

614.2(063)

НЗЧ

ПОЛТАВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПОЛТАВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ПОЛТАВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ПРАВЛЕНИЕ
ВСЕСОЮЗНОГО НАУЧНОГО МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

ПОЛТАВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ДОМ
НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА В МЕДИЦИНЕ



НАУЧНО - ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ОБЛАСТНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ



ПОЛТАВА - 1987 г.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОСТЕНОЗА

История кардиостеноза насчитывает свыше 300 лет, однако лечение его развивается крайне медленно. Оперативный метод лечения, близкий к современному, предложен Готтштейном /1901/, а выполнен только в 1913 году Геллером.

Данное заболевание является полиэтиологичным. В механизме развития его играют роль несколько факторов, выявить которые не всегда представляется возможным. На сегодня существует более 25 классификации кардиоспазма. Большинство из них громоздки и практически малопригодны. Мы пользовались классификацией, предложенной Б.В.Петровским, которая дает наиболее удобную оценку состояния пищевода и степени изменения кардиального отдела желудка. Предложено свыше 35 способов оперативного лечения кардиостеноза IV степени. Большинство из них /Румпель, 1897; Минулич, 1904; Марведель-Вендель, 1910; Гейровский, 1913/ оставлены в связи с нефизиологичностью, так как приводили к рефлюкс-эзофагиту, пептическим язвам пищевода. В настоящее время операцией выбора остается внеслизистая продольная эзофагокардиомиотомия на протяжении 7-12 см. При этом слизистая пищевода выбухает, проходимость кардии восстанавливается. Что же касается методов закрытия кардиомиотомического дефекта в пищеводе нет единства мнений. Исходы зависят в основном и от того, какими тканями и как надежно укрепляется дефект в мышечной оболочке пищевода и кардии. Для пластики предложены ткани соседних органов: лоскут диафрагмы на ножке /Б.В.Петровский/, стенка желудка /Т.А.Суворова/, сальник на ножке /В.И.Колесов/ и др. Недостаток их общий - происходит рубцевание пластического материала, который не обладает двигательной функцией, развивается ре-стеноз или рефлюкс-эзофагит. Что же касается пластики стенок желудка, то метод деформирует желудок, что сказывается на его функции.

С 1970 года по 1986 год оперировано 12 больных с кардиостенозом IV степени, которые без успеха лечились консервативно пневмокардиодилатациями. Мы разработали на трупах, испытали на животных и применили в клинике методику кардиоластики, суть которой заключается в следующем. После продольной экстрамукозной внеслизистой эзофагокардиотомии дефект в стенке пищевода и кардии прикрывают стенкой, отключенной по Ру изоперистальтически расположенной петлей тонкой кишки. Как известно, стенка тонкой кишки, имеющая мышечные оболочки, серозный покров, хорошее кровоснабжение и постоянную перистальтическую деятельность, является прекрасным пластическим материалом и не подвергается рубцеванию. Она легко податлива для закрытия дефекта в мышечной оболочке пищевода и кардиального отдела желудка. При этом надежно закрывается слизистая пищевода и кардии, обеспечивается профилактика рестеноза и разрыва. Кроме того, пластика в пищеводе и кардии стенок тонкой кишки препятствует смещению в средостение, позволяет сохранить угол Гиса более острым и тем самым уменьшает возможность возникновения недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагита. Диафрагма и связочные элементы кардии и пищевода при этом не травмируются, что позволяет сохранить многие факторы, обеспечивающие запирательную функцию кардии.

Описанным способом оперировано 8 больных. В послеоперационном периоде осложнений и летальных исходов не было. Отдаленные результаты изучены у 5 больных. Клинические, рентгенологические и эндоскопические исследования показали нормальную функцию пищеводно-желудочного соустья.