

5. По данным анкетирования, лучшие отдаленные результаты были достигнуты при лапароскопической фундопликации по Тупе.

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ**

С. С. Стебунов, А. А. Глинник, О. С. Богушевич, В. И. Германович

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) считается одним из самых тяжелых и распространенных заболеваний пищеварительной системы. От нее страдают 5% всего взрослого населения, а в некоторых странах Европы до 42%. Одна из основных причин ГЭРБ – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Она наблюдается у 10-12% взрослого населения. В связи с этим в последнее время количество выполняемых антирефлюксных операций по поводу данных заболеваний постоянно увеличивается.

**Целью** настоящей работы было изучение непосредственных и отдаленных результатов применения лапароскопической фундопликации по Ниссену у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

**Материал и методы.** Мы имеем опыт лапароскопического лечения 86 пациентов, оперированных в разных клиниках города с 2004 г. по настоящее время. В данной группе пациентов пищеводные грыжи в качестве основного показания для оперативного лечения, наблюдались в 78 случаях, стойкий рефлюкс-эзофагит при неэффективности консервативного медикаментозного лечения – в 8 случаях. У 5 (6%) пациентов имел место пищевод Барретта. Пищеводные грыжи в 61 (78,2%) случае были скользящие, 10 (12,8%) – параэзофагеальные и в 7 (8,9%) случаях – рецидивные после ранее проведенной фундопликации. Средний возраст пациентов составил 49,8 (20-72) лет. Из них мужчин было 28 (32,6%) и женщин 58 (67,4%).

Большинство пациентов предъявляли жалобы на постоянную или периодическую изжогу, отрыжку воздухом и пищей, боли в эпигастральной области и за грудиной, а также необходимость пребывания в вертикальном положении после еды. Всем пациентам перед операцией были выполнены эндоскопическая фиброгастроуденоскопия с биопсией слизистой пищевода и желудка, а также рентгенологическое контрастное исследование с бариевой взвесью в положении Тренделенбурга. У 12 пациентов дополнительно производилась компьютерная томография органов брюшной полости с пероральным контрастированием, в том числе всем пациентам с рецидивами. По данным проведенного обследования у 83% выявлены грыжи первой степени, у 17% - второй степени, у 10% - гигантские грыжи 3-4 степени. Всем пациентам выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену. Техника выполнения этого вмешательства включала ряд стандартных этапов, описанных в литературе. Основными важными этапами фундопликации мы считали следующие: «тупое» выделение пищевода и кардиального отдела желудка из окружающих тканей с сохранением стволов блуждающих нервов и созданием широкого позадипищеводного пространства; полное или частичное (при больших и скользящих грыжах) иссечение грыжевого мешка с низведением пищевода; проведение турникета позади пищевода для адекватного низведения последнего; мобилизация дна желудка с пересечением 1-2 коротких сосудов желудка; эзофагокрурография с помощью нерассасывающихся узловых или z-образных швов (в среднем 2-3 шва); формирование «свободной» циркулярной манжеты 360° (полной) из дна желудка протяженностью 2.5-3 см на толстом (не менее 35 Fr) желудочном зонде. Важным моментом выполнения операции считаем придание пациентам положения Фаулера на операционном столе с поднятием головного конца стола на 25-30°, так как только такое положение дает свободный безопасный доступ к поддиафрагмальному пространству и желудку без использования дополнительных ретракторов. В трех случаях дополнительно производилось протезирование ПОД сетчатым протезом.

**Результаты и обсуждение.** «Золотым» стандартом лечения

гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является лапароскопическая фундопликация по одной из методик. Чаще всего используются методики по Nissen и Toupet. Методика по Ниссену отличается наибольшим радикализмом, но имеет ряд неблагоприятных последствий в отдаленном периоде, в частности, развитие дисфагии. Методика по Тупе имеет, по данным литературы, большее количество рецидивов. Поиск и внедрение наиболее эффективных методов лечения, а также изучение их отдаленных последствий позволяет улучшить результаты лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Операция фундопликации по Ниссену является достаточно простым вмешательством в исполнении лапароскопическим методом. Если в период освоения методики (первые 20 вмешательств) длительность операции составляла в среднем от 150 до 180 минут, то в последнее время (последние 20 вмешательств) – 60-70 минут. В значительной мере, в освоении методики нам помогла обширная практика выполнения различных бариатрических операций на желудке.

Из интраоперационных осложнений имело место повреждение задней стенки пищевода в его абдоминальном отделе в одном случае (пациентка с рецидивом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы после фундопликации по Ниссену в одной из клиник Минска), интраоперационное вскрытие плевральной полости с развитием карбоксоторакса – в двух случаях, что потребовало пункции и дренирования ее слева. Общее количество интраоперационных осложнений, таким образом, составило 3,4%. Нестойкая проходящая дисфагия наблюдалась у 5 пациентов (5,8%). В результате опроса пациентов через 1 год после вмешательства установлено, что дисфагии у них не наблюдалось. 98% пациентов в эти сроки отмечали исчезновение клинических проявлений ГЭРБ.

**Выводы.** Лапароскопическая фундопликация по Ниссену является эффективным современным методом лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Она имеет низкий процент осложнений и хорошие отдаленные результаты.