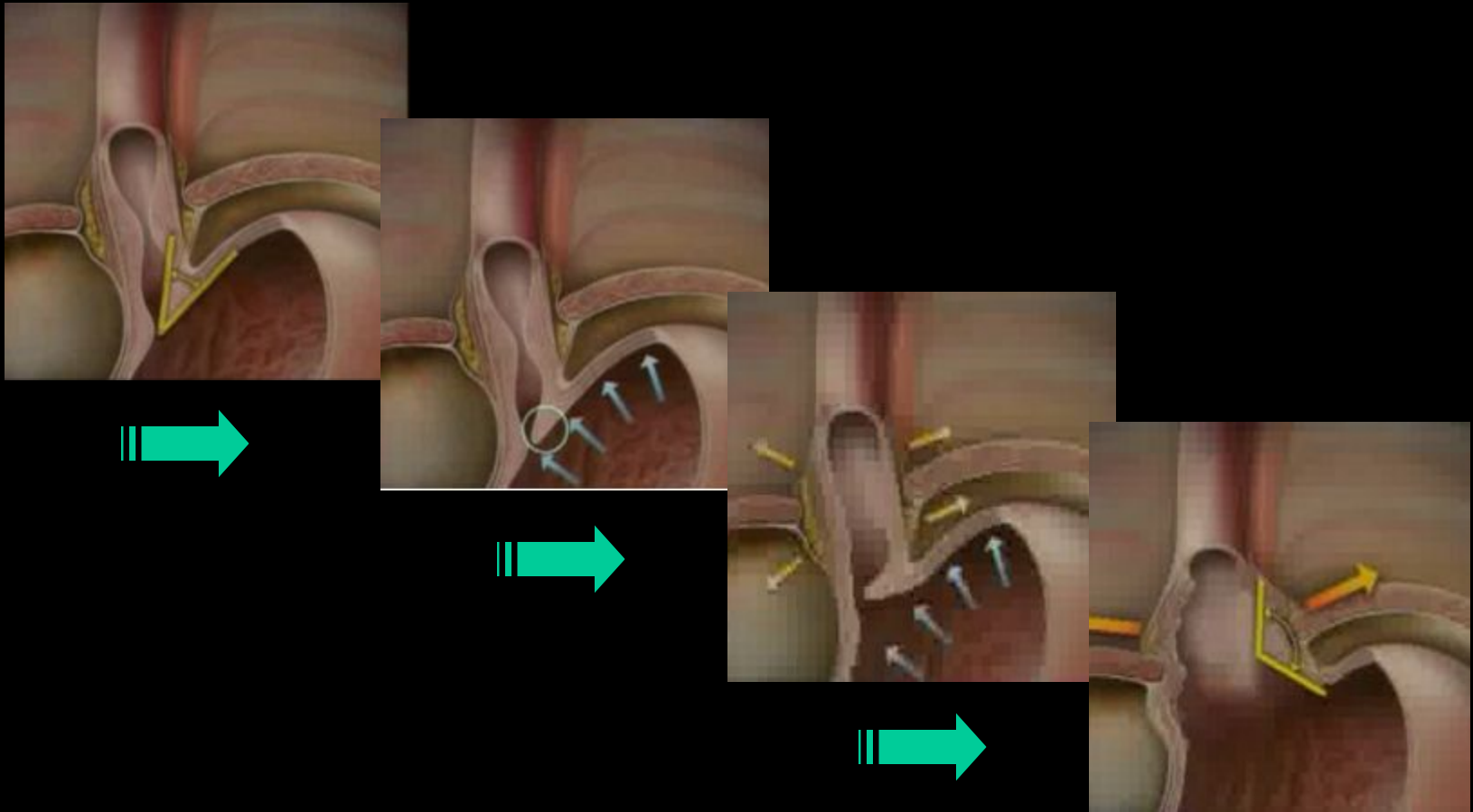
■ мужчины

Средний возраст $47,8 \pm 5,7$

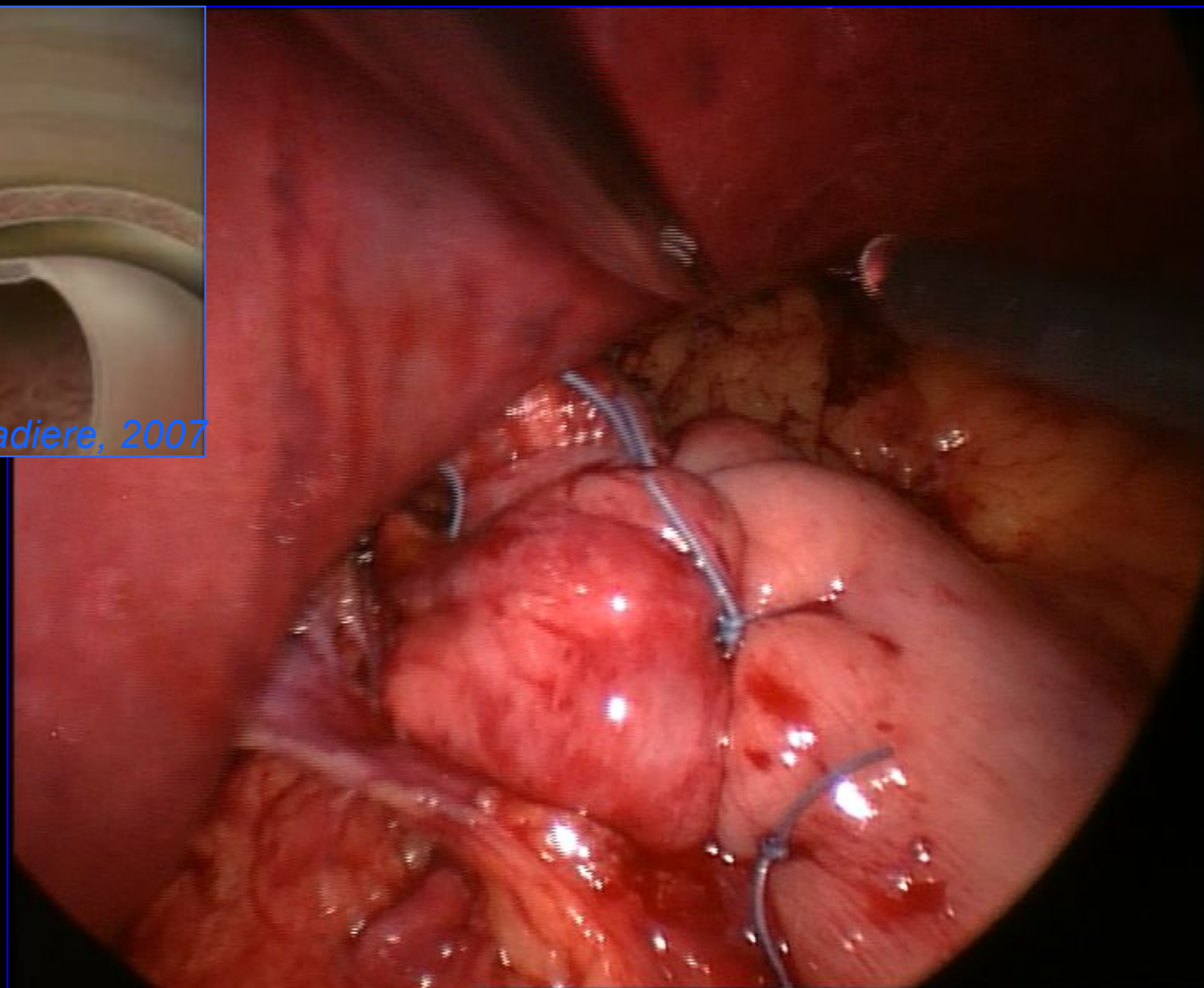
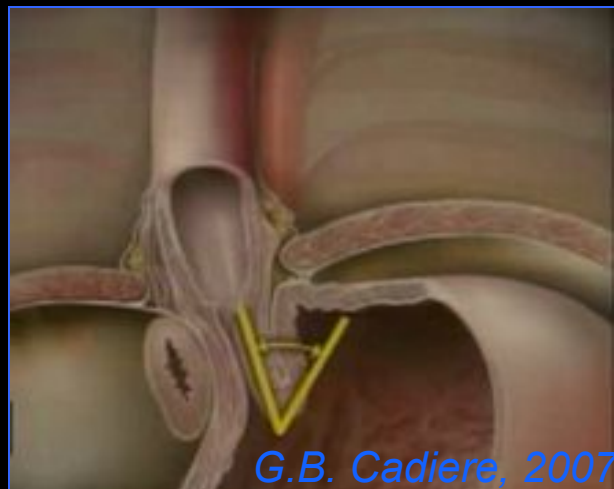
Сочетание ГЭРБ с ЖКБ



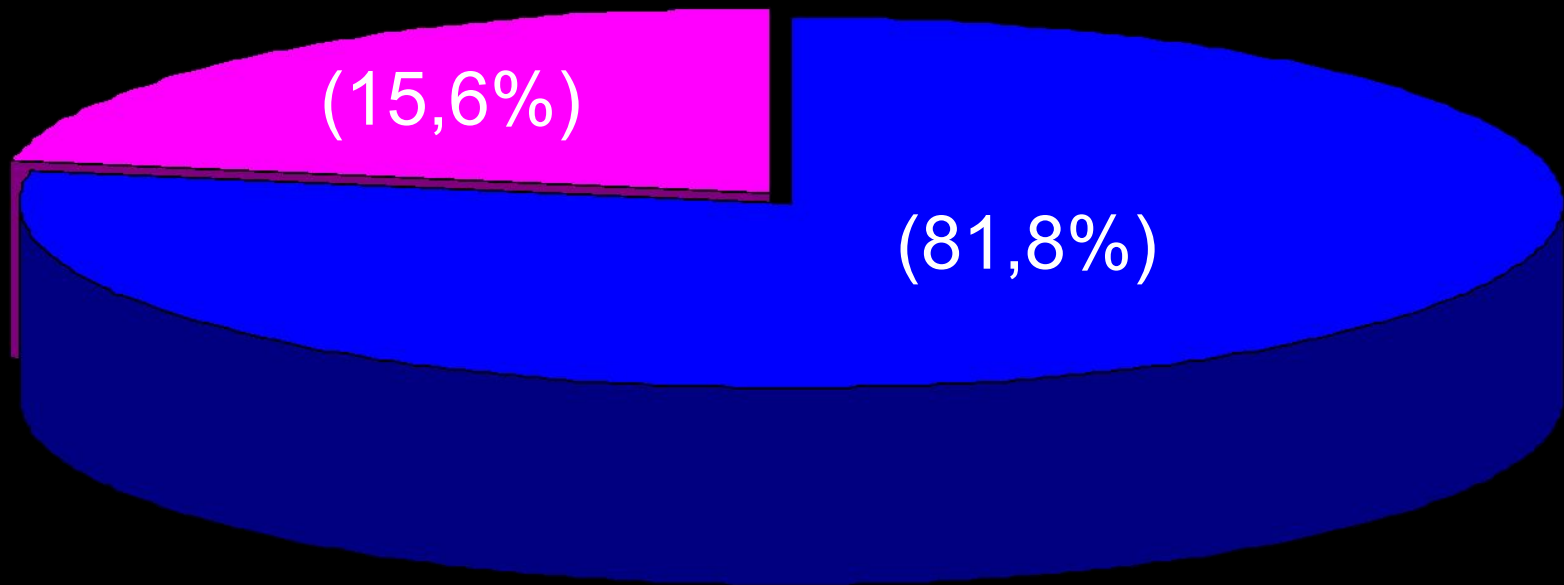
Патогенез формирования недостаточности гастро-эзофагеального клапана



Реконструкция желудочно-пищеводного сфинктера при фундопликации Ниссена



Способы фундопликации

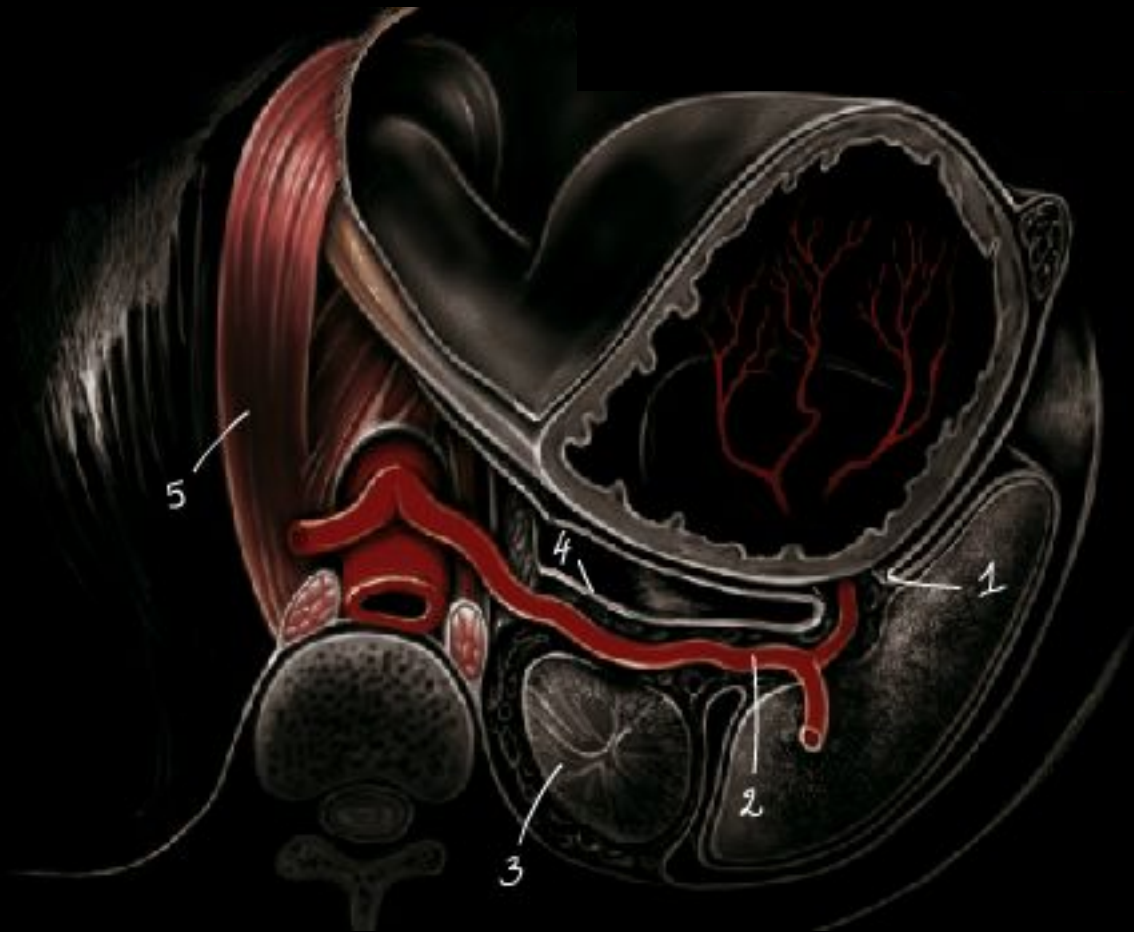


Nissen-Rosetti



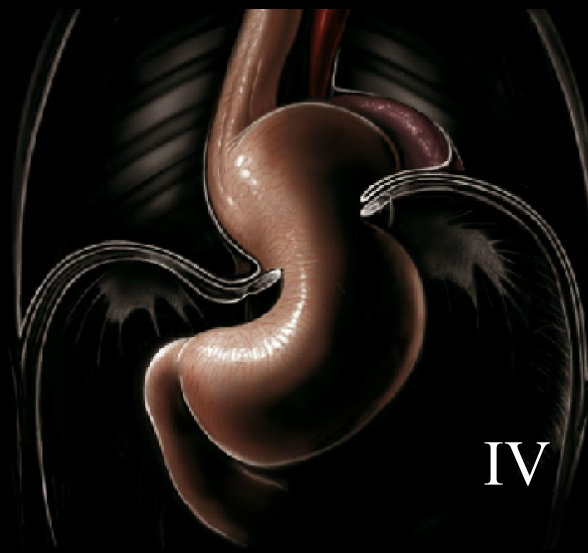
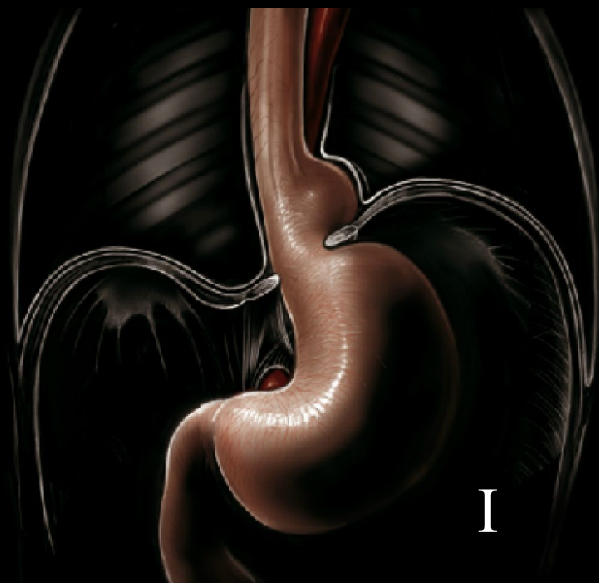
Short floppyNissen

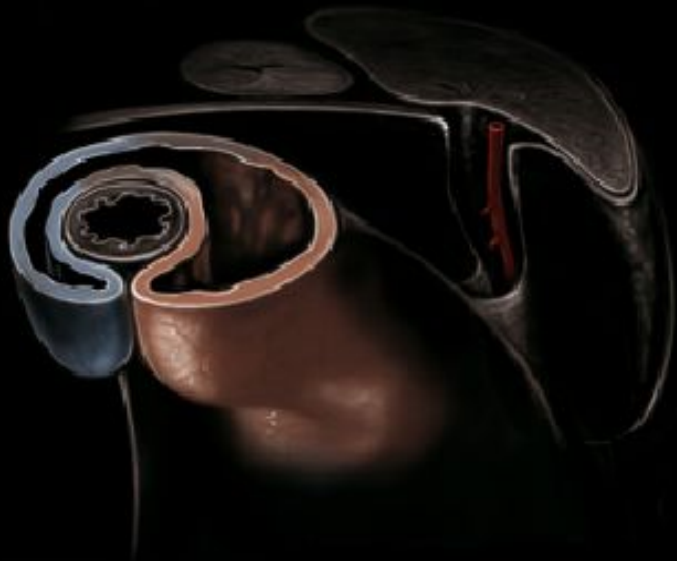






Типы диафрагмальных грыж





short floppy Nissen

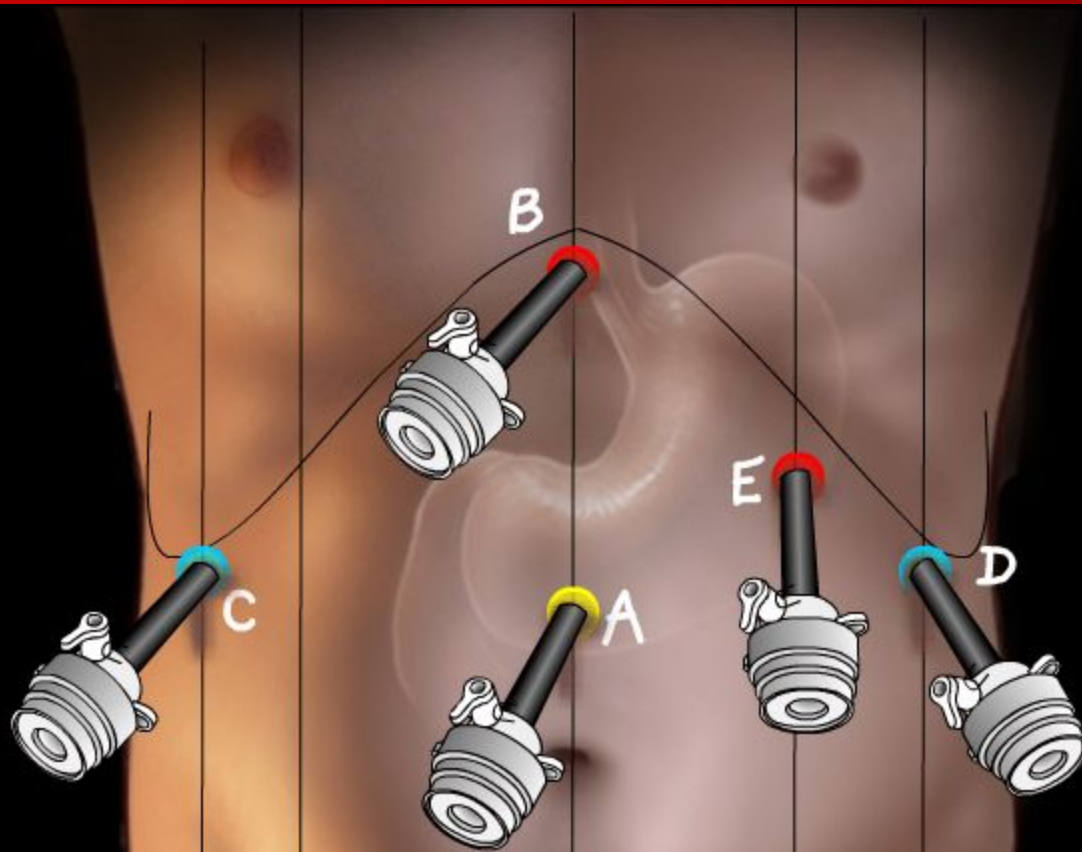
- Мобилизация гастроэзофагеального перехода
- Мобилизация дна желудка с разделением желудочно диафрагмальной и желудочно-селезёночной связок и разделение коротких сосудов желудка
- Создание короткой (<2 см) 360° манжеты, используя переднюю и заднюю стенки желудка



Nissen-Rossetti

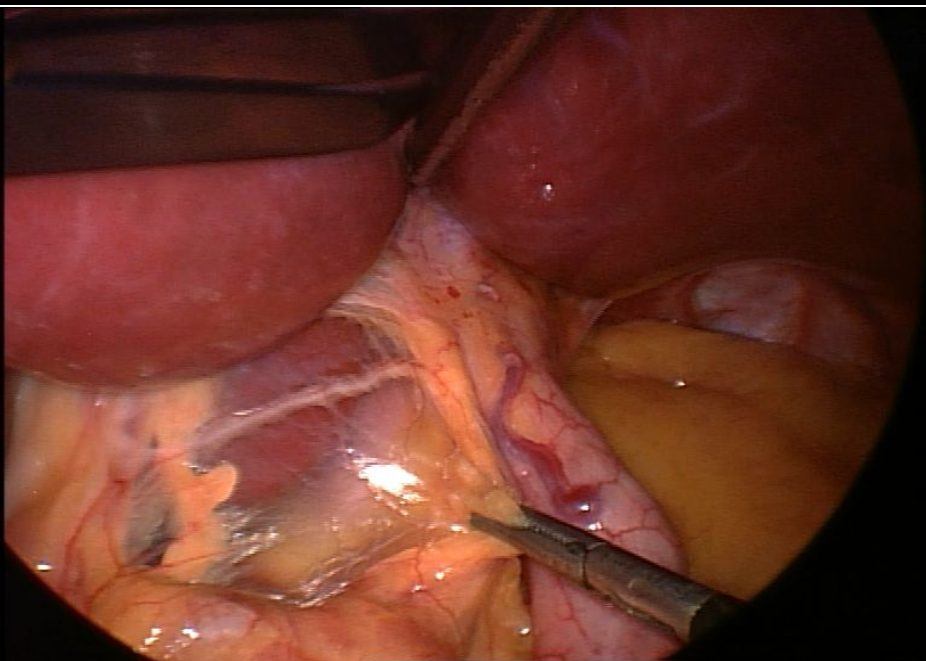
- Мобилизация гастроэзофагеального перехода
- Мобилизация дна желудка путём разделения желудочно-диафрагмальной связки
- Создание 360° манжеты, используя переднюю стенку желудка без разделения коротких желудочных сосудов

Троакарные позиции

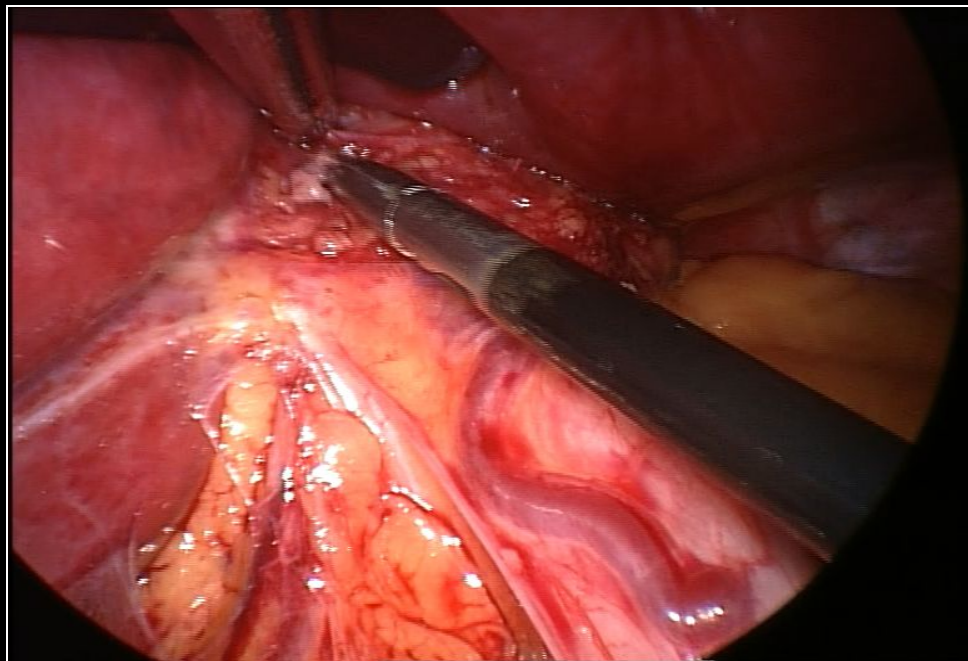


Основные этапы операций

Мобилизация
абдоминального отдела
пищевода

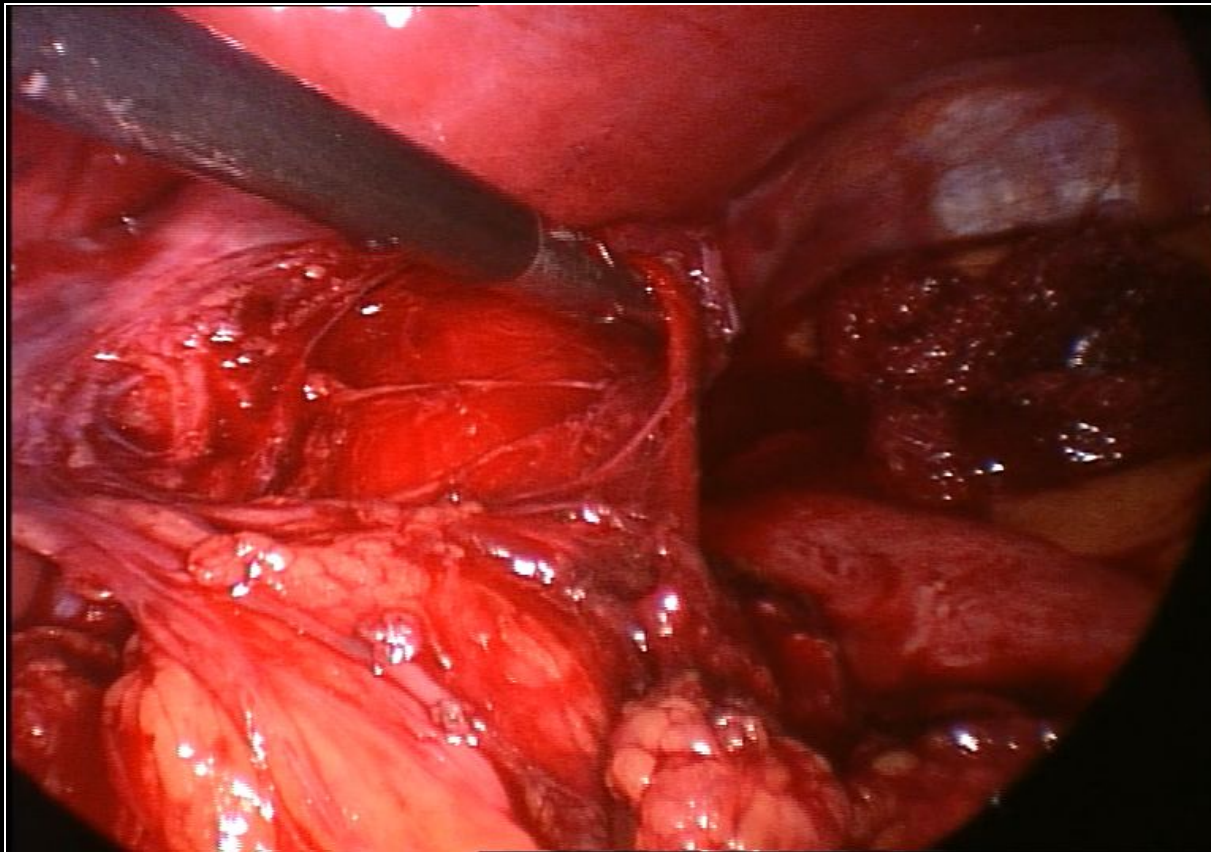


Рассечение
френоэзофагеальной
мембраны



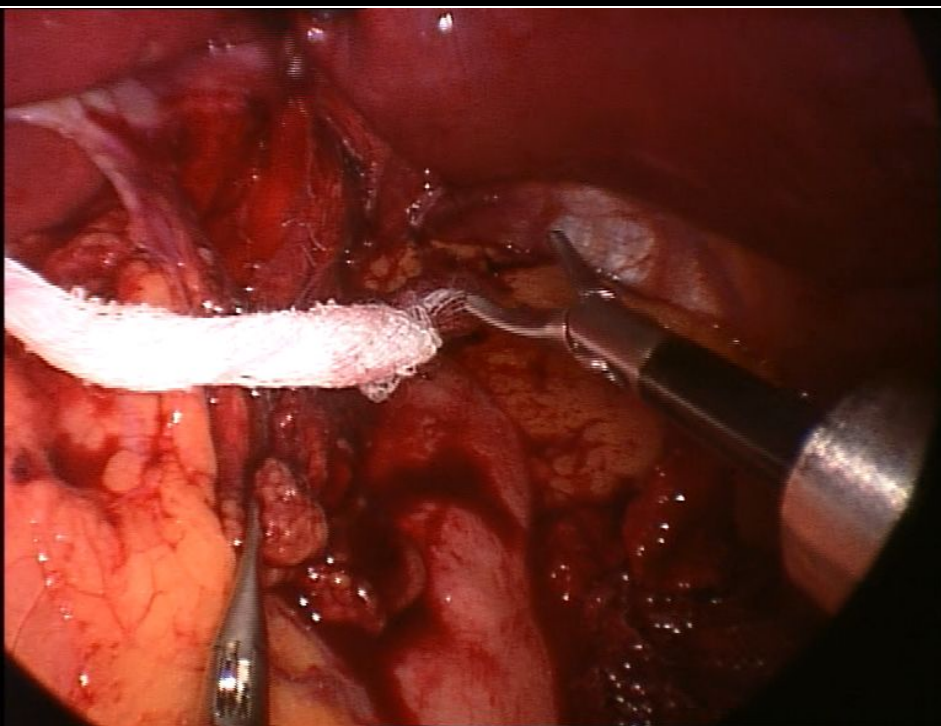
Основные этапы операций

Сохранение стволов блуждающих нервов и их висцеральных ветвей

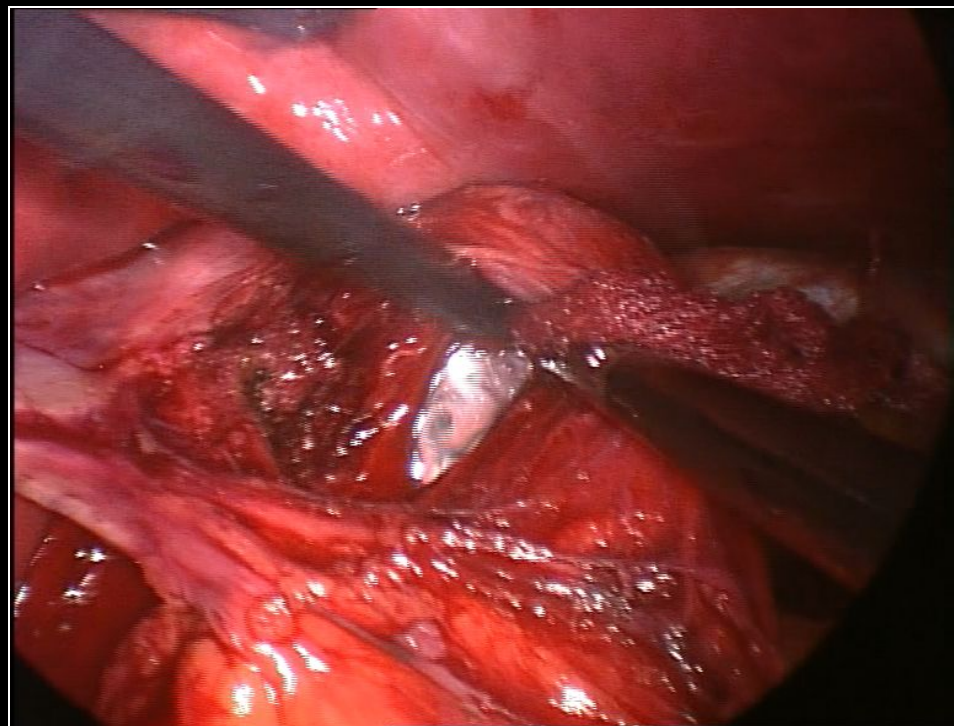


Основные этапы операций

«Тупое» выделение пищевода из окружающих тканей и создание позадипищеводного пространства

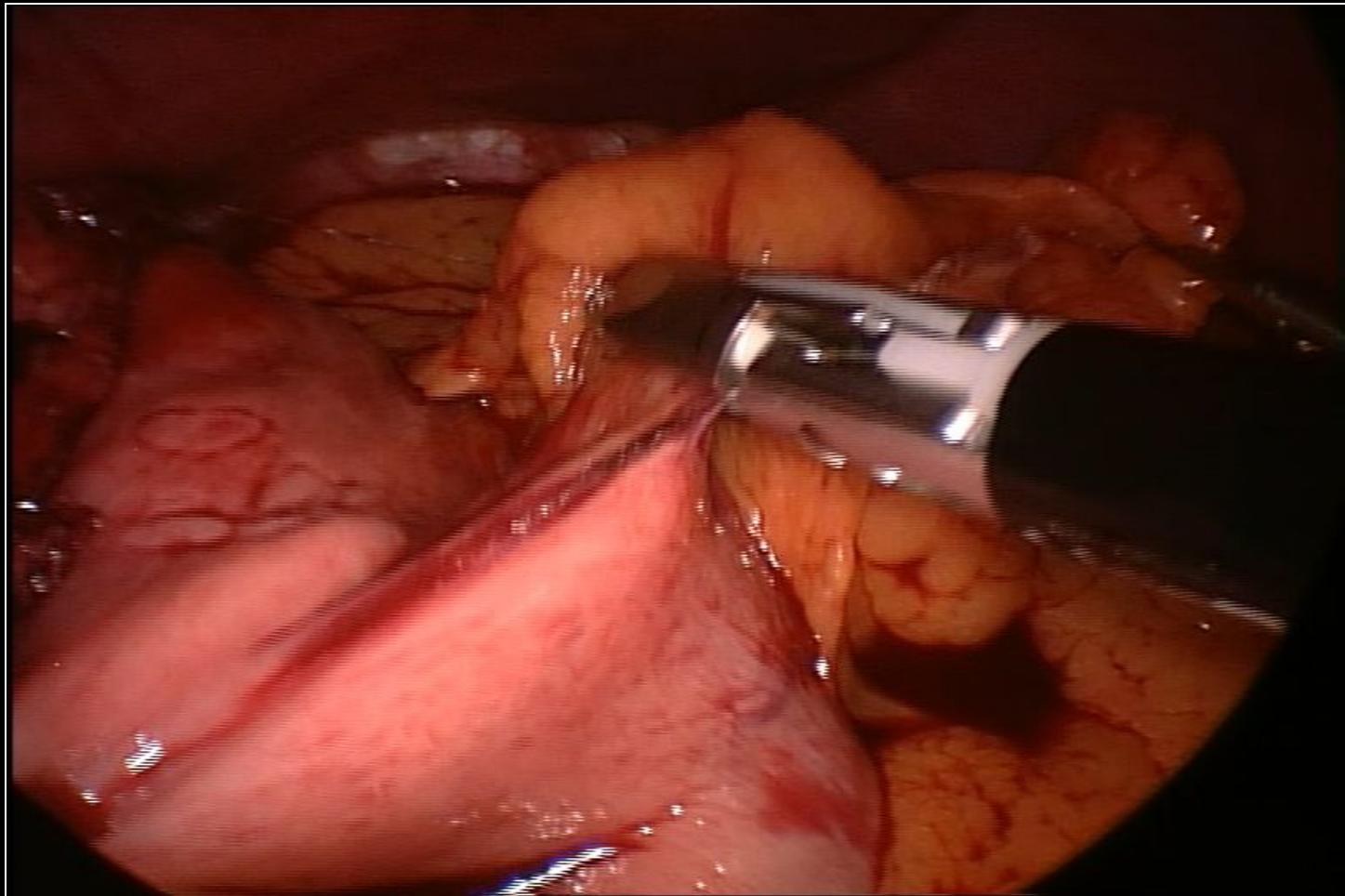


Проведение турникета вокруг пищевода для адекватного низведения



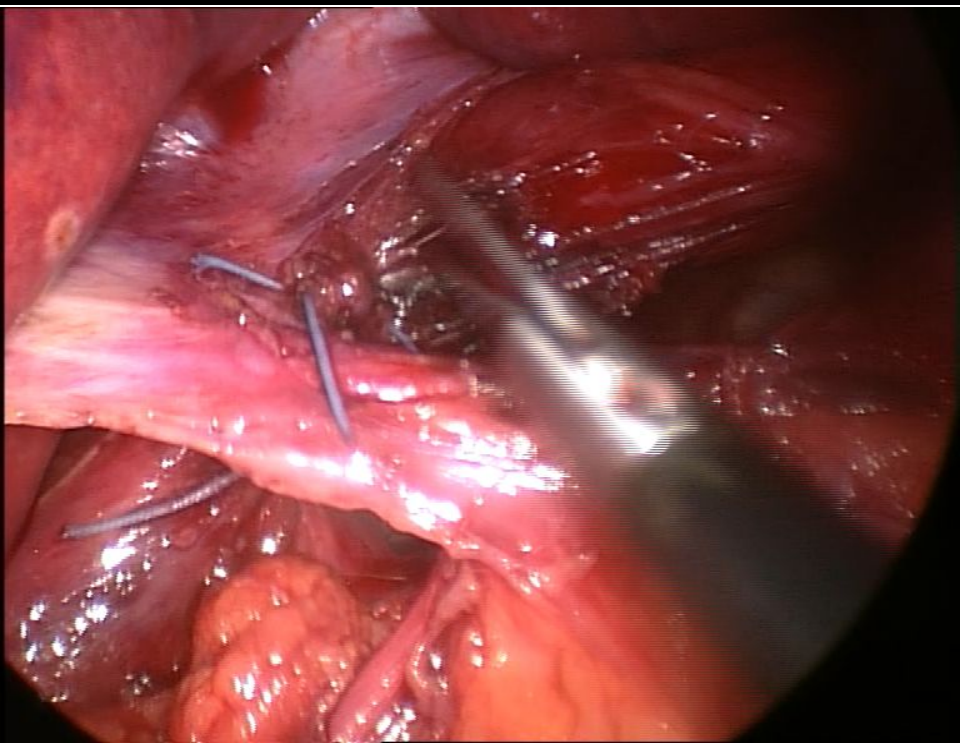
Основные этапы операций

Мобилизация дна желудка

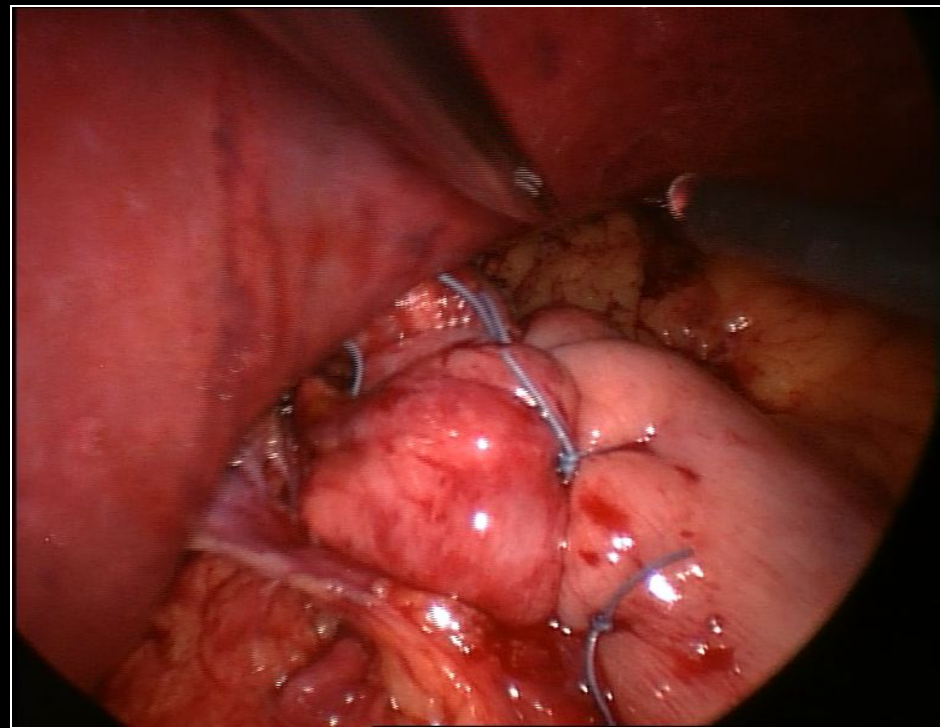


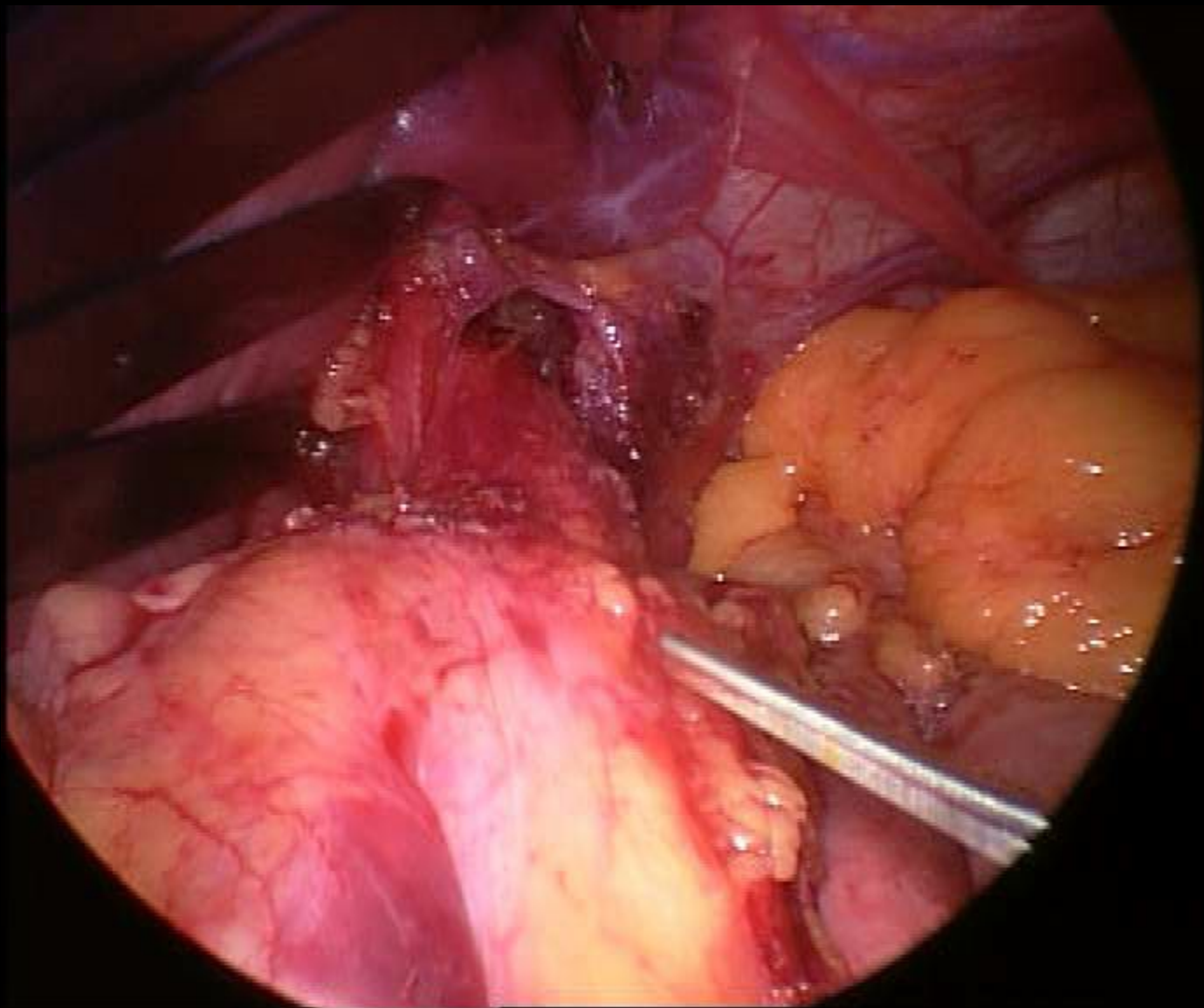
Основные этапы операций

Эзофагокрурорафия



Формирование свободной манжеты 360 град,
протяженностью 2 см





Интраоперационные осложнения

- Перфорация - около 1%. Опасно при не распознании (летальность до 20-50%). Первичное закрытие.
- Кровотечение - редко, не интенсивно.
- Пневмоторакс - редко, около 3%. Доброкачественно. Усилить параметры вентиляции (PEEP). Дренаж не нужен
- Эмфизема - Редко. Усиление частоты дыханий. Ослабить карбоксиперитонеум.
- Травма вагуса - редко, часто не распознаётся. Необходима идентификация обеих стволов.

Короткий пищевод

1-20%

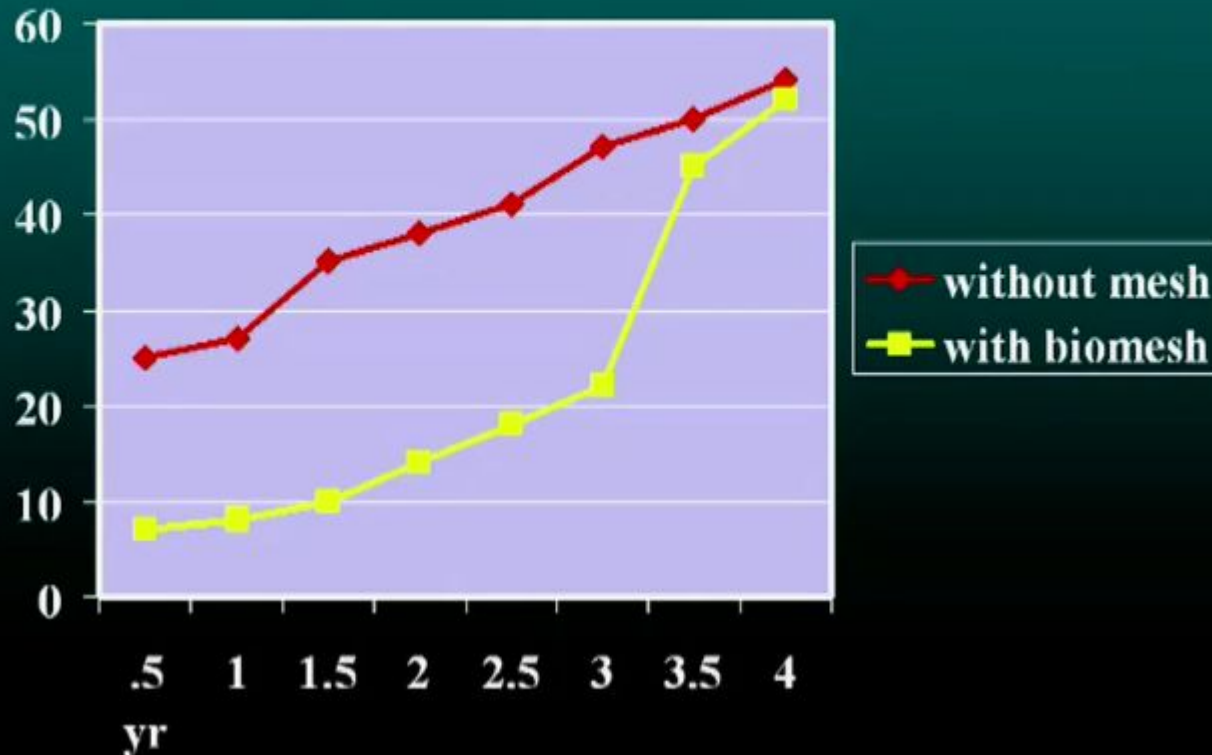
Если не удастся мобилизовать и низвести GE-переход на 2-3 см ниже ПОД без натяжения

Альтернатива – операция Коллиса

С сеткой или без?

PEH recurrence rates: 42 month follow-up

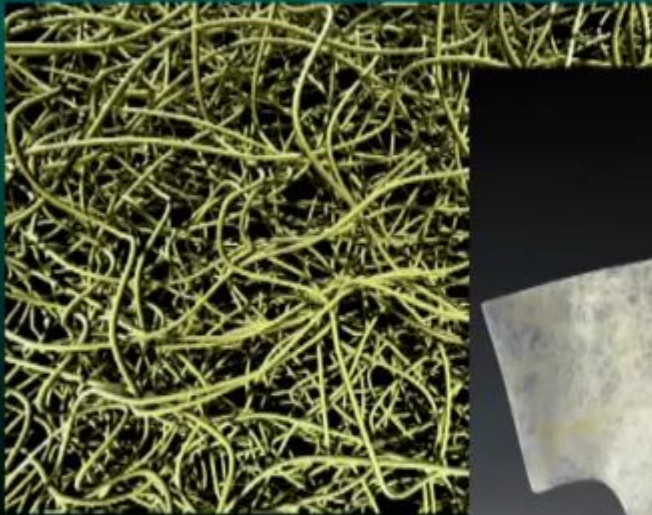
Oeschlager, et al SAGES 2011



цит по L. Swanstrom, 2011

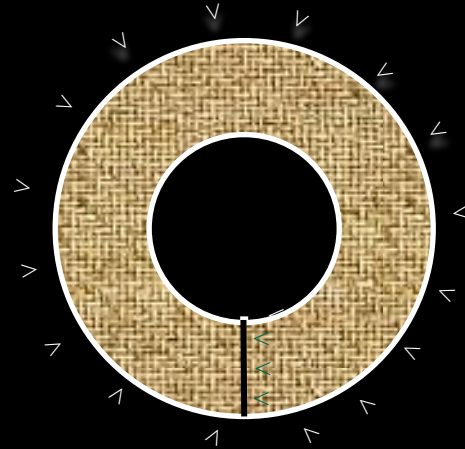
Варианты сетки

Biological Mesh

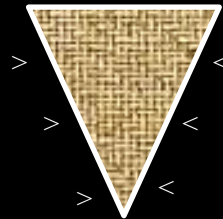


Способы фиксации сетки

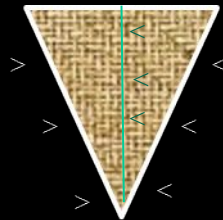
Key-hole -



Bridging -



Onlay -

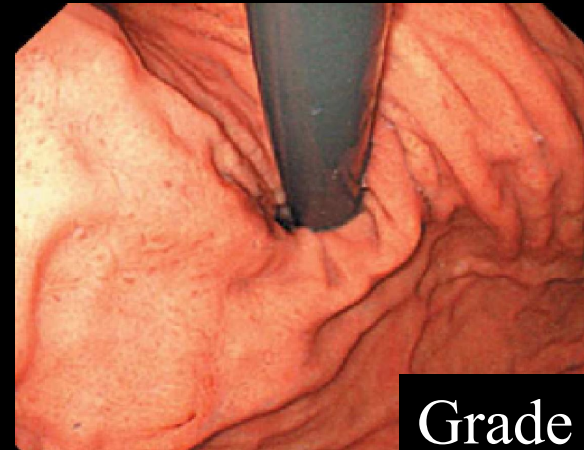


экспозиция в ретрофлексии



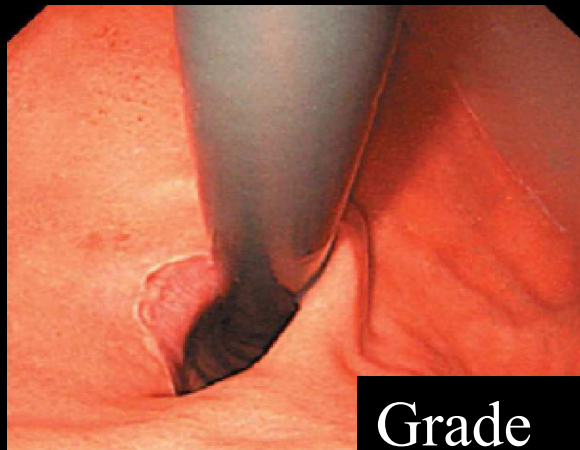
Grade I

Выраженная складка ткани, плотно смыкающаяся вокруг эндоскопа



Grade II

Умеренная складка, но существуют редкие эпизоды открытия и смыкания



Grade III

Складка не выражена и эндоскоп не плотно обхвачен венчиком клапана

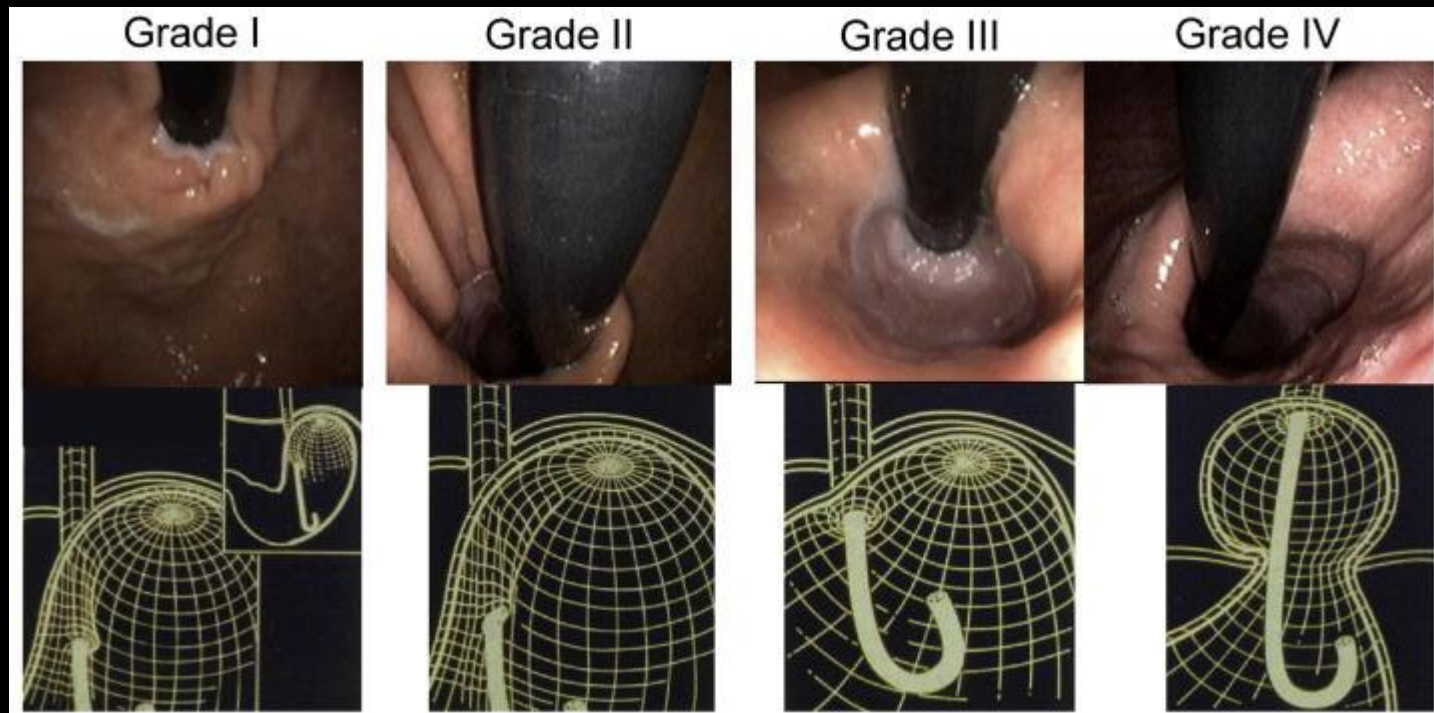


Grade IV

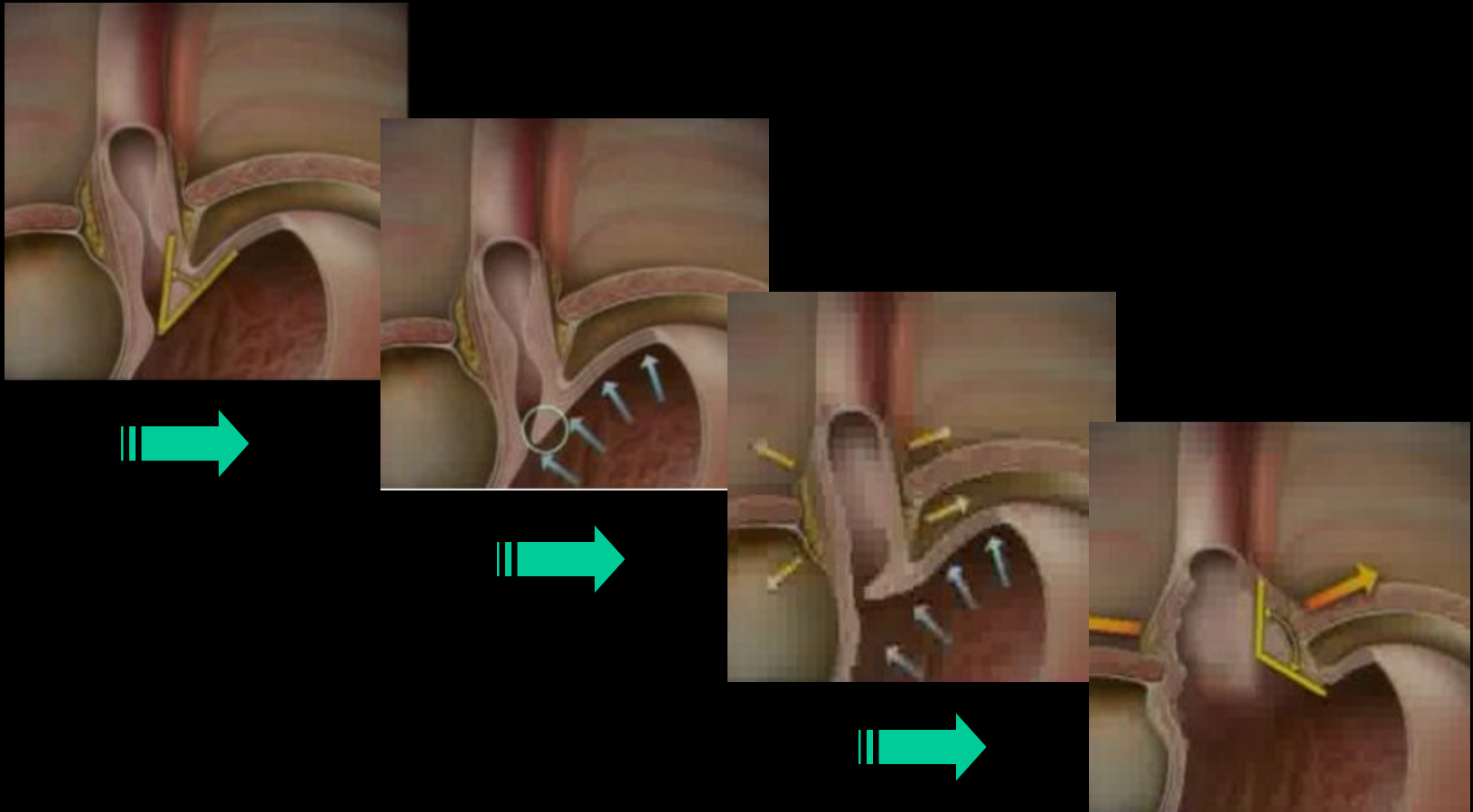
Складка отсутствует, просвет пищевода зияет постоянно, видна слизистая пищевода

Типы пищеводно-желудочного клапана по L.D. Hill et al., 1996

экспозиция в ретрофлексии



Патогенез формирования недостаточности гастро-эзофагеального клапана



Показания к оперативному лечению

Surg Endosc
DOI 10.1007/s00464-014-3431-z



CONSENSUS STATEMENT

EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease

Karl Hermann Fuchs · Benjamin Babic · Wolfram Breithaupt · Bernard Dallemagne ·
Abe Fingerhut · Edgar Furnee · Frank Granderath · Peter Horvath ·
Peter Kardos · Rudolph Pointner · Edoardo Savarino · Maud Van Herwaarden-Lindeboom ·
Giovanni Zaninotto

- Типичные симптомы ГЭРБ
- Документированная связь симптомов (изжоги, регургитации) с рефлюксом
- Однолетний анамнез
- Снижение качества жизни
- Положительный ответ на прием PPI
- Необходимость в увеличении дозы PPI
- ГПОД
- Документированный эзофагит (до приёма PPI)
- Доказанная несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера
- Документированный кислый рефлюкс

Показания к операция в зависимости от типов грыж

Классификация	Тип I –наиболее часто	Тип II – очень редко	Тип III – комбинация I и II типов	Тип IV
Встречаемость	85-90%	Реже 1%	Около 6%	Наименее вероятна
Симптомы	Может протекать асимптомно или с симптомами ГЭРБ	Может протекать асимптомно, но может быть неврправимой и ущемляться	Симптомы рефлюкса и ущемлений присутствуют	Высокий риск заворота, обструкции, кровотечений
Показания для операции	ГЭРБ, рефрактерная к консервативному лечению	Показано для предотвращения ущемления и ишемической перфорации	Показано, т.к. медикаментозная терапия не эффективна	Показана анатомическая коррекция

Результаты лапароскопических антирефлюксных операций

Среднее время

изолированная фундопликация - $94,5 \pm 5,8$ мин

фундопликация с холецистэктомией - $138,3 \pm 6,9$ мин

Осложнения

У 1 больной (0,8%) возникло кровотечение из коротких артерий желудка

У 52 больных (48,2%) отмечались явления дисфагии

У 2 больных отмечен стойкий болевой синдром в верхних отделах живота в течении 2 месяцев после операции, сопровождающийся вздутием живота и поносами

Результаты лапароскопических антирефлюксных операций

Отсутствие симптомов ГЭРБ

Изжога

100%
Отсутствие за грудинных болей *100%*

Отрыжка

68,8%
Отсутствие периодических
эпигастральных болей *26,6%*