

УДК 616.329-007.43-089
DOI: 10.36979/1694-500X-2024-24-1-70-76

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Б.К. Осмоналиев, Ж.Т. Конурбаева, К.А. Ниязов, А.А. Касымов

Аннотация. Представлены результаты диагностики и хирургического лечения 31 пациента с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненными гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с применением современных лапароскопических технологий. После эндоскопического, рентгенологического методов обследования и применения международного опросника Gerd-Q (Gastro Esophageal Reflux Disease – ГЭРБ и Questionnaire – опросник) всем пациентам произведена операция в объеме круорографии и фундопликации по Ниссену. Учитывая недостатки при фундопликации по Ниссену, нами были усовершенствованы этапы и внедрен способ профилактики осложнений путем использования специального зонда, применяемого при лечении стриктур пищевода во время операции и обязательный «захват» пищеводно-диафрагмальной связки на передней стенке пищевода при формировании фундопликационной манжетки. Специфических осложнений, связанных с операцией, не отмечено. Летальных случаев не было. Пациенты после операции были выписаны из клиники с выздоровлением. Отдаленные результаты прослежены у 25 (80,6 %) пациентов в сроке от 6 месяцев до 3-х лет после операции. Результаты расценены как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; фундопликация по Ниссену; осложнения; лапароскопия.

ДИАФРАГМАНЫН КЫЗЫЛ ӨНГӨЧ ӨТҮҮЧҮ ТЕШИГИНДЕГИ ЧУРКУНУ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО УЧУРУНДАГЫ КАБЫЛДАП КЕТҮҮЛӨРДҮН АЛДЫН АЛУУ

Б.К. Осмоналиев, Ж.Т. Конурбаева, К.А. Ниязов, А.А. Касымов

Аннотация. Макалада заманбап лапароскопиялык технологияларды колдонуу менен гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу менен татаалдашкан диафрагманын кызыл өңгөч өтүүчү тешигиндеги чуркусу бар 31 бейтаптын дартын аныктоонун жана хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары көрсөтүлдү. Эндоскопиялык жана радиологиялык изилдөө ыкмаларынан жана эл аралык Gerd-Q анкетасынан кийин (Gastro Esophageal Reflux Disease – ГЭРБ жана Questionnaire – анкета) бардык бейтаптарга круорографиянын жана Ниссен фундопликациясынын көлөмүндө операция жасалды. Ниссен фундопликациясынын кемчиликтерин эске алып, операция учурунда кызыл өңгөчтү дарылоодо колдонулган атайын зондду колдонуу менен этаптарды өркүндөтүп, кабылдап кетүүлөрдүн алдын алуу ыкмасын жана фундопликация манжетин түзүүдө кызыл өңгөчтүн алдыңкы капталында кызыл өңгөч-диафрагмалык байламтаны милдеттүү түрдө «кармап туруучу» ыкманы киргиздик. Операцияга байланыштуу өтүшүп кетүү байкалган жок. Операциядан кийин бейтаптар айыгып, клиникадан чыгарылды. 25 (80,6 %) бейтапта операциядан кийин 6 айдан 3 жылга чейин узак мөөнөттүү жыйынтыктар байкалган. Жыйынтыктар жакшы деп бааланды, кароо учурунда алардын бардыгы өзүлөрүн канааттандырарлык сезишти.

Түйүндүү сөздөр: диафрагманын кызыл өңгөч өтүүчү тешигиндеги чуркусу; гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу; Ниссендин ыкмасы боюнча фундопликация; кабылдап кетүүлөр; лапароскопия.

PREVENTION OF COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC TREATMENT OF HEAT HERNIAS

B.K. Osmonaliev, Zh.T. Konurbaeva, K.A. Niyazov, A.A. Kasymov

Abstract. The article presents the results of diagnosis and surgical treatment of 31 patients with hiatal hernia complicated by gastroesophageal reflux disease using modern laparoscopic technologies. After endoscopic and radiological examination methods, and the use of the international questionnaire Gerd-Q (Gastro Esophageal Reflux Disease – GERD and Questionnaire), all patients underwent surgery involving crurorrhaphy and Nissen fundoplication. Taking into account the disadvantages of Nissen fundoplication, we have improved the stages and introduced a method for preventing complications by using a special probe used in the treatment of esophageal strictures during surgery and the obligatory “grab” of the esophageal-diaphragmatic ligament on the anterior wall of the esophagus during the formation of the fundoplication cuff. No specific complications associated with the operation were noted. There were no deaths. After the operation, the patients were discharged from the clinic with recovery. Long-term results were monitored in 25 (80,6 %) patients from 6 months to 3 years after surgery. The results were assessed as good; all of them felt satisfactory at the time of the examination.

Keywords: hiatal hernia; gastroesophageal reflux disease; Nissen fundoplication; complications; laparoscopy.

Илимий маалыматтарды карай турган болсок, акыркы жылдарда кызыл өңгөчтүн диафрагмасындагы чуркунун (КДЧ) менен ооругандардын саны өскөн. КДЧ ашказан-ичеги трактынын оорулары арасында холецистит, ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы сыяктуу оорулар менен катар, үчүнчү орунда турат. Бул патологиянын жыштыгы чоңдор арасында 20–30 %га чейин жетиши мүмкүн. КДЧнын клиникалык көрүнүшү бейтаптын жашоо сапатын кескин начарлатуучу жана активдүү дарылоону талап кылган гастроэзофагеалдык рефлюкс оорунун (ГЭРО) өнүгүшү менен байланышкан [1, 82-б.].

Гастроэзофагеалдык рефлюкс үчүн консервативдик терапиянын негизи катары протондук насосун ингибиторлорун (ПНИ) кеңири колдонуу адегенде, ГЭРО үчүн хирургиялык кийлигишүүлөрдүн санын кескин кыскартып, бейтаптардын 80 %дан ашыгына жакшы клиникалык эффект берген [2, 25-б.]. Бирок, клиникалык тажрыйбанын топтолушу менен, ГЭРО жана КДЧ менен байланышкан бейтаптарда консервативдик терапия натыйжасыз экендиги, ал эми кээ бир учурларда, дары-дармектерди орунсуз колдонгондордо рефлюкстун узакка созулушу оор кыйынчылыктарга алып келгени айкын болду [3]. Алар: бронх-өпкө жана кардиологиялык көрүнүштөр, кызыл өңгөчтүн ашказан жарасы, кан кетүү, Барреттин кызыл өңгөч жана кызыл өңгөчтүн аденокарциномасы [4].

Лапаротомиялык жана лапароскопиялык ыкмалар менен жасалган антирефлюкс операциялары ГЭРОну дарылоодо «алтын стандарт» болуп калды. Антирефлюкс ыкмалардын

курамында ГЭРОну хирургиялык дарылоонун 40тан ашык түрлөрү бар, алар ылдыйкы кызыл өңгөчтүн сфинктеринин функциясын калыбына келтирүүгө жана анын күчөп кетүүсүн болтурбоо үчүн гастроэзофагеалдык рефлюксту жок кылууга мүмкүндүк берет.

Ошол эле учурда, КДЧны хирургиялык дарылоонун ар кандай ыкмаларынын натыйжалары азыркы талаптарга толук жооп бербейт, 10–18 % оорунун күчөшү байкалат. Алардын ичинен рефлюкс рецидивдери операция болгон бейтаптарда 6 %дан 15 %га чейин, ал эми 3–6 % учурларда кайрадан операция жасоо зарылдыгы келип чыгат. Операция учурунда, андан кийин пайда болгон 17,2–37,5 %га жеткен оорунун өтүшүп кетүүсүнүн көп болгондугуна байланыштуу, ГЭРО менен татаалдашкан КДЧны хирургиялык дарылоонун канааттандырарлык эмес натыйжаларын көрсөткөн учурлар да бар [5].

Антирефлюкс хирургиясынын негизги ыкмасы, көпчүлүк хирургдардын айтымында, Ниссен ыкмасы бойдон калууда, анда 360° фундопликация манжети түзүлөт. Бирок бул ыкманын да бир катар кемчиликтери бар. Бул ыкмага байланыштуу эң көп кездешүүчү жана коркунучтуу өтүшүүгө алып келген – **дисфагия**. Ал – 29 %га чейин жетет, **газды толтуруу синдрому** (ашказанда газдын кармалышы) – 24 %га чейин, **фундопликация манжеттин медиастинага миграциясы** – 4 % жана **гастроэзофагеалдык рецидив рефлюксу** – 9 % [5].

Ошентип, бул патологиясы бар бейтаптарды дарылоо үчүн КДЧны коррекциялоодо

антирефлюкс ыкмаларынын көп жолдору пайда болгону менен, бирдиктүү мамиленин болбогондугун белгилей кетүү керек. ГЭБО менен татаалданган КДЧны хирургиялык дарылоодогу өтүшүп кетүүнүн алдын алуу ыкмасын пайдалануу – кызыл өңгөчтүн аденокарциномасынын пайда болуу коркунучун азайтуучу фактор.

Ниссен фундопликациясы үчүн антирефлюкс хирургиясынын этаптарын өркүндөтүү аркылуу ГЭРО менен татаалданган КДЧ менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Бул изилдөө 2020-жылдан 2023-жылга чейин «Кортекс» хирургиялык борборунда операция жасалган, ГЭРО менен татаалдашкан КДЧ дарты аныкталган 31 бейтапты камтыды. Бейтаптардын жаш курагы 31 жаштан 81 жашка чейин, орточо жашы $54 \pm 7,4$. 31 бейтаптын ичинен: 20сы (64,5 %) – аялдар, 11и (35,5 %) – эркектер.

КДЧнын клиникалык сүрөттөлүшү ГЭРОнун өнүгүшү менен байланышкан, ГЭРО диагнозу 2006-жылдагы эл аралык консенсуска ылайык (Монреаль, Канада) даттануулардын, клиникалык жана анамнестикалык маалыматтардын, GerdQ эл аралык анкетасынын, эндоскопиялык жана изилдөөнүн радиологиялык ыкмалары аркылуу коюлган.

Эзофагиттин эндоскопиялык сүрөтүн баалоо үчүн модификацияланган классификациялар: Savary – Miller (1977, 1989) жана Los Angeles классификациясы (1994, 1999) Olympus CV-180 Evis Exera II эндоскопунда колдонулду.

Савари – Миллер классификациясы негизинен эпителийдин бузулушунун тереңдигин чагылдырат, Лос-Анджелес классификациясы – эзофагитте эпителий зыяндын таралышын чагылдырат. Савари – Миллер боюнча II–III даражалар жана Лос-Анджелес классификациясы боюнча C-D стадиялары ГЭРОда патогномиялык болуп саналат. Бейтаптарды эндоскопиялык жол менен изилдөөлөрдүн маалыматтары 1-таблицада келтирилген.

Бейтаптар эл аралык GerdQ сурамжылоосун камтыган анкеталардын жыйынтыгы 2-таблица көрсөтүлгөн.

GerdQ боюнча, жыйынтыктар балл менен бааланган, эгерде анкетанын жыйынтыгы

боюнча баллдардын суммасы 8 же андан ашкан болсо, ГЭРО ыктымалдуулугу 80 %дан жогору болот. Биз маектешкен бейтаптарда GerdQ анкетасын колдонууда баллдар 8 жана андан жогорку көрсөткүчкө жеткен. Бул ГЭРОнун бар экендигинин баштапкы эндоскопиялык ырастоосу менен түшүндүрүлөт (3-таблица).

Эндоскопиялык текшерүү учурунда Губаревдин (Gastroesophageal flap valve – GEFV) гастроэзофагеалдык жапкыч клапаны Hill L.D (1996) классификациясы боюнча бааланган (4-таблица).

Эндоскопиялык изилдөөдө астыңкы кызыл өңгөчтүн сфинктерин кароо үчүн эндоскоптун учу ашказанга 180° бурулуп, ылдыйкы кызыл өңгөчтүн сфинктерин ылдыйдан көрүүгө мүмкүндүк берет. Жапкыч анын узундугуна жана эндоскопко туура келгенине жараша Iден 4кө чейин жабылат. Эндоскопия учурунда КДЧнын бар экендигине көңүл бурулуп, чуркуну жогорүтөмөн жана капталынан өлчөөлөр менен ченөө керек. Ошентип, I, II даражалар калыбынан өзгөрбөй тургандар катары бааланат, III, IV даражаларда өзгөрүү бар экендигин аныктайт. Текшерилген бейтаптардагы эндоскопиялык маалыматтар 5-таблицада келтирилген.

КДЧнын эндоскопиялык белгилери тастыкталгандан кийин, бейтаптар Тренделенбург абалында контраст (сульфат бария) менен рентгендик изилдөөгө жөнөтүлгөн. Барий сульфаты рентгенден кызыл өңгөчтүн, ашказандын чоңдугунун жана КДЧ анатомиялык мүнөздөмөлөрүнүн таасын анатомиялык баасын берет.

Хирургиялык дарылоонун көрсөткүчтөрү дароо каралган учурлар:

- жекече дарылоо, дары-дармектерди колдонуунун кайталанма курстарына жана жашоо абалын калыбына келтирүү боюнча бардык сунуштарды сактоого карабастан күтүлгөн натыйжаны берген жок;
- ГЭРО менен татаалдашкан КДЧ менен (мезгил-мезгили менен кан кетүү учурлары, эрозиялык-шишик жаралар, кызыл өңгөчтүн пептикалык стриктуралары, эпителийдин дисплазиясы менен Барреттин кызыл өңгөчүнүн жогорку өнүгүшү).

Таблица 1 – Эндоскопиялык изилдөөлөрдүн дарылоого чейинки натыйжалары

Белгилери	n = 31
Эрозиялык эзофагит	25
Эрозиялык эмес эзофагит	5
Барреттин оорусу	1

Таблица 2 – ГЭРО диагнозу үчүн Эл аралык GerdQ (2009) сурамжылоосу

Суроолор	0 күн	1 күн	2–3 күн	4–7 күндөр
Канчалык бат-баттан зарна болосуз?	0	1	2	3
Ашказандагы заттын (суюктук же тамак-аштын) кекиртегиңизге же оозуңузга келгенин канчалык көп сезесиз (реургитация)?	0	1	2	3
Сиздин ичиңиздин үстүнкү бөлүгү канчалык көп ооруйт?	3	2	1	0
Канчалык бат-баттан кускунуз келет?	3	2	1	0
Сизде зарна же реургитациядан улам уйкунун бузулушу канчалык көп болот?	0	1	2	3
Сиз зарна же реургитация үчүн дарыларды (антациддерди же дарыгер сунуштаган дарыларды) канчалык көп колдоносуз?	0	1	2	3

Таблица 3 – Дарылоо алдында эл аралык GerdQ анкета жыйынтыктары

Жыйынтыктар балл менен	n = 31
8	4
9	6
10	9
11	11
12	1

Таблица 4 – КДЧ аныктоо үчүн эндоскопиялык баалоо (Hill L.D., 1996)

Даража	Критерийлер
I	Эндоскоптун жанында ашказандын анча чоң эмес ийрилиги боюнча бүктөлмө бөлмө (клапан) аны бекем жаап турат
II	Бүктөлмө бөлмө да аныкталат, бирок эндоскоптун айланасындагы тешиктин ачылышы жана тез жабылуу мезгили байкалат
III	Бүктөлмө бөлмө көрүнбөйт жана эндоскоп кыртыштар тарабынан кысылган эмес, кызыл өңгөчтүн тешиги бар, анын огу параллелдүү болбойт, бирок көбүнчө ашказандын түбүнө жакын жылышуу менен азыраак ийриликке перпендикуляр болот
IV	Бүктөлүүчү бөлмө жок, кызыл өңгөчтүн люмени эндоскоптун жанында дайыма ачылып турат жана ашказандын эң жогорку бөлүгүндө жайгашкан, ал, эреже катары, диафрагманын бутчалары чектеп турган ашказандын бетинен жогору болот

Таблица 5 – КДЧ эндоскопиялык маалыматтар (Hill L.D. 1996) байкоо тобу

Даражасы	n = 31
I	-
II	-
III	27
IV	4

Четтетүү критерийлери бейтаптардын оор соматикалык абалы, акыркы учурдагы мээ кан тамырынын кескин айлануулары (инсульт) же курч миокард инфаркты (3 айга жетпеген убакыт мурун), бөйрөк же боордун иштешинин солгундоосу болгон.

Операцияга чейинки текшерүүгө лабораториялык (жалпы клиникалык жана биохимиялык анализдер, В, С вирустук гепатитинин белгилери, АИЖге, RW) жана инструменталдык (ЭКГ, көкүрөк рентгени, ички органдардын УДИси, кан тамырлардын доплери) текшерүү камтылган ыкмалары, анестезиолог тарабынан текшерүү кирет.

Ниссен лапаротомиясынын салттуу операциясына кеңири токтолуп, крурорафия менен фундопликациянын кереги жок, бул операция тууралуу илимий адабияттарда жана макалаларда кеңири, толук сүрөттөлгөн.

Төмөндө, лапароскопиялык кийлигишүүлөрдө биздин техниканын негизги этаптары жана айырмачылыктары боюнча токтолобуз. Операциялар эндотрахеалдык наркоз астында жасалды, 4 троакар орнотулду: эки 10мм киндик жана сол кабырганын алдына жана эки 5 мм эпигастрий оң кабырганын алдына, пневмоперитонеум түзүү 8–12 мм сымап. мм.

Иш учурунда, стандарттуу, чачкындуу түрдөгү 5 троакар түзүлүшүн орнотуудан баш тартууну сунуш кылдык, бул сол гипохондриядагы эки троакардын бири бирине тоскоол болушуна алып келет жана бир эле убакта коагуляция жана диссекция мүмкүнчүлүгү бар заманбап УДИ скальпелди колдонууга шарт түзөт. Демек, 5 трокарды орнотуунун зарылдыгын жок кылат (1-сүрөт). Ич көңдөйүн лапароскоп менен кароодон кийин бейтап 30-45° менен Фаулер тибиндеги абалга которула алды (2-сүрөт). Боордун сол бөлүгү, боордун сол үч бурчтуу байламтасын кеспестен өйдө карай тартылды, бул боордук ретракторду жасоого жана “калканыч” туннелдин түрүн түзүп, хирургиялык кийлигишүү зонасында жакшы көрүнүштү түзүүгө мүмкүндүк берет (3-сүрөт). Боордун сол бөлүгүнүн үч бурчтуу байламтасын кескенде боордун сол бөлүгүнүн мезгил-мезгили менен саландап калышы операция учурунда тоскоолдук жаратат, ал эми сол үч

бурчтук байламтасын кескенде кан кетүү коркунучу күчөйт.

Андан кийин диафрагманын оң жана сол «буттарын» тандоо менен боор-кызыл өңгөчтүн, диафрагма-жүрөк, диафрагма-кызыл өңгөчтүн байламталары кесилди, мобилизациялангандан кийин диафрагма «буттарынын» ортосунда диастаз бар экендиги аныкталган, ал эми кызыл өңгөчтүн абдоминалдык бөлүгү, ашказандын кардиасы жана түбү арткы көкүрөк жакта жайгашканын байкайбыз.

Гис бурчунун аймагында кызыл өңгөч-ашказан кошулуусу мобилизацияланып, кызыл өңгөчтүн абдоминалдык бөлүгү (ал сөзсүз мобилизацияланган), кардия жана арткы көкүрөккө жылып кеткен ашказан түбү түшүрүлгөн. Кызыл өңгөч тартылуу үчүн кармагычка алынган, дорсалдык крурорафия жасалган, диафрагманын «буттары» 1–2 жолу тигилет же 8-өңдүү тигиш (өзү сиңип кетүүчү эмес тигиш материалы) менен диафрагманын буттардын ортосундагы сүйрү тешиги тигилди.

Андан кийин ашказан түбүнүн дубалынан бүктөмдү түзүү аркылуу кызыл өңгөчтүн алдыңкы бетиндеги диафрагма кызыл өңгөчтүн байламтасынын калган бөлүктөрүн тигишке кармап, Ниссен фундапликациясы жасалды. Фундапликация бүктөмүнүн жылып кетишин жана кызыл өңгөчтүн булчуң катмарындагы тигишти кармап алуу учурларында тобекелчилик абалы пайда болот. Бул өзгөчө улуу курактагы оорулуулардан кызыл өңгөчтү тешип кетүү коркунучун пайда кылат (4-сүрөт).

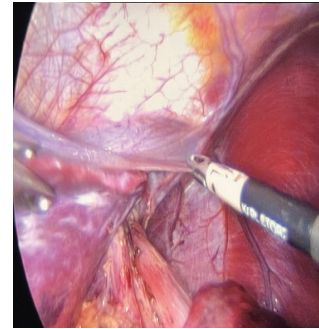
Анестезиолог фундапликациядан мурун, ашказанга атайын калың буж киргизет, анын диаметри F-32-36 жана кызыл өңгөчтүн стриктурасын бужирование үчүн колдонулат же операциядан кийинки дисфагиянын алдын алуу үчүн зондду киргизет (5-сүрөт). Операция учурунда кызыл өңгөч менен крурорафия жеринин ортосундагы диафрагманын кызыл өңгөчүнүн ачылышы текшерилет, ал диаметри 5 мм болгон лапароскопиялык аспап менен эркин өтүшү керек, ал эми фундапликациялык манжети текшерүүдөн өтүп, ал дагы 5 мм аспапты эркин өткөрөт. Сол боор астындагы мейкиндик сол гипохондриядагы порт аркылуу кургатылат, десуфляция, териге тигиш болот.



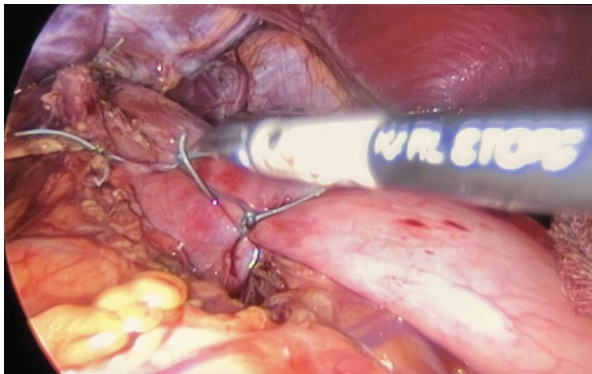
1-сүрөт – Операциянын жүрүшү. Лапароскопиялык операция учурунда троакарлардын жайгашуусу (өздүк байкоо)



2-сүрөт – Операциянын жүрүшү. Кардиоэзофагеа-лдык зонада троакарлардын жайгашуусу жана мобилизация (өздүк байкоо)



3-сүрөт – Операциянын жүрүшү. Боордун сол үч бурчтук байламы (инструмент менен көрсөтүлгөн) кесилген эмес (өздүк байкоо)



4-сүрөт – Операция учуру алдыңкы жана арткы круорофия, Ниссен фундопликациясы. Кызыл өңгөчтө өзгөчө бужу бар (өздүк байкоо)



5-сүрөт – Операция учурунда татаалданууну алдын алуу үчүн колдонулган атайын бужу-зонд

Жыйынтыктар. Орточо эсеп менен операциялардын узактыгы $90,6 \pm 12,4$ мүнөттү түздү. Орточо керебет күн – $3,6 \pm 1,4$ күн. Операциядан кийин 5–6 сааттан кийин бейтаптар активдешип, энтералдык тамактанууга өткөн. Операция учурунда жана операциядан кийинки алгачкы мезгилде операцияга байланыштуу өзгөчө татаалдыктар болгон эмес. Өлүм катталган жок.

Кургатуучу түтүктөр операциядан 2–3 күндөн, УДИ көзөмөлүнөн кийин алынып салынды. 1 (3,2 %) бейтапта дисфагия байкалып, бужу менен эки ирет колдонгондон кийин токтогон. Операциядан кийинки 6 айдан 3 жылга чейинки аралыкта көзөмөлдө болуп, 25 (80,6 %) бейтапта узак мөөнөттүү жакшы натыйжалар байкалды. Натыйжалар «жакшы» деп бааланган (6–7-таблицаларда) учурда бардык бейтаптар өздөрүн канааттандырарлык сезишкен, зарна,

көкүрөктүн оорушу, кекиртек, оозго келген ачуу даам, дисфагия болуп жатканын айтышкан эмес.

Таблица 6 – Дарылоодон кийин эл аралык GerdQ анкетасынын натыйжалары

Жыйынтыктар балл менен	n = 31
6	24
7	7
8	-
9	-
10	-

Таблица 7 – Дарылоодон кийин эндоскопиянын жыйынтыгы

Белгилери	n = 31
Эрозиялык эзофагит	-
Эрозиялык эмес эзофагит	4
Барреттин тамак түтүгү	-

Талкуу. Ата мекендик жана чет элдик авторлордун маалыматтары боюнча, операция учурунда крурофия этабы кызыл өңгөчтүн кардиалдык бөлүгүнүн, кардия жана ашказандын өйдөнкү бөлүгүнүн жылышына жол бербейт, КДЧ даарылайт. Ниссен фундопликациясы ГЭРО негизги себебин жок кылат, оорунун кайталануу коркунучун азайтат, ППИлерди дарыларын узак мөөнөткө колдонуу жана кызыл өңгөчтүн аденокарциномасынын пайда болуу коркунучун азайтат.

Хирургиялык дарылоо боюнча биздин кичинекей клиникалык тажрыйбабыз ишенимдүү статистикалык маалыматтарды берүүгө мүмкүндүк бербейт, бирок ал кызыл өңгөчтүн алдыңкы бетиндеги диафрагма-кызыл өңгөч байламталарын камтыган тигиш тобокелчиликти жок кылуу менен Ниссен фундопликация этаптарын жакшыртуу экенин көрсөтүп турат. Тигиш фундопликациялык манжеттерди чагаштыруу коркунучун азайтат, ошону менен ГЭРОнун кайталануу коркунучун азайтат, ошондой эле операция учурунда кызыл өңгөчтүн стриктурасын бужирование үчүн колдонулган атайын калың бужу же кызыл өңгөчтүн зонддун колдонуу (F-32-36), операциядан кийинки дисфагияны алдын алуу үчүн жакшы чара болуп саналат (рацпредложение № 2/19-20 от 27.09.19 г. КГМА им. И.К. Ахунбаева. Способ профилактики осложнений в антирефлюксной хирургии при патологии кардиоэзофагеальной зоны).

Корутунду. Ошентип, клиникалык топто алынган жакшы натыйжалар, бейтаптардын жашоо сапатынын жакшырышы ГЭРО менен татаалдашкан КДЧны дарылоодо кыйынчылыктарды алдын алуу үчүн биз тандап алган ыкманы

актайт. ГЭРО менен татаалданган КДЧны дарылоонун ар кандай ыкмалары сунушталганына карабастан, дарылоонун жаңы этаптарын издөө жана ишке ашыруу актуалдуу жана андан ары изилдөөгө муктаж.

Поступила: 25.09.23; рецензирована: 26.09.23;
принята: 02.10.23.

Колдонулган адабияттар

1. *Пучков К.В.* Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов. URL:<https://www.mmbook.ru/catalog/hirurgija/surgeryo/102034-detail> (кайрылуу датасы: 19.08.2023).
2. *Зябрева И.А.* Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: спорные, нерешенные и перспективные аспекты проблемы (обзор литературы) / И.А. Зябрева, Т.Е. Джулай // Верхневолжский медицинский журнал. 2015; 14 (4): 24–28.
3. *Shan C.-X., Zhang W., Zheng X.-M. Jiang D.-Z.* Evidence-based appraisal in laparoscopic Nissen and Toupet fundoplication for gastroesophageal reflux disease. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2890948/> (кайрылуу датасы: 21.08.2023).
4. *Gyawali C.P., Kahrilas P.J., Savarino E., Zerbib F., Mion F., Smout A.J. PM, Vaezi M., Sifrim D., Fox M.R., Vela M.F., Tutuian R., Tack J., Bredenoord A.J., Pandolfino J., Roman S.* Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29437910/> (кайрылуу датасы: 10.09.2023).
5. *Волчкова И.С.* Современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.С. Волчкова, О.Б. Оспанов. URL:<https://science-education.ru/ru/article/view?id=26303> (кайрылуу датасы: 01.09.2023).