

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Асоціація хірургів України  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова" НАМН України



# XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

# 2018

26 -28 вересня  
м. Київ

исследования биоптатов из зоны стриктуры. У двух больных выявлена стриктура обусловленная рецидивом рака. Этим больным проведено стентирование пищевода. В 3 случаях имела место несостоятельность анастомоза – проводилось консервативное лечение – все пациенты были излечены. У большинства больных 254 (86,6%) отмечались проявления диспепсического синдрома в виде дискомфорта в эпигастрии и за грудной клеткой, болей в этой зоне, изжогой, отрыжкой. У 10 (3,9%) из них эти явления носили выраженный характер, у остальных пациентов – носили транзиторный характер и легко поддавались медикаментозной терапии.

**Выводы:** Сформированный по описанной методике интраоракальный желудок достаточно хорошо заменяет функцию резецированного пищевода и, вместе с тем, сохраняет в достаточной степени функцию резецированного желудка. Использование методик улучшения кровоснабжения трансплантата и применение тепловизионного контроля является перспективным.

## Результаты хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Е. И. Гайдаржи<sup>1</sup>, А. С. Никоненко<sup>1</sup>, А. А. Никоненко<sup>1</sup>, А. А. Подлужный<sup>1</sup>, Н. Г. Головки<sup>1</sup>, Т. В. Гуров<sup>2</sup>, В. А. Грушка<sup>1</sup>, Г. И. Охрименко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>КУ «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС

Актуальность хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на сегодняшний день уже не вызывает сомнений. Количество больных ГЭРБ стремительно увеличивается. Медикаментозное лечение зачастую не дает стойкого результата, приводит к рецидиву симптомов и развитию осложнений после прекращения лечения, что требует постоянного, а порой и пожизненного, приема лекарственных препаратов. Ввиду этого, все больше врачей склоняется к пересмотру приоритетности методов лечения ГЭРБ в пользу хирургического лечения, на улучшение результатов которого должны быть направлены усилия хирургов.

**Цель нашей работы** – анализ результатов хирургического лечения ГЭРБ путем выполнения лапароскопической круорографии и тотальной фундопликации в модификации Ниссена.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 60 больных ГЭРБ в клинике госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета с 2015 по 2018 гг. В анализируемой группе было 44 (73,3%) женщин и 16 (26,7%) мужчин. Средний возраст –  $54,7 \pm 10,7$  лет. В обследование больных обязательно включали эндоскопию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, рентгеноскопию пищевода и желудка с пассажем бария, экспресс рН – метрию желудка и суточный рН–мониторинг пищевода. У всех больных анатомической предпосылкой к развитию ГЭРБ являлась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) различной степени. Показаниями к хирургическому лечению ГЭРБ были: отсутствие стойкого клинического эффекта после курса базисной медикаментозной терапии, наличие пищеводных и внепищеводных осложнений ГЭРБ, выбор пациента в пользу хирургического лечения. Отказ больных от проведения предложенного обследования и хирургического лечения служил критерием исключения из проводимого исследования и являлся основанием для продолжения лечения у гастроэнтеролога. Операцией выбора у всех боль-

ных была лапароскопическая (задняя или комбинированная) крурорафия и тотальная фундопликация в модификации Ниссена без применения аллопластических материалов.

**Результаты и их обсуждение.** Проведен анализ ранних (до 12 месяцев) – у 17 (28,3%) пациентов и отдаленных (12 месяцев – 3 года) – у 43 (71,7%) пациентов – послеоперационных результатов лечения.

Все пациенты в раннем послеоперационном периоде отметили исчезновение симптомов ГЭРБ. У 2 (3,3%) больных возник рецидив грыжи ПОД в виде миграции фундопликационной манжеты в средостение, однако без клинических признаков ГЭРБ: у 1 больного в связи с симптомами ранней послеоперационной рвоты, у 1 пациента – был обусловлен бронхиальной астмой с частыми приступами бронхоспазма и кашля после операции. Больные не нуждаются в приеме ингибиторов протонной помпы и не требуют повторного оперативного вмешательства. У 2 (3,3%) пациентов рецидив ГЭРБ возник в отдаленном послеоперационном периоде и был обусловлен рецидивом грыжи ПОД. У обоих пациентов перед операцией предпосылкой для развития рецидива была большая фиксированная грыжа ПОД 3 степени. Тем не менее, из 43 пациентов, наблюдаемых более года после операции, у 41 (95,3%) отмечено исчезновение симптомов ГЭРБ и полное выздоровление. Постфундопликационных осложнений и побочных эффектов в виде gas-bloat синдрома, дисфагии, метеоризма, вздутия живота, скопления газов в желудке не было отмечено ни у одного больного.

#### **Выводы.**

1. ГЭРБ является оправданным и патогенетически обоснованным показанием к хирургическому лечению.

2. Лапароскопическая крурорафия и тотальная фундопликация по методике Ниссена является эффективным методом хирургического лечения ГЭРБ, позволяющим достичь хороших ранних и отдаленных послеоперационных результатов.

## **Лапароскопические антирефлюксные операции: критический анализ 20-летнего опыта**

**В. В. Грубник, В. В. Ильяшенко, В. В. Грубник, Н. Р. Параняк**

**Одесский национальный медицинский университет,  
Одесская областная клиническая больница**

**Вступление.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречается у 15–18% взрослого населения, значительная часть больных требует оперативного лечения. **Цель:** критический анализ отдаленных результатов лапароскопических антирефлюксных операций в зависимости от методики пластики грыж пищеводного отверстия диафрагмы и фундопликации.

**Материалы и методы.** Изучены результаты 2596 лапароскопических антирефлюксных операций произведенных в клинике за период с 1994 год по 2017 год. Возраст – от 18 до 83 лет, средний возраст –  $56,2 \pm 7,4$  года. Женщин – большинство – 1420 (55%). У 97% пациентов кроме симптомов рефлюксной болезни имелась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Для объективизации исследования использовали оригинальную классификацию грыжевого дефекта: малые грыжи (площадь грыжевого дефекта  $< 10 \text{ см}^2$ ) наблюдались у 30% оперированных, большие грыжи (площадь грыжевого дефекта от 10 до  $20 \text{ см}^2$ ) были у 48% пациентов, гигантские ГПОД (площадь грыжевого дефекта более