

Минина В. Ю., Стрельникова А. В.
**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ГРЫЖ
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Черкасов М. Ф.,
канд. мед. наук Черкасов Д. М.*

*Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия*

Актуальность. Грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) называют смещение какого-либо органа брюшной полости, покрытого брюшиной, через это отверстие в заднее средостение. Частота встречаемости ГПОД составляет от 3 до 30% всех заболеваний желудочно-кишечного тракта. К осложнениям ГПОД относят: гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), эрозии, стеноз, ущемления и пищевод Барретта.

Цель: оценить результаты хирургического лечения пациентов с осложненными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы. В исследование включены 127 пациентов, которым выполнены видеоэндохирургические вмешательства по поводу осложненных грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Возраст больных колебался от 17 до 72 лет. ГЭРБ выявлена у всех 127 пациентов (100%), эрозии – у 16 (12,6%), пищевод Барретта – у 19 (15%), стеноз – у 4 (3,1%) и ущемления – у 1 пациента (0,8%). По классификации Б.В. Петровского и Н.Н. Каншина (1967г.) аксиальные грыжи отмечались у 104 пациентов, параэзофагеальные – у 23. По классификации Granderath и соавт. (2007), среди аксиальных грыж малые встречались у 39 (37,5%) пациентов, большие – у 58 (55,8%), гигантские – у 7 (6,7%), среди параэзофагеальных – у 16 (69,6%) больных имели место большие грыжи, у 7 (30,4%) – гигантские.

Результаты и их обсуждения. У 127 пациентов после проведения длительной медикаментозной терапии, не удалось добиться существенного положительного результата, в связи с чем, им всем была выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа. Показаниями к хирургическому лечению осложненных ГПОД являлись: неэффективность многократных курсов консервативного лечения; наличие осложнений ГПОД; большие размеры грыжи, ее фиксация в грыжевых воротах; параэзофагеальная грыжа. Интраоперационные кровотечения отмечены у 13 (10,2%) пациентов, в связи с этим, у 6 пациентов выполнена конверсия, у 2 пациентов причиной конверсии стал выраженный спаечный процесс. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Послеоперационный койко-день у пациентов с ГПОД, оперированных из лапароскопического доступа, составил $5,3 \pm 0,6$. В отдаленные сроки у 4 больных (3,1%) возникли рецидивы заболевания, связанные с феноменом «соскальзывания манжетки», им произведено повторное оперативное вмешательство из лапаротомного доступа. У 19 пациентов с пищеводом Барретта в послеоперационном периоде проводилась аргон-плазменная коагуляция очагов метаплазии с последующей медикаментозной терапией.

Выводы. Лечение пациентов с осложненными ГПОД должно иметь комплексный подход. При неэффективности неоднократных курсов медикаментозной терапии, частых рецидивах, выраженной клинической картине рефлюкс-эзофагита следует выполнять оперативные вмешательства. Видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных с осложненными формами ГПОД. При наличии пищевода Барретта в послеоперационном периоде показано применение аргон-плазменной коагуляции очагов метаплазии, а также проведение медикаментозной терапии.