



УДК 616.329: 616.26–007.43–089

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-202-6-127-130>

## К вопросу о хирургической коррекции эвакуаторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Галимов О. В., Ханов В. О., Сатаев В. У., Сайфуллин Р. Р., Бакиров М. Р., Галимов Д. О.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Ленина, д. 3, г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия, 450008

**Для цитирования:** Галимов О. В., Ханов В. О., Сатаев В. У., Сайфуллин Р. Р., Бакиров М. Р., Галимов Д. О. К вопросу о хирургической коррекции эвакуаторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;202(6): 127–130. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-202-6-127-130

✉ Для переписки:

**Ханов**

**Владислав Олегович**

[khanovv@mail.ru](mailto:khanovv@mail.ru)

**Галимов Олег Владимирович**, заведующий кафедрой хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, профессор, д.м.н.

**Ханов Владислав Олегович**, кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, профессор, д.м.н.

**Сатаев Валерий Уралович**, кафедра детской хирургии с курсом ИДПО, профессор, д.м.н.

**Сайфуллин Рустам Рашитович**, кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, ассистент

**Бакиров Марат Равилович**, кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, аспирант

**Галимов Дмитрий Олегович**, студент

### Резюме

**Цель исследования.** Изучить возможности применения видеоэндоскопических технологий в хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы и оценить отдаленные результаты.

**Материалы и методы.** Обследовано 52 пациента, которым выполнялась лапароскопическая коррекция грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

**Результаты.** Отличные и хорошие результаты получены у 31 пациента (73,8%), группу с относительно-удовлетворительными результатами лечения составили 2 (4,8%) больных и неудовлетворительный результат отмечен у 9 (21,4%) больных.

**Ключевые слова:** грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, видеоэндоскопия.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: MRKVUU



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-202-6-127-130>

## To the question of surgical correction of evacuatory disturbances of the upper departments of the gastrointestinal tract

O. V. Galimov, V. O. Khanov, V. U. Sataev, R. R. Saifullin, M. R. Bakirov, D. O. Galimov

Public budgetary educational institution of higher education "Bashkir State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russia, 3, Lenina str., Ufa, 450008, Russian Federation

**For citation:** Galimov O. V., Khanov V. O., Sataev V. U., Saifullin R. R., Bakirov M. R., Galimov D. O. To the question of surgical correction of evacuatory disturbances of the upper departments of the gastrointestinal tract. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;202(6): 127–130. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-202-6-127-130

✉ *Corresponding author:*

**Vladislav O. Khanov**  
[khanovv@mail.ru](mailto:khanovv@mail.ru)

**Oleg V. Galimov**, Head of the Department of Surgical Diseases and New Technologies with a course of Institute of Additional Professional Education (IAPE), Professor, MD; ORCID: 0000-0003-4832-1682

**Vladislav O. Khanov**, Department of Surgical Diseases and New Technologies with a course of IAPE, Professor, MD; ORCID: 0000-0002-1880-0968

**Valerii U. Sataev**, Department of Pediatric Surgery with course of IAPE, Professor, MD

**Rustam R. Saifullin**, Department of Surgical Diseases and New Technologies with a course of IAPE, assistant; ORCID: 0000-0003-1199-8630

**Marat R. Bakirov**, Department of Surgical Diseases and New Technologies with a course of IAPE, postgraduate; ORCID: 0000-0002-4292-1831

**Dmitrii O. Galimov**, Department of Surgical Diseases and New Technologies with a course of IAPE, student; ORCID: 0000-0002-2228-3756

### Summary

**Aim.** To study the possibilities of using video endoscopic technologies in the surgical treatment of hiatal hernia and evaluate long-term results.

**Materials and methods.** 52 patients who underwent laparoscopic correction of hiatal hernia were examined.

**Results.** Excellent and good results were obtained in 31 patients (73,8%), a group with satisfactory treatment results were 2 (4,8%) patients, and an unsatisfactory result was observed in 9 (21,4%) patients.

**Keywords:** hiatal hernia, video endoscopy

**Conflict of interest.** Authors declare no conflict of interest.

### Актуальность

На сегодня не существует унифицированной терминологии и единых тактических подходов к лечению эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта. Большинство авторов к указанным патологическим состояниям относят кардиоспазм, рефлюкс-эзофагит (РЭ), гастро и дуоденостаз (ГДС), причем нередко указанные синдромы могут сочетаться друг с другом. В подавляющем большинстве случаев лечением этой категории больных занимаются терапевты, гастроэнтерологи. Проводимая пациентам антирефлюксная терапия зачастую носит лишь симптоматический характер, в результате чего рецидивы симптомов гастроэзофагеального рефлюкса возникает практически у 50% больных через полгода после прекращения консервативного лечения, и у 90% – спустя год [1,2]. Следует

отметить, что проводимые в последующем курсы антирефлюксной терапии становятся неэффективными, что в конечном итоге, приводит к позднему обращению пациентов, зачастую уже имеющих осложненное течение заболевания. Единственный способ, позволяющий восстановить функцию кардиального сфинктера и, следовательно, устранить гастроэзофагеальный рефлюкс, – выполнение антирефлюксной операции.

Развитие медицинской техники способствовало разработке новых способов диагностики, а появление новых медицинских препаратов для улучшения лечения пациентов с РЭ и ГДС [2, 3, 4]. Разработка и появление большого количества оперативных методик по коррекции РЭ и ГДС так и не привели к выработке единой тактики в хирургическом лечении этой патологии. Это связано

с неудовлетворительными результатами как в ближайший, так и в отдаленном послеоперационном периоде [5, 6, 7]. При обсуждении современных методов хирургической коррекции РЭ во главу угла ставится, прежде всего, восстановление функционального состояния пищеводно-желудочного перехода создание антирефлюксного барьера. Повысить

эффективность антирефлюксных вмешательств позволило широкое внедрение видеоэндоскопических технологий [8, 9].

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы с клиническими проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

## Материал и методы исследования

Совершенствуется миниинвазивная хирургическая техника, появляются новые девайсы (роботические устройства и др.), но результаты лечения не меняются. С выздоровлением в условиях фаст-трек хирургии их выписывают на 2–4 сутки, но позже значительная часть из них оказывается в числе неудовлетворенных результатами и снова обращаются к хирургам (как правило теперь уже другим), дополняя группу пациентов с неэффективной терапией эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта. На наш взгляд, особенно сейчас в условиях коммерциализации медицины очень строго нужно подходить к определению показаний к хирургическому лечению функциональных заболеваний. Дооперационное обследование должно быть очень глубоким и включать функциональные тесты. И главное, должен быть налажен психологический контакт с пациентом, с возможным привлечением для этого профессионального психолога.

Мы проанализировали результаты хирургической коррекции эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта в клинике хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО БГМУ за последние пять лет у 52 пациентов. В 45 наблюдениях выставлен диагноз РЭ (без хиатальной грыжи), ГДС – у 6, кардиоспазм – 1. Женщин было 43, мужчин – 9. Средний возраст составил 49,5±2,5 лет. Клинический симптомокомплекс включал боль, чувство тяжести, вздутие в эпигастриальной области или справа от пупка, изжогу, отрыжку воздухом, рвоту желчью или пищей, съеденной накануне, неустойчивый стул, понижение аппетита. Для инструментальной диагностики использовали рентгеноконтрастное исследование желудка и дуоденума с функциональными пробами, эхографический скрининг органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, селективную ангиографию верхней брыжеечной артерии. Все пациенты консультированы клиническим психологом.

## Результаты исследования и их обсуждение

Пациентам выполнялась видеоэндоскопическая коррекция РЭ фундопликацией по Ниссену. Как свидетельствуют наши наблюдения, многие осложнения операций по коррекции РЭ связаны с недостаточным или избыточным сужением пищеводного отверстия. В эндохирургии важное значение имеет точное определение размера анатомических структур, что позволяет верно подбирать необходимые размеры инструментов, протезирующих материалов, выбирать дальнейшую тактику оперативного вмешательства [2]. Например, определение размера пищеводного отверстия диафрагмы имеет значение для выбора метода крурорафии или определения необходимого размера импланта для закрытия дефекта. С учетом оптических свойств видеосистемы (лапароскоп – видеокамера – монитор), в зависимости от расстояния от лапароскопа до объекта и угла зрения – размеры анатомических структур на мониторе определяются «зрительно» – соизмеряя и сравнивая их с размером эндохирургического инструмента на экране монитора (например, с размером бранш диссектора или размером клипсы). Очевидно, что субъективная оценка сравниваемых размеров, «оптические» искажения не могут отражать истинные размеры анатомических структур. Нами предложено устройство для измерения пищеводного отверстия диафрагмы (Патент РФ на изобретение № 2088158). Использование устройства хорошо зарекомендовало себя в клинической практике и на сегодняшний

день является обязательным при выполнении операции по поводу РЭ. При ГДС рассечение связки Трейтца и низведение дуоденоэоянального угла, в случае кардиоспазма выполнена эзофагокардиомиотомия с гемифундопликацией по Дор.

Результаты лечения в сроки от 3 до 8 месяцев после операции проанализированы у 42 (80,8%) пациентов, прооперированных в клинике БГМУ. Оценку проводили по пятибалльной системе на основании данных клинко-инструментального обследования. Результат считали отличным, когда полностью отсутствовала клиническая картина заболевания. Хорошие результаты характеризовались тем, что больные предъявляли какие-либо жалобы на периодически возникающие симптомы желудочного дискомфорта и расстройства пищеварения легкой степени, но при контрольном обследовании патологических изменений со стороны органов брюшной полости у них не выявлялось. Отличные и хорошие результаты получены у 31 пациентов (73,8%), все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в приеме медикаментов. В ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов отмечено исчезновение изжоги, отрыжки. Ранее возникающие боли не рецидивировали. Следует отметить, что в эту группу вошли все пациенты после робот-ассистированной фундопликации.

Группу с относительно-удовлетворительными результатами лечения составили 2 (4,8%) больных, которые после проведенных

медико-реабилитационных мероприятий отмечали улучшение состояния, но у которых оставались или возникли после операции те или иные нарушения, подтвержденные объективными методами исследования, не требующие стационарного или интенсивного амбулаторного лечения. Указанные нарушения не оказывали существенного влияния на трудоспособность, восстановленную после операции.

Неудовлетворительный результат отмечен у 9 (21,4%) больных, у которых операция не принесла существенного улучшения самочувствия.

## Выводы

Таким образом, в условиях реформирования системы здравоохранения, повсеместного внедрения и совершенствования минимальноинвазивных технологий отбор больных на антирефлюксную операцию при РЭ и ГДС должен вестись по строгим показаниям, основанным на данных комплексного клинико-инструментального обследования. Лапароскопические операции при лечении больных РЭ и ГДС являются операциями выбора, способствуют уменьшению числа осложнений, улучшению результатов лечения.

## Литература | References

1. Ratchik V., Prolom N., Shevchenko B., Babiy A. and Burenko, A. The Experience of Surgical Treatment of Hiatal Hernia With Laparoscopic Access. *GASTROENTEROLOGY*. 2021, vol. 51, no. 3, pp. 171–5, doi:10.22141/2308–2097.51.3.2017.112632.  
Ратчик В. М., Пролом Н. В., Шевченко Б. Ф., Бабий А. М., Буренко А. Н. Опыт хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы лапароскопическим доступом. *Гастроэнтерология* 2017; 51: 171–5. doi: 10.22141/2308–2097.51.3.2017.112632.
2. Galimov O. V., Khanov V. O., Ziangirov R. A., Saifulin R. R. [Criteria for choosing a method for correcting hiatal hernias]. *Materials of the XII Congress of Surgeons of Russia, Rostov-na-Donu – 2015. Almanac of the Institute of Surgery A. V. Vishnevsky*. 2015; 2: 211–212. (In Russ.)  
Галимов О. В., Ханов В. О., Зиангиров Р. А., Сайфуллин Р. Р. Критерии выбора способа коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы. *Материалы XII съезда хирургов России, Ростов-на-Дону – 2015. Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского*. 2015; 2: 211–212.
3. Fuchs K. H., Babic B., Breithaupt W., et al. EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease. *Surg. Endosc.* 2014 Jun;28(6):1753–73. doi: 10.1007/s00464–014–3431-z.
4. Chernousov A. F., Khorobrykh T. V., Vetshev F. P. Repeated antireflux operations. *Herald of surgical gastroenterology*. 2014; 1–2: 5–15. (In Russ.)  
Черноусов А. Ф., Хоробрых Т. В., Ветшев Ф. П. Ошибки и осложнения антирефлюксной хирургии. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2014; 1–2: 5–15.
5. Makdisi G., et al. Laparoscopic repair for failed antireflux procedures. *The Annals of thoracic surgery*. 2014; 98(4): 1261–1266. doi: 10.1016/j.athoracsur.2014.05.036.
6. Cherkasov D. M., Cherkasov M. F., Tatyanchenko V. K., Startsev Yu. M., Melikova S. G., Galashokyan K. M. The original method of surgical treatment of large and giant hiatal hernia. *Clin. Experiment. Surg. Petrovsky J.* 2018; 6 (2): 26–31. (In Russ.) doi: 10.24411/2308–1198–2018–12003.  
Черкасов Д. М., Черкасов М. Ф., Татьяначенко В. К., Старцев Ю. М., Меликова С. Г., Галашокян К. М. Оригинальный способ хирургического лечения больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы. *Клин. и эксперимент. хир. Журн. им. акад. Б. В. Петровского*. 2018; 6(2): 26–31. doi: 10.24411/2308–1198–2018–12003.
7. Fedorov I. V., Malkov I. S., Dubrovin V. N. Laparoscopic surgery, gynecology and urology. Kazan. exemplary Printing House. 2016. 432 P. (In Russ.)  
Федоров И. В., Малков И. С., Дубровин В. Н. Лапароскопическая хирургия, гинекология и урология: прак. рук. Казань; Образцовая типография; 2016; 432.
8. Antonakis F., Kockerling F., Kallinowski F. Functional results after repair of large hiatal hernia by use of a biologic mesh. *Front Surg.* 2016; 3: 16. doi: 10.3389/fsurg.2016.00016.
9. Arévalo C., Luna R. D., Luna-Jaspe C. A., et al. Literature review: a surgeon's view of recurrent hiatal hernia. *Rev Col Gastroenterol* 2015; 30 (4): 443–451. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120–99572015000400008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120–99572015000400008&lng=en).