

**Методика повної інвагінаційної фундоплікації при лікуванні хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, ускладнену стравоходом Барретта**  
**Крошук В. В., Мясоєдов С. Д., Кондратенко П. М.**  
**Науковий керівник – д-р мед.наук, професор Мясоєдов С.Д.**  
**Інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова**  
**Академії медичних наук України, м.Київ**

Розроблена антирефлюксна операція повної інвагінаційної фундоплікації, що виконується у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, у яких залишається незмінним діаметр стравохідно-шлункового переходу. Традиційній антирефлюксній операції повної фундоплікації за Донах'ю, що вважається методикою вибору при вказаній патології, властиві ускладнення ранньою післяопераційною дисфагією у 28-34% хворих та персистуючим постфундоплікаційним синдромом – у 5-11%. Ці ускладнення є безпосередніми наслідками операції, небажаним стороннім ефектом створення антирефлюксного механізму шляхом, зокрема, звуження просвіту стравохідно-шлункового переходу з використанням калібруючих горизонтальних шлунково-стравохідно-шлункових швів. Вони є особливо частими та виразними у хворих з нерозширеним отвором стравохідно-шлункового переходу. Задля подолання вказаних значних вад традиційної методики нами запропонована методика фундоплікації, що виконується проведенням мобілізації дна шлунка, дистальних 4 см стравоходу, кардії та субкардії, накладанням серозно-м'язових П-подібних швів полозкового типу із пришиванням циркулярно стравоходу на 3–4 см проксимальніше рівня анатомічного стравохідно-шлункового переходу до субкардії та дна шлунка. Таким чином, утворюється інвагінація дистального відрізка стравоходу до проксимального відділу шлунка. Конструювання повної фундоплікації завершували зшиванням між собою сформованих повностінних складок дна шлунка спереду від стравоходу. Принциповою відмінністю техніки виконання запропонованої методики стало використання виключно вертикальних шлунково-стравохідних швів, що запобігали деформації збереженого природного просвіту стравохідно-шлункового переходу, на противагу горизонтальним швам, що накладають при формуванні фундоплікації за Донах'ю, звужуючи при цьому просвіт перехідної області між шлунком та стравоходом. Вказані особливості запропонованої методики були суттєвими для створення надійного антирефлюксного механізму в області стравохідно-шлункового переходу, досягнення стійкої стабілізації конструкції фундоплікаційної манжети у 14 прооперованих пацієнтів з ускладненою гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою. В них досягли клінічного видужання, підтвердженого даними багатогодинної рН-метрії стравоходу про елімінацію патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу за критеріями Дімістера, ендоскопії з біопсією – про зворотній розвиток ознак рефлюкс-езофагіту і барреттівської метаплазії та езофагоманометрії методом відкритого катетера – про відновлення області підвищеного тиску у просвіті дистального відрізка стравоходу до 12-20 мм рт ст.

Диференційоване використання методики повної інвагінаційної фундоплікації у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, у яких є незмінним діаметр стравохідно-шлункового переходу, забезпечує досягнення в них повторюваного антирефлюксного лікувального ефекту, адекватно виразного за головними клініко-лабораторними ознаками, що попереджує розвиток ранньої післяопераційної дисфагії та хронічного постфундоплікаційного синдрому, властивих альтернативній операції за методикою Донах'ю.