

из 66 б-х (при лапароскопической - у 2 (4,9%), при «открытой» - у 3 (12,0%)). Послеоперационная дисфагия отмечена у 3 больных купирована 1-2 кратным бужированием пищевода. Рестенозы в ближайшие 2 года после бужирования выявлены у 11,5% (19/165) больных. В группе больных, перенесших фундопликацию, - у 7,6% (5/66); получавших только медикаментозную терапию – у 16,7% (14/84). После лапароскопической фундопликации – у 7,3% (3/41), после «открытой» у 8,0% (2/25).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лапароскопическая фундопликация – эффективное средство профилактики рестенозов после бужирования пептических стриктур пищевода, обеспечивающее восстановление антирефлюксного барьера. Считаем подобные вмешательства методом выбора в комплексном лечении больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненными пептическими стриктурами пищевода.

*Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Гукасян Э.А.,
Фролов А.В., Титов А.Г.*

ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского, Россия, agtitov@mail.ru*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка эффективности лапароскопической операции эзофагокардиомиотомии (Геллера) с различными вариантами фундопликации при лечении ахалазии кардии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: За 15 летний период из 147 операций Геллера больным ахалазией кардии лапароскопически выполнено 95 (64,6%) вмешательств. (М/Ж=29/47; ср. возраст – 56,3 лет). Конверсия была выполнена 3 больным (3,1% из 98 попыток лапароскопически выполнить операцию) - в анализ эти больные не включены. Во всех случаях выполнялась широкая мобилизация нижнегрудного отдела пищевода с восстановлением абдоминальной позиции, мобилизация кардии и дна желудка. Эзофагокардиомиотомия - на протяжении минимум 8 см. Фундопликация по оригинальной методике (неполная косая задне-боковая фундопликация по оригинальной методике (на 270°-320°) выполнена в 48,4% (46/95), по Дору - в 51,6% (49/95). В 8,4% (8/95) случаев были выполнены симультанные операции: 1 гастро-дуоденопластика, 7 холецистэктомий. Один больной был оперирован дважды – спустя 6 лет после первого вмешательства ему была выполнена релапароскопия, повторная эзофагокардиомиотомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Явления дисфагии I степени в отдаленном периоде наблюдались у 3 больных (3,2%) и не требовали специальных мероприятий. Рефлюкс-эзофагит через 6-12 мес - у 5,3% (5/95) б-х. Причем, у всех этих больных была

выполнена фундопликация по Дору. В группе больных с ахалазией кардии III ст дисфагии в отдаленном периоде не отмечено. У всех б-х (49/95) при ахалазии III-IV ст отмечено сокращение просвета пищевода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Операция Геллера является высокоэффективным методом лечения ахалазии кардии. Эзофагокардиомиотомию необходимо дополнять теми видами фундопликации, которые могут обеспечить клапанную функцию кардии, не вызывая дисфагии после операции. Косая неполная фундопликация на 270-320° - надежный метод профилактики гастроэзофагеального рефлюкса после операции Геллера.

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г., Шестаковская Е.Е.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского, Россия, agtitov@mail.ru*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка результатов пластики пищевода при сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. У 33,3% (71/213) больных с послеожоговыми стриктурами пищевода было сочетанное поражение желудка. У 56,3% (40/71) б-х проходимость пищевода восстановлена бужированием. 31 (43,7%) б-му выполнена эзофагопластика.

Одномоментно восстановление проходимости желудка и внутриплевральная эзофагогастропластика выполнена 9 больным из 31 (29,0%). В этих случаях выполнялась гастроэнтеростомия (2), гастро-дуоденопластика (2), пилоропластика (2) или продольное иссечение рубцово-измененной стенки желудка с поперечным его ушиванием. Затем «испорченный» желудок использовался для эзофагопластики доступом по Льюису (5) или по Гэрлоку(2), Ретростернальная шунтирующая пластика стеблем из антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка после его обномоментной резекции по Б-П (2). Многоэтапно оперировано 22 (71,0%) больных. На первом этапе – операции по восстановлению пассажа из желудка. Тонкокишечная эзофагопластика выполнена 1 больному, колоэзофагопластика - 6, гастропластика – 15. Внутриплевральный доступы применялись у 10 больных (Льюиса – 8, Гэрлока -2), загрудинное проведение трансплантата – у 8.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Осложнения отмечены у 6 больных (26,1%) – без достоверных различий в группах больных, оперированных одномоментно или многоэтапно. Летальность: 1 больной умер на 3 сутки после многоэтапной эзофагогастропластики от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка выбор методов восстановления их проходимости индивидуален с учетом