

**Результаты и обсуждение.** Продолжительность операции колебалась от 25 до 90 минут. С приобретением опыта длительность операции значительно сокращалась. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 6 (4 %) пациентов: отек мошонки – 2, серома послеоперационной раны – 2, гематома мошонки – 1, преходящая парестезия кожного нерва бедра – 1. Гнойно-воспалительных осложнений и осложнений, потребовавших удаления аллотрансплантата, мы не наблюдали. Количество известных нам рецидивов в группе оперированных больных при анализе в период от 1 года до 12 лет составило 3 (2 %). Количество рецидивов при той или иной методике обычно служит для хирурга главным критерием оценки преимуществ метода. Полученные нами цифры еще раз убеждают в преимуществах методики Лихтенштейна.

Большую часть оперированных больных выписывали в течение первых суток после операции. Если операция проводилась под местным обезболиванием, то время наблюдения чаще всего ограничивалось 2 часами, перидуральная и общая анестезия требовали, как правило, точного наблюдения.

Герниопластика по Лихтенштейну выбрана нами в качестве операции выбора по следующим причинам: она технически проста в выполнении, имеет малую травматичность, минимальное количество осложнений и рецидивов, является «ненатяжной» методикой, послеоперационная боль легко купируется ненаркотическими анальгетиками, реабилитация после нее быстрая. Кроме этого, данный вид герниопластики может быть выполнен под разными видами анестезии, в том числе и под местным обезболиванием без наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, что особенно важно у лиц пожилого и старческого возраста, а также при повышенном операционно-анестезиологическом риске.

**Выводы.** Наш опыт и полученные данные свидетельствуют, что методика укрепления задней стенки пахового канала по Лихтенштейну, благодаря простоте выполнения под разными видами анестезий, отсутствия натяжения тканей, низкой частоте осложнений и рецидивов, быстрому периоду реабилитации и раннему возвращению трудоспособности, предпочтительнее других традиционных методик и широко внедряться в клиническую практику.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕНУ В ЛЕЧЕНИИ ГАСРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

*Стебунов С. С.*

*Медицинский центр «ЛОДЭ»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) считается одним из самых распространенных

и тяжелых заболеваний пищеварительной системы. По результатам статистических исследований, при проведении комплексного рентгенологического и эндоскопического методов обследования одна из основных причин ГЭРБ – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) наблюдается у 10–12 % населения. Не удивительно, что количество выполняемых антирефлюксных операций по поводу данного заболевания постоянно увеличивается. В настоящее время большинство подобных операций выполняется эндоскопическим методом.

**Цель.** Изучение непосредственных и отдаленных результатов применения лапароскопической фундопликации по Ниссену у пациентов с ГЭРБ.

**Материалы и методы.** Наш клинический опыт охватывает 68 пациентов с ГЭРБ, которым была выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену в период с 2004 года по настоящее время. В данной группе больных ГПОД, как показания для оперативного лечения, наблюдались в 59 случаях, стойкий рефлюкс-эзофагит при неэффективности консервативного лечения – 8 случаях. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в 51 (86,4 %) случае были скользящие, 3 (5 %) – параэзофагеальные и в 5 (8,5 %) случаях – рецидивные после фундопликации. Средний возраст пациентов составил 48,6 (20–72) лет. Из них мужчин было 19 (28 %) и женщин 49 (72 %). Большинство больных предъявляли жалобы на 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 фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой пищевода и желудка, а также рентгенологическое исследование с бариевой взвесью в положении Тренделенбурга.

**Результаты и обсуждение.** Операция фундопликации по Ниссену является простой 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) – 80–90 минут. В значительной мере, в освоении методики нам помогла практика выполнения различных бариатрических операций на желудке.

Из интраоперационных осложнений имели место повреждение стенки пищевода в его абдоминальном отделе в одном случае (пациентка с рецидивом ГПОД после фундопликации по Ниссену в одной из клиник Минска), интраоперационное вскрытие плевральной полости с развитием карбокситоракса – в двух случаях. Общее количество интраоперационных осложнений, таким образом, составило 4,4 %.

Частота конверсии к открытой операции составила 1,5% (1 случай). Из послеоперационных осложнений, известных нам, были отмечены

следующие: рецидивы ГПОД, подтвержденные рентгенологически – 3 случая в период освоения методики и использования рассасывающегося шовного материала для круорографии; смещение фундопликационной манжеты выше диафрагмы с удовлетворительным исходом – 1 случай; стойкая дисфагия в течение полугода после операции – 2 случая (на этапе освоения методики). Продолжительность госпитализации в среднем составила 2,8 дня, наименьшая – 1 день, наибольшая – 6,3 дня. Летальности в данной группе пациентов после лапароскопической фундопликации мы не наблюдали.

При анализе отдаленных результатов лечения данной группы пациентов в сроки от 2 до 12 лет, подавляющее большинство их (95 %) отказалось от приема специальных медикаментозных средств. Результаты лечения у этих больных признаны удовлетворительными.

Небольшое количество рецидивов и их отсутствие в последнее время мы связываем во многом с тем, что отказались от использования рассасывающегося шовного материала для формирования манжетки и круорографии. На это нас натолкнуло то обстоятельство, что два рецидива в нашем случае и три рецидива, оперированных в других клиниках, появились не сразу, а в отдаленные сроки от 3 до 6 месяцев, что вряд ли связано с дефектом операционной техники.

По данным литературы, послеоперационные побочные эффекты антирефлюксных процедур, такие как стойкая дисфагия, «gas bloat» синдром, наблюдаются до 20–45 % после фундопликации по Ниссену. Причиной таких осложнений, как правило, является туго сформированная фундопликационная манжета и не пересечение коротких желудочных сосудов. Правильная техника операции и использование специального желудочного зонда позволила нам избежать подобных неблагоприятных последствий.

На начальных стадиях развития заболевания широко используется консервативная терапия, которая у большинства пациентов дает стойкий эффект. Однако консервативная терапия направлена в основном на ликвидацию клинических проявлений рефлюкс-эзофагита и в большинстве случаев только отдаляет развитие осложнений. Единственно радикальным методом лечения, тем более при ГПОД, является хирургическое лечение. Освоение методики лапароскопической фундопликации по Ниссену и тщательное техническое выполнение, согласно последним рекомендациям, позволило сделать ее эффективной и безопасной при оперативном лечении ГЭРБ, что в свою очередь, позволило расширить показания для хирургического лечения данной патологии.

**Выводы.** Лапароскопическая фундопликация по Ниссену является безопасной и высокоэффективной малоинвазивной антирефлюксной методикой в лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Необходимо шире внедрять данную методику в клиническую практику хирургических клиник республики.