

хорошие результаты лечения, в дополнительном медикаментозном лечении пациенты не нуждались, признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или недостаточности кардиального жома при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании не отмечено.

Таким образом, результаты проведенной работы показали, что больные с симптомами заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта и органов гепатопанкреатодуоденальной зоны всегда должны быть комплексно обследованы с применением современных информативных методов. При выявлении данных заболеваний показано проведение симультанных вмешательств с использованием эндовидеохирургических технологий.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ КОРРЕКЦИИ

ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА ПО ТЕХНОЛОГИИ N.O.E.S.

Фёдоров А.В.¹, Сажин А.В.², Старков Ю.Г.¹, Солодонина Е.Н.¹, Сажин В.П.³,

1) НИИ хирургии им А.В. Вишневского, 2) Кафедра общей хирургии педиатрического факультета РГМУ, 3) МУЗ «Новомосковская городская клиническая больница», 4) ГКБ №4 ДЗ
г. Москва, г. Новомосковск

В работе предсавлены результаты 4 транслюминальных операций по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Известно, что решающую роль в возникновении гастро-эзофагеального рефлюкса играет дисфункция пищеводно-желудочного клапана. Большинство разработанных хирургических методик направлено на воссоздание замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода. Важным аспектом эндоскопической хирургии через естественные отверстия (N.O.T.E.S.) являются трансгастральные вмешательства, в частности коррекция пищеводно-желудочного перехода. В мировой литературе (по состоянию на июнь 2008 г.) сообщено о 450 таких операциях.

В 2008 г было выполнено 4 внутрипросветные фундопликации с использованием системы EsophyX™. Все пациенты были женского пола, в возрасте от 38 до 53 лет. Больные отмечали симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни длительное время (свыше 3 лет), у всех пациенток рентгенологически подтверждалось наличие диафрагмальной грыжи не более 4 см в диаметре. Показанием к операции служило отсутствие эффекта от медикаментозной терапии блокаторами протоновой помпы в течение года. Процедура выполнялась под тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ в положении больного на левом боку. Система EsophyX™ вводилась в желудок на видеогастроскопе. По большой кривизне, сразу ниже Z-линии формировалась складка слизистой пищеводно-желудочного перехода, которая прошивалась Н-образными скобками. Данная процедура выполнялась поэтапно по всей

большой кривизне с переходом на переднюю и заднюю стенки желудка, таким образом, создавалась складка от 180 до 270 градусов, длинной до 4 см. Клипсы накладывались в два ряда, производилось от 14 до 18 прошиваний.

Интраоперационных осложнений не отмечено. Кровопотеря не превышала 20-30 мл. Среднее время операций составило 112 мин. Больные активизировались в день операции, на 1-е сутки приступали к кормлению жидкой пищей. У одной пациентки в послеоперационном периоде развилась левосторонняя нижнедолевая пневмония. Послеоперационный койко-день составил 9,3, однако, у 3 больных необходимость стационарного пребывания диктовалась исключительно научными интересами.

Сроки наблюдения составляют 7 месяцев. Симптомов рефлюкса не отмечает ни одна пациентка, от медикаментозной терапии отказались. На ЭГДС сохраняется созданная складка желудочно-пищеводного перехода, симптомы рефлюкс-эзофагита отсутствуют.

Таким образом, методика является адекватным способом устранения гастроэзофагеального рефлюкса, занимая промежуточное положение между медикаментозной терапией и лапароскопической операцией.

ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА - САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРИИ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ, МНОГОЦЕНТРОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (446 ПАЦИЕНТОВ)

Шазеле Кирилл, Франция

Цель исследования:

Продольная резекция желудка является технически полноценной операцией для пациентов с морбидным ожирением. Полученные результаты позволяют предположить, что данная операция (метод лечения) станет методом выбора у данной категории пациентов. Цель исследования: анализ результатов ретроспективного, многоцентрового исследования.

Материалы и методы исследования:

У 75% пациентов продольная резекция желудка была проведена как единственный метод лечения, а у 25% - после неэффективности бандажирования желудка. Группу обследования - 446 пациентов (из них 372 женщины и 74 мужчины). Средний вес пациентов до оперативного лечения составлял 127 кг. У 141 пациента индекс массы тела до операции был больше 50, а у 305 пациентов индекс массы тела - от 35 до 50.

Результаты

Осложнения:

В интра- и послеоперационном периоде а также за время наблюдения в