

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.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАРДИИ

Улучшение рентгендиагностики, широкое внедрение в практику эндоскопических, манометрических и других методов исследования позволяют хирургам глубоко изучать проблему недостаточности кардии. Как известно, циркулярный мышечный слой терминального отдела пищевода и виллизиевая мышечная петля кардии составляют основной анатомический компонент, замыкающий кардию. Кроме того, в замыкательной функции кардии существенную роль играют дно желудка, угол Гиса, слизистая "розетка" кардии, мышечная петля ножек диафрагмы со связочным аппаратом абдоминального отдела пищевода.

В клинике хирургических болезней с 1970 по 1986 год находилось на лечении 127 больных с патологией кардии.

По нашим данным к недостаточности кардиального "затвора" приводят декомпенсированный стеноз пилородуоденальной язвы /46%/, болезнь оперированного желудка /25,5%/, хроническая дуоденальная непроходимость /7,5%/. Грыжи пищеводного отверстия составили 11%, сочетания стенозирующей пилородуоденальной язвы с грыжей пищеводного отверстия нами наблюдалось у 8% обследованных больных. Кроме того, мы наблюдали 5 больных с недостаточностью кардии после селективной проксимальной ваготомии.

У 67 больных недостаточность кардии осложнялась рефлюкс-эзофагитом. Однако диагноз до операции был поставлен только у 87% больных. У остальных тщательное интраоперационное исследование зоны пищеводного отверстия диафрагмы, абдоминального отдела пищевода, кардии и дна желудка выявило грубые анатомические изменения в виде значительного укорочения пищевода, даже полного отсутствия абдоминального отдела, полное расправление угла Гиса с образованием трубки из кардиального отдела и дна желудка, выраженное расширение пищеводного отверстия диафрагмы /от 4 до 6см/.

ослабление и удлинение связочного аппарата кардии и пищевода.

Из множества методов хирургической коррекции мы использовали: сужение пищеводного отверстия, гастрокардиопенсию, воссоздание угла Гиса, фундопликацию по Ниссену и нашу методику создания искусственного перистальтирующего жома кардии. Лучшие результаты наблюдались при комбинации различных методов с завершением операции созданием искусственного жома.

Для хирургической коррекции недостаточности замыкательной функции кардии нами разработана операция комплексного восстановления всех ее анатомо-функциональных компонентов с созданием искусственного жома. От пищеводного отверстия отделяется абдоминальный отдел пищевода, кардия и дно желудка, выделяются и берутся на державки оба вагуса. При грыже пищеводного отверстия ножки диафрагмы ушиваются П-образными швами. Отключается приводящая петля ранее резецированного желудка. Из конца ее формируется жом, чтобы замыкание возникло на пищеводно-желудочном переходе. Дно желудка по линии большой кривизны фиксируется к диафрагме. Если приводящую петлю невозможно использовать, жом создают из У-образно отключенной петли тонкой кишки. С целью предупреждения сужения просвета пищевода операции проводились с введением в пищевод расширителя полого органа /А.С. № II73998/. Подобным образом оперировано 6 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Таким образом, создание жома кардии в комплексе с другими методами надежно корригирует недостаточность кардии, предотвращает рефлюкс-эзофит и может быть рекомендован в практику специализированных отделений.