

неврологического, электрофизиологического исследований, а также биохимических и иммунологических показателей крови, характерных для ИВМ.

Результаты. В большинстве случаев вегетативно-эндокринные нарушения выражались в виде расстройства функции половых желез, которые имели место у 96 больных (37,6 %), в основном у женщин. Как правило, эти изменения проявлялись в нарушениях менструального цикла по типу дисменореи или аменореи. У 25 больных (9,8 %) имели место признаки дисфункции щитовидной железы в виде изменений по типу гипо- или гиперфункции. Ожирение адипозогенитального типа наблюдалось у 19 пациентов (7,5 %), по типу синдрома Иценко–Кушинга на фоне приема ГКС – у 8 больных (3,1 %). Не редко выявлялись эмоционально-личностные расстройства в виде астено-невротического синдрома с паническими атаками, тревожно-депрессивных состояний. У 16 пациентов (6,3 %) диагностированы сочетанные вегетативно-эндокринные расстройства.

Причинно-следственные связи между аутоиммунным процессом при ИВМ и нарушением функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой у этих пациентов в настоящее время не уточнены, и это является предметом дальнейших исследований.

*Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Шестаковская Е.Е.,
Титов А.Г., Подлесских М.Н.*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ

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

Цель исследования. Изучение эффективности эндоскопического бужирования с последующей лапароскопической фундопликацией при лечении пептических стриктур пищевода.

Материалы и методы. 186 б-х с пептическими стриктурами пищевода. Средний возраст - 52,6 лет. М/Ж =101/85. У 67% (124) выявлены аксиллярные грыжи ПОД, у 5% (9) – параэзофагеальные, кардиофундальные - у 3% (6).

В 11,3% (21/186) выполнена резекция пищевода. В 88,7% (165/186) – бужирование пищевода под эндоскопическим контролем. У 15 (8,1%) из 186 больных - дренирующие желудок операции (пилоропластика, гастродуоденостомия, гастроэнтеростомия дистальная резекция желудка). В 56,0% случаев (84/165) с целью профилактики ретенноза после бужирования проводилась только консервативная (в т.ч. антисекреторная) терапия. В 38,8% (66/165) случаев после бужирования пищевода была выполнена фундопликация: лапароскопическая –62,1% (41/66), «открытая» –37,9% (25\66). По Ниссену - 43, по Коллис-Ниссену – 2, по Тоупе - 10, частичная задне-боковая по собственной методике – 11.

Результаты. Осложнения после операции фундопликации выявлены у 5 (7,6%)

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