

**Чепик Д.А., Воробей А.В., Лурье В.Н.**

Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,  
Минская областная клиническая больница.  
Беларусь, г. Минск.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЭЗОФАГОФУНДОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.**

**Актуальность.** В настоящее время количество пациентов об-рацающихся за помощью к гастроэнтерологам и хирургам, с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) прогрессивно увеличивается. Частота данной патологии составляет конкуренцию таким известным и распространенным заболеваниям, как язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит. Наиболее распространенным проявлением ГПОД является рефлюкс-эзофагит. Консервативное лечение рефлюкс-эзофагита при наличии грыжи ПОД мало эффективно, так как требует постоянного приема препаратов и приводит к постепенному нарастанию патологических изменений в пищеводе и желудке. Прекращение консервативного лечения приводит к рецидиву симптомов заболевания.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с ГПОД путем внедрения и разработки лапароскопических методов эзофагофундопластики.

**Материалы и методы исследования.** Произведен анализ лечения 81 пациента с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

**Результаты и обсуждение.** С 2012 по март 2015

года лапароскопическая эзофагофундопластика выполнена 81 пациенту с акси-альной ГПОД. Оперированы пациенты от 1 до 4 степени. Операции выполнены по методам Nissen, Toupet и Dor путем планируемого слепого распределения больных по группам методом простой рандомизации. 30 пациентам произведена эзофагофундопластика по Ниссену, 27 по Дору, 24 по методике Тупе. Среди пациентов преобладали женщины – 56 (69,1%), мужчины – 25 (30,9%). Возраст пациентов колебался от 28 до 69 лет. Диагноз подтвержден методом рентгеноскопии с перемещением больных в положении Тренделенбурга. Всем пациентам выполнена фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией для исключения онкопатологии.

Основным клиническим проявлением ГПОД была гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Пациенты наиболее часто предъявляли жалобы на изжогу 69 (85,2%), боль за грудиной 57 (70,4%), дисфагию 48 (59,3%). У 8 (9,9%) пациентов на фоне стенозирующего рефлюкс-эзофагита имелась рубцовое сужение пищевода. В данной ситуации перед операцией выполнено бужирование пищевода.

Всем пациентам выполнялась крурорафия. В 10 (12,3%) случаях передняя, 71 (87,6%) задняя крурорафия. У 49 (81,6%) пациентов результат операции оценен как хороший. Однако в послеоперационном периоде у 5 (8,3%) пациентов имелось затруднение при прохождении пищи, которое купировались самостоятельно. У 4 (6,6%) пациентов после эзофагогастропластики по Дору отмечались периодически возникающие изжоги, хотя их интенсивность и частота заметно снизились по сравнению с дооперационным периодом. В 2 (2,5%) случаях при эзофагогастропластике по Тупе произошло прорезывание швом пищевода и желудка с формированием затека под левым куполом диафрагмы, что потребовало повторной операции и дренирования зоны затека. У 1-го (1,66%) пациента на фоне ГПОД 3 степени и выполненной эзофагогастропластики по Ниссену развился пилороспазм. Для устранения данной патологии выполнена пилоротомия с пилородуоденопластикой по Гейнеке – Микуличу. Летальных исходов не было.

На следующие после операции сутки пациенты самостоятельно ходили, питались жидкой пищей, прием обезболивающих препаратов требовался 1 – 2 раза в сутки. Отдаленные результаты операций планируется изучить путем выполнения РН –метрии пищевода, анкетирования пациентов.

**Выводы.** Таким образом, лапароскопическое выполнение эзофагофундопластики при ГПОД позволяет добиться хороших результатов лечения и является преимущественной методикой. ГПОД с клиникой ГЭРБ требует обязательного хирургического лечения.