

УО «Белорусский государственный медицинский университет» Республика Беларусь, г. Минск

ВОЗМОЖНОСТИ ФУНДОЭЗОФАГОКРУРОРАФИИ И ХИАТОПЛАСТИКИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ КАК ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Введение. Благодаря внедрению видеолапароскопических технологий начала бурно развиваться хирургия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Если ГЭРБ, обусловленная недостаточностью или халазией кардии в большинстве случаев подлежит консервативному лечению, то ГПОД ведущая к грубому разрушению замыкательной функции кардии, подлежит оперативному лечению, функцию которого взяла на себя видеолапароскопическая хирургия. Чаще всего для этих целей используются фундопликация по Ниссену, Тупе и Дору, которые от 6,7% до 30,2% по статистическим данным многих авторов дают различные осложнения. Располагая опытом более 1000 операций на кардиоэзофагеальной зоне в открытой хирургии с использованием фундоэзофагокрурорафии (ФЭКР) и хиатопластики мы внедриli данную методику лечения ГПОД в видеолапароскопическом исполнении.

Цель. Оценить ближайшие результаты лечения ГПОД с помощью предложенной нами фундоэзофагокрурорафии в сочетании с хиатопластикой (патент №10285, 2007г).

Материалы и методы. В основу работы положены результаты видеолапароскопического лечения 69 пациентов ГПОД лечившихся в хирургическом отделении УЗ «ЗГКБ им Е. В. Клумова» г Минска с 2007 по 2014 год. Суть предложенной нами операции заключается в сужении пищеводного отверстия диафрагмы до нормальных анатомических размеров, восстановление угла Гиса и фиксация кардиоэзофагеальной зоны в брюшной полости с помощью 3 швов с захватом в них фундуса желудка, стенки пищевода и правой ножки диафрагмы.

Результаты и обсуждения. Из 69 пациентов ГПОД малых размеров были у 21 (30,4%), средних-32 (46,4%), больших-16 (23,2%). В 43 случаях она сочеталась с калькулезным холециститом. В 4-х случаях пациенты были оперированы повторно в связи с рецидивом ГПОД и ГЭРБ. В группе пациентов с ГПОД и калькулезным холециститом во всех случаях выполнены симультанные операции, вначале лапароскопическая холецистэктомия, а вслед за ней ФЭКР с хиатопластикой. В случаях наличия только ГПОД выполняли предложенную нами антирефлюксную операцию. Время оперативного лечения в первой группе составило в среднем 3ч 20мин., во второй – 2ч 30мин. При скользящих грыжах небольших и средних размеров технических сложностей в выполнении ФЭКР и хиатопластики как в качестве симультанной, так и самостоятельной операции не было отмечено. Другая ситуация наблюдалась при больших фиксированных в средостении ГПОД. В этих случаях необходимо было осторожно извлечь желудок из

грыжевого мешка используя Ligashore или биполярную коагуляцию зон, иссечь сам мешок, что было чревато рядом осложнений и требовало дополнительного времени. Интраоперационные осложнения наблюдались у 6(8,7%) пациентов, из них у 1(1,5%) пациентавследствие надрыва капсулы селезенки из-за неустойчивого гемостаза была выполнена спленэктомия, еще у 1(1,5%)развился пневмоторакс потребовавший дренирования плевральной полости, у 4(5,7%)подкожная эмфизема, которая рассосалась самостоятельно.

В раннем послеоперационном периоде отмечены осложнения в виде транзиторной дисфагии у 4(5,7%), жаобы характерные для ГЭРБ - у2(3,0%) пациентов.

Выводы.

1. ФЭКР в сочетании с ХП в лапароскопическом исполнении является малоинвазивным, более простым и достаточно надежным способом лечения ГПОД позволяющим в подавляющем большинстве случаев, избавить пациента от неприятных симптомов ГЭРБ и ее осложнений. Наряду с этим она функционально более обоснована с анатомофизиологической точки зрения по сравнению с фундопликациями, которые предлагаются для лечения данной патологии, так как она моделирует и восстанавливает естественные, созданные природой, механизмы деятельности кардиоэзофагальной зоны.
2. Лапароскопическая ФЭКР с ХП дает хорошие ближайшие послеоперационные перспективы. Для нее не характерны тяжелые послеоперационные осложнения, свойственные фундопликации по Ниссену. Среди наших пациентов интраоперационные осложнения наблюдались в 8,7%, послеоперационные-также в 8,7% случаев.