

# Повторные антирефлюксные операции

**А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, Ф. П. Ветшев**

*Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова” (заведующий – академик РАМН А. Ф. Черноусов)*

А. Ф. Черноусов – академик РАМН, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”; Т. В. Хоробрых – профессор кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”; Ф. П. Ветшев – канд. мед. наук, врач-хирург университетской клинической больницы №1 ГОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”.

В статье проанализировано многообразие причин неудач и осложнений антирефлюксных операций. Представлен собственный опыт повторных операций 15 больных. Показано, что для предотвращения развития осложнений перед первой операцией по поводу рефлюкс-эзофагита и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) необходимо учитывать степень укорочения, тяжесть воспалительных и склеротических изменений в пищеводе, функциональный резерв пропульсивной моторики органа. Обоснована также необходимость проведения хирургического лечения этого контингента больных в специализированных стационарах.

**Ключевые слова:** повторные антирефлюксные вмешательства, неудачи антирефлюксной хирургии.

## Введение

Антирефлюксная операция в настоящее время наиболее частое оперативное вмешательство на пищеводе, что отражает превалирование рефлюкс-эзофагита (РЭ) и его осложнений в ряду гастроэнтерологических заболеваний среди населения высокоразвитых стран [6–8, 19, 34, 37]. Вопросам хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и РЭ посвящено большое число работ [1, 5, 7, 12, 15, 19, 34, 37, 48, 58, 62], авторы которых сходятся во взглядах по двум вопросам: 1) показанием к операции является тяжелый РЭ, не поддающийся консервативному лечению, или его осложнения; 2) операция должна заключаться в создании надежного антирефлюксного клапана на уровне пищеводно-желудочного перехода.

За последние 60 лет в результате интенсивного изучения этой проблемы были разработаны основные методологические и технические подходы к антирефлюксным операциям [1, 4, 16, 17, 19, 25, 34, 37, 39]. Однако ни одна из существующих методик полностью не гарантирует от рецидива РЭ, который выявляют в 11–24% наблюдений

[2, 12, 15, 25, 34, 62]. Вместе с тем стали широко известны и некоторые специфические осложнения антирефлюксных операций, требующие нередко повторных вмешательств [1, 2, 15, 17, 19, 34, 38, 40, 41, 45, 48]. Несмотря на все возрастающий интерес к антирефлюксной хирургии, работ, специально посвященных показаниям, технике и анализу преимуществ и недостатков различных повторных антирефлюксных операций, мало [2, 14, 25, 34, 38, 45].

Как правило, антирефлюксная операция, проводимая опытным высококвалифицированным хирургом в специализированном стационаре при неосложненном РЭ дает положительный результат в 80–95% наблюдений [46, 51, 54]. Однако, если подобную операцию выполняет менее квалифицированный хирург, число положительных результатов значительно ниже и достигает всего 40–50% в течение первого года после операции. [15, 34, 57]. Помимо этого, даже у опытного специалиста в отдаленном послеоперационном периоде число больных с рецидивом симптомов РЭ может достигать 15–20%. Продолжающийся рост числа антирефлюксных опе-

**Для корреспонденции:** Ветшев Федор Петрович – 119992, г. Москва, ул. Б.Пироговская, д.6, стр.1.  
E-mail: fedor\_vetshev@mail.ru

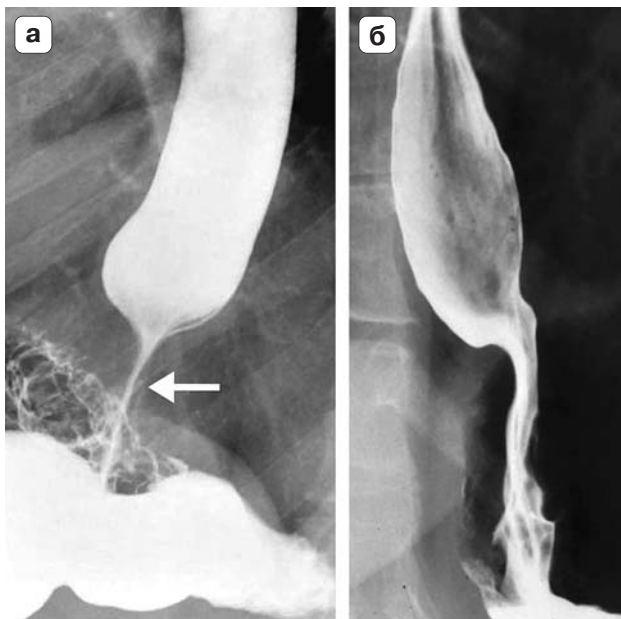
раций, многие из которых выполняют вне крупных специализированных центров, неминуемо приводит к увеличению числа больных с неэффективно проведенным хирургическим лечением и рецидивом заболевания, что становится значимой медико-социальной проблемой.

Бесспорно, неудачной следует признавать антирефлюксную операцию, после которой сохраняются первичные симптомы (изжога, отрыжка, боль и т. д.) или появляются новые (дисфагия, боль, вздутие живота, диарея и др.). Сохранение симптомов РЭ или их скорый рецидив после фундопликации описаны у 5–20% больных после операции из лапаротомного доступа и у 6–30% больных после лапароскопической фундопликации [17, 23, 37, 40, 41, 56]. К настоящему времени в свет вышло множество публикаций касающихся результатов повторных операций после неудачного антирефлюксного вмешательства. Наиболее частыми симптомами неэффективной антирефлюксной операции являются гастроэзофагеальный рефлюкс (30–60%) и дисфагия (10–30%), а также комбинация рефлюкса и дисфагии (около 20%) [15, 21, 24, 37]. В мировой литературе описана эффективность первой адекватно выполненной антирефлюксной операции в 90–96% наблюдений. Однако при рецидиве заболевания нередко необходима повторная операция. При этом хорошие результаты описаны лишь у 80–90% больных, перенесших ранее одну операцию, у 55–66% больных, перенесших ранее две операции, и только у 42% — после трех и более неудачных операций [22, 30, 31, 34, 35, 41, 42, 45, 46]. Таким образом, вероятность достижения хорошего результата хирургического вмешательства прогрессивно уменьшается с увеличением числа операций. Поскольку четвертая реконструктивная операция редко приносит положительный результат многие специалисты считают целесообразным после третьей неудачной операции выполнять резекцию или экстирпацию пищевода [7, 16, 19, 24, 34, 37, 59, 63].

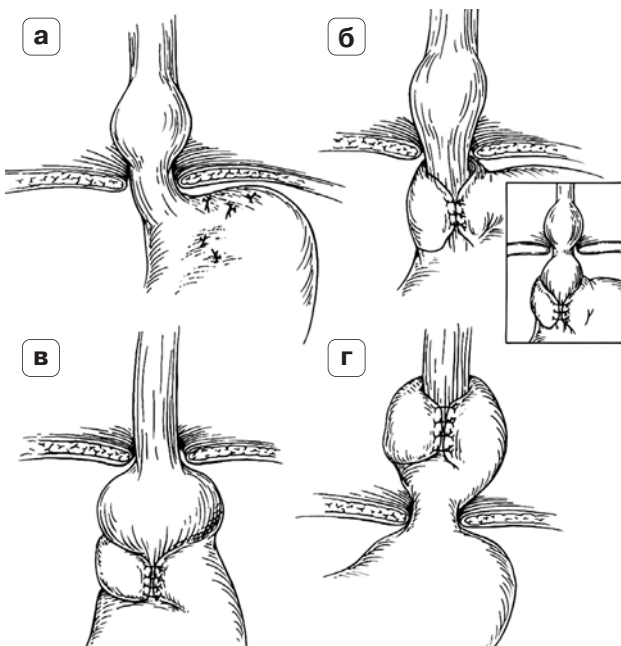
Накопленный клинический опыт свидетельствует о том, что при выборе объема оперативного вмешательства у больных с РЭ важно учитывать наличие и тяжесть его осложнений: степень укорочения пищевода, пептическую стриктуру пищевода, результаты гистологического исследования биопсии терминального отдела пищевода, а также тяжесть сопутствующих заболеваний. Происходящее в условиях хронического воспаления неизбежное укорочение пищевода существенным образом влияет на хирургическую тактику. Укорачиваясь, пищевод увлекает за

собой в заднее средостение кардиальный отдел желудка, вытягивая его в трубку и способствуя полному нарушению жомно-клапанного антирефлюксного механизма [8, 18, 19]. Это не только значительно утяжеляет деструктивные изменения стенки пищевода, в том числе развитие пептической стриктуры, хронической круглой язвы, пищевода Барретта, но и оказывает существенное патологическое влияние на его моторику. Исчезает не только жомный механизм кардии: после непродолжительного компенсаторного усиления сократительной активности (направленной на более эффективное самоочищение слизистой от агрессивного желудочного содержимого) угнетается пропульсивная моторика пищевода. Недавно проведенные проспективные исследования в 8 крупных центрах Италии позволили интраоперационно диагностировать укороченный пищевод у 20% больных, которым рутинно выполняли антирефлюксную операцию, что, по мнению авторов [49], является одной из ведущих причин возникновения послеоперационных осложнений. Кроме того, проведенные исследования позволили также установить прямую корреляционную связь между частотой неудачных антирефлюксных операций и индексом массы тела — при индексе массы тела более 30 частота развития осложнений достигает 31% [56].

Неправильная трактовка данных одномоментной манометрии без учета результатов рентгенологического исследования, позволяющего оценить степень укорочения пищевода и характер ГПОД (она практически всегда будет причиной и следствием тяжелого РЭ), может служить основой для диагностических и тактических ошибок [20]. В частности, тяжелый РЭ трактуют как кардиоспазм или ахалазию кардии и пытаются выполнить лапароскопическую миотомию с неполной фундопликацией [32]. Возникающая после подобных вмешательств дисфагия требует весьма сложной коррекции, а иногда и экстирпации пищевода. Частичная задняя фундопликация (Toupet), по мнению ряда авторов, показана больным с неадекватной моторикой пищевода. Однако недавно проведенное рандомизированное исследование показало, что выявленные до операции нарушения моторики пищевода не влияют на частоту возникновения послеоперационной дисфагии независимо от типа фундопликации [36]. К тому же частота неудовлетворительных результатов после неполной фундопликации остается выше, нежели при полной фундопликации [33, 35].



**Рис. 1.** Рентгенограмма. Осложнения после фундопликации Nissen. **а** – дисфагия, обусловленная излишне туго сформированной манжеткой; **б** – дисфагия, вызванная излишне длинной фундопликационной манжеткой. В обоих случаях видны признаки нарушения проходимости в области пищеводно-желудочного перехода и супрастенотическое расширение пищевода выше наложенной манжетки.



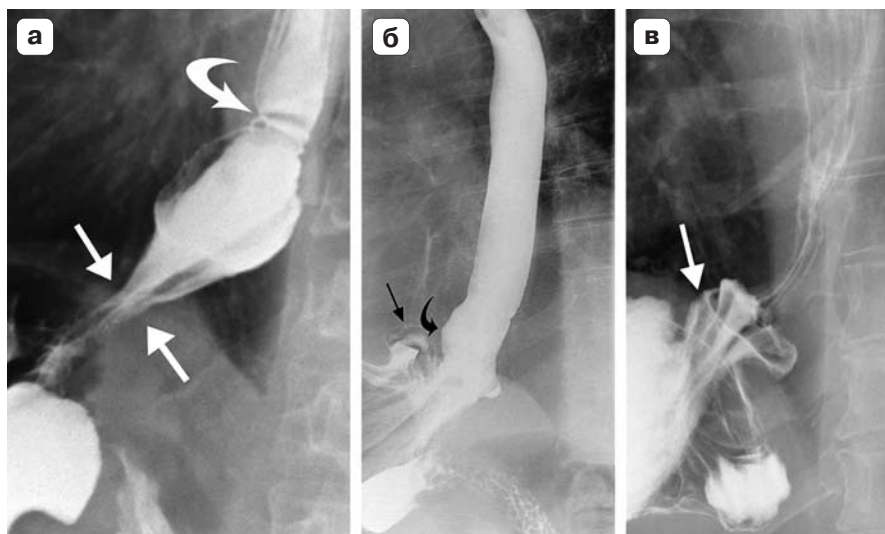
**Схема 1.** Осложнения после фундопликации Nissen. **а** – полный разворот манжетки при прорезывании швов; **б** – “slipped” Nissen; **в** – сформированная вокруг кардиального отдела желудка манжетка; **г** – втягивание антирефлюксной манжетки в заднее средостение при укорочении пищевода.

По данным мировой литературы [10, 19, 34, 37, 49], операция Nissen является наиболее часто выполняемой антирефлюксной операцией, однако стойкого сдерживания желудочно-пищеводного рефлюкса не происходит в 30–76% наблюдений. Как известно, наиболее частыми осложнениями операции Nissen являются “gas-bloat”-синдром, метеоризм, невозможность отрыжки [2, 15, 17, 19, 34]. Повреждение блуждающих нервов во время антирефлюксной операции может стать причиной замедления опорожнения желудка и обусловить симптомы вздутия живота, чувства переполнения в желудке, тошноту, рвоту [2, 27].

Согласно данным литературы [2, 7, 9, 15, 23, 29, 34, 50], до 30% больных после перенесенной антирефлюксной операции нуждаются в повторной операции в связи с развитием стойкой дисфагии (рис. 1), что не может удовлетворять хирургов и требует поиска путей улучшения тактики и техники выполнения вмешательств. Причиной ее могут быть угнетение релаксации нижнего пищеводного сфинктера перетянутой манжеткой, нарушение миграции кардии при акте глотания или нарушение моторики пищевода вследствие денервации абдоминального отдела пищевода, а также “соскользнувшая” антирефлюксная манжетка [11, 60].

Другим важным и довольно частым осложнением операции Nissen является феномен “телескопа” (slipped Nissen, или “скользящий” Nissen) – соскальзывание кардиального отдела и дна желудка с терминальным отделом пищевода относительно манжетки (схема 1, б). Как правило, причиной этому служит прорезывание швов между манжеткой и пищеводом. Ушивание ножек диафрагмы при укорочении пищевода и фиксация к ним антирефлюксной манжетки также приводят к “соскальзыванию”, поскольку пищевод, сократившись после операции, втянет за собой кардию вместе с расправленной манжеткой в заднее средостение. Рентгенологически это выглядит в виде феномена “песочных часов”, когда одна часть манжетки находится выше диафрагмы, а другая – ниже (рис. 2). Осложнение сопровождается выраженной дисфагией, регургитацией и изжогой, что, безусловно, требует повторной корригирующей операции [11, 30, 34, 40]. Частой ошибкой при использовании эндоскопической техники является использование тела или даже антрального отдела желудка при формировании антирефлюксной манжетки (см. схему 1, в). По мнению ряда авторов если короткие желудочные сосуды не пересечены, хирург

**Рис. 2.** Рентгенограмма. “Соскользнувшая” фундопликационная манжетка (“slipped” Nissen). **а** – соскользнувшая манжетка расположена ниже уровня диафрагмы и сдавливает кардиальный отдел желудка, пищеводно-желудочный переход находится над диафрагмой; **б, в** – при двойном контрастировании отчетливо видны складки слизистой желудка внутри соскользнувшей манжетки с образованием дивертикулуподобной деформации (подобный дивертикул нередко становится источником желудочно-пищеводного рефлюкса и прогрессирующего РЭ).



вынужден использовать при фундопликации на 360° не дно желудка, а переднюю его стенку. Все это ведет к перекруту, выраженной деформации желудка, который, по понятным причинам, не способен выполнять антирефлюксную функцию и является основной причиной высокой частоты послеоперационных осложнений в виде дисфагии (11–54%) при этом способе операции. В частности, именно поэтому при большей технической простоте операция Rossetti применяется редко [9, 31].

Наиболее простым для диагностики и лечения является осложнение “missing” Nissen (“недостаточный” Nissen). При этом излишне поверхностно наложенные швы на фундопликационной манжетке надрываются, и последняя разворачивается (см. схему 1, а) [34].

С внедрением лапароскопической методики в несколько раз увеличилось число таких присутствующих ей осложнений, как двухкамерный желудок и перекрученная манжетка [34, 42].

Миграция дна желудка в грудную полость может произойти в раннем послеоперационном периоде, даже в момент выхода больного из наркоза. Происходит это по ряду причин, в частности вследствие необоснованной тракции укороченного пищевода для создания фундопликационной манжетки ниже диафрагмы (см. схему 1, г). Некоторые авторы также считают, что неадекватная фиксация фундопликационной манжетки к ножкам диафрагмы предрасполагает к дальнейшему развитию ГПОД либо к развитию параэзофагеальной ГПОД с перемещением в грудную полость селезеночного изгиба толстой кишки вдоль фундопликационной манжетки [28].

## Материал и методы

С 2006 по 2011 гг. мы наблюдали 15 больных (7 мужчин и 8 женщин в возрасте от 25 до 72 лет), перенесших различные операции по поводу ГПОД и РЭ, результат которых оказался неудовлетворительным. Все за исключением одного больного первично были оперированы в других лечебных учреждениях. Характер первичных операций отражен в табл. 1. В большинстве случаев в качестве первичной операции выполняли фундопликацию.

10 из 15 оперированных ранее больных отметили появление рецидивирования симптомов или их трансформацию в ближайшем послеоперационном периоде. У 5 пациентов период ремиссии “затянулся” на многие годы (от 10 до 24 лет).

Анализируя жалобы пациентов до и после операции (изжога, отрыжка, боль в верхней половине живота и за грудиной), отмечено не только их почти полное рецидивирование в раннем послеоперационном периоде, но и прогрессирование и трансформация в отдаленном периоде.

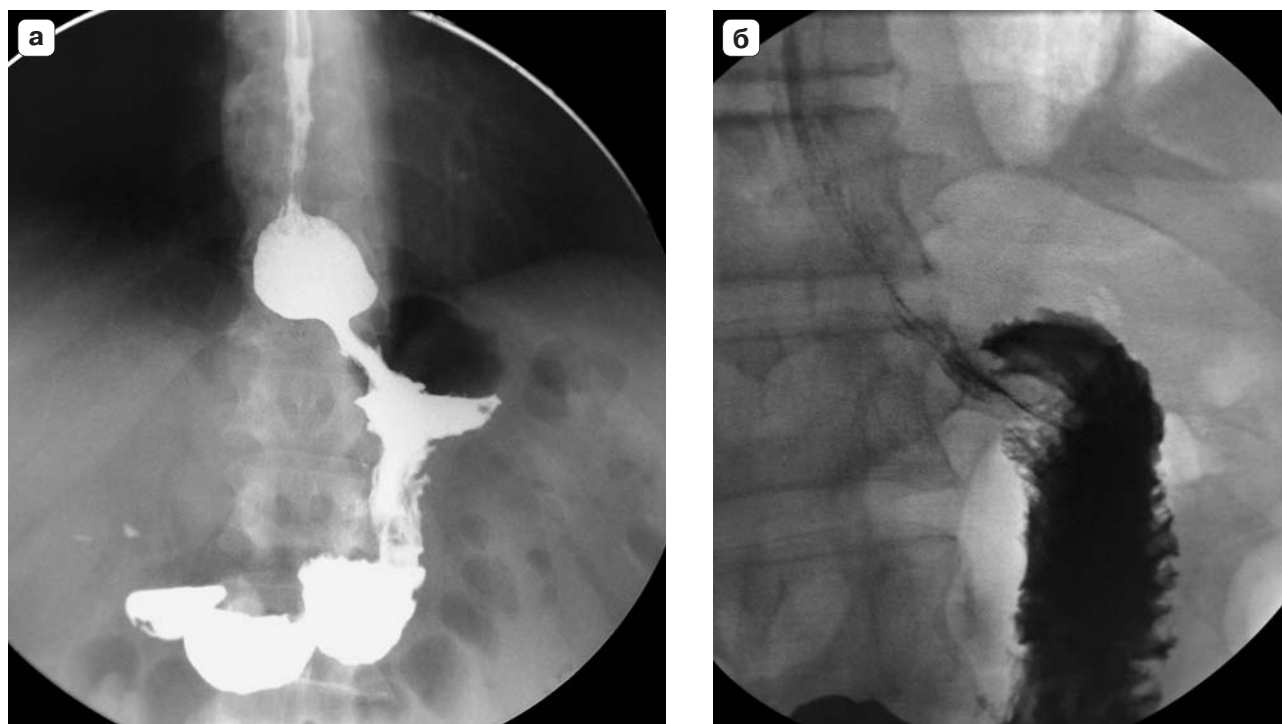
Абсолютное большинство больных беспокоила постоянная изжога (9). Вторым по частоте симптомом была дисфагия (7). У всех больных дисфагия была обусловлена сдавливанием “соскользнувшей” манжетки в области пищеводного отверстия диафрагмы после крурорафии (5) или ее перекрутом (1) (рис. 3, а, б). У одного больного стойкая дисфагия была следствием рубцового стеноза в области пищеводно-желудочного перехода, возникшего после ушивания ятрогенной перфорации пищевода при формировании фундопликационной манжетки. Проведенные



**Таблица 1.** Ранее перенесенные хирургические вмешательства (n = 15)\*

Хирургические вмешательства	Число операций
<b>Антирефлюксные хирургические вмешательства:</b>	
фундопликация Nissen–Rosetti (лапароскопическая)	1
фундопликация Nissen (традиционная)	10
фундопликация Toure (лапароскопическая)	1
фундопликация (лапароскопическая)	1
антирефлюксная операция (метод неизвестен)	3
<b>Симультанные хирургические вмешательства:</b>	
диафрагмокрурография	4
селективная проксимальная ваготомия	4
стволовая ваготомия	1
гастростомия	1
ушивание перфорации пищевода	1
ушивание перфорации желудка	2
иссечение язвы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой	2
пилороластика	5
холедохоеюностомия	1
холецистодуоденостомия	1

\* В том числе больные с сочетанием нескольких и повторными операциями.

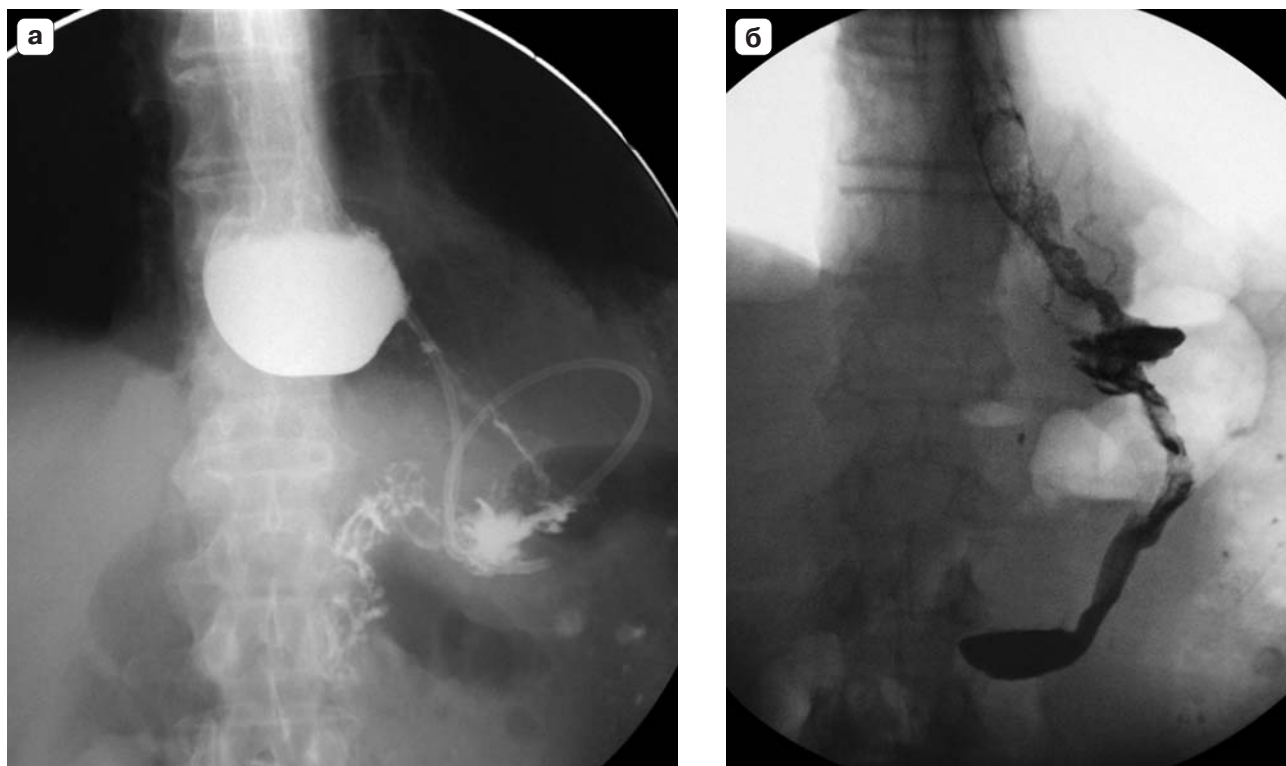


**Рис. 3.** Рентгенограмма. Осложнения после фундопликации Nissen. **а** – “соскользнувшая” манжетка сдавливает верхнюю часть тела желудка, кардия растянута вследствие нарушенной проходимости и расположена выше уровня диафрагмы, пищевод укорочен, пищеводно-желудочный переход расположен на 4 см выше уровня диафрагмы; **б** – вид сформированной реконструктивной гастропликационной манжетки.

в клинике сеансы бужирования по струне не принесли должного эффекта в связи с невозможностью провести буж более №26 (рис 4, а, б).

Как правило, боль носила жгучий или давящий характер. В происхождении боли у этой группы больных (12) играют роль как химичес-

кие (воздействие желудочного содержимого на воспаленную и изъязвленную слизистую оболочку пищевода, так называемая изжога до боли), так и механические факторы (растяжение терминального отдела пищевода волной рефлюкса, фиксация манжетки к ножкам диафраг-



**Рис. 4.** Рентгенограмма. Осложнения после фундопликации Nissen. **а** – полная дисфагия после фундопликации с образованием рубцовой стриктуры и супрастенотическим расширением пищевода, приведшая к его девиации и сифоноподобному расширению; виден назогастральный зонд для питания; **б** – антирефлюксная манжетка сформирована после проксимальной резекции желудка и резекции абдоминального отдела пищевода.

мы, а также натяжение ветвей солнечного сплетения, характерное для укорочения пищевода). Преобладание больных с локализацией болевого синдрома за грудиной и в области сердца во многом связано с расположением “соскользнувшей” манжетки в заднем средостении в связи с прогрессированием укорочения пищевода, а также с гастрокардиальным синдромом Удена–Ремхельда.

Еще одним частым симптомом, свидетельствующим о неэффективности вновь созданного клапана, являлась отрыжка (11).

Всем больным проводили рентгенологическое исследование и эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС). При этом укорочение пищевода I степени было диагностировано у 6 пациентов, II степени – у 8. Признаки эрозивного РЭ выявлены у 6 больных.

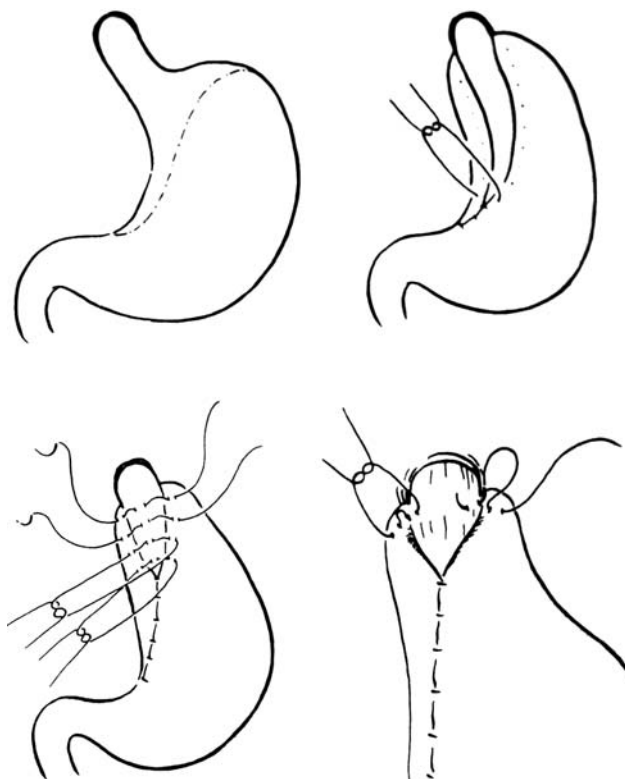
При обследовании у 8 больных рентгенологически ранее созданная антирефлюксная манжетка находилась в области заднего средостения. По всей вероятности, на момент первой операции у этих пациентов уже было укорочение пищевода, однако хирурги не придали этому должного значения и выполнили традиционное антирефлюксное вмешательство.

Во всех наблюдениях фундопликационная манжетка не обеспечивала препятствия желудочно-пищеводному рефлюксу и была признана неэффективной еще на дооперационном этапе.

У одного больного, оперированного в нашей клинике по поводу РЭ средней степени тяжести, скользящей кардиальной ГПОД и укорочения пищевода I степени, на 7-е сутки после лапароскопической фундопликации при контрольном рентгенологическом исследовании была выявлена дивертикулоподобная деформация кардиального отдела и дна желудка (рис. 5). При этом признаков гастроэзофагеального рефлюкса выявлено не было даже в положении Тренделенбурга. Необходимо отметить, что, несмотря на имеющийся опыт открытых антирефлюксных вмешательств, проведенная операция была одной из первых и единственной на сегодняшний день неудачной лапароскопической операцией, возникшей на этапе освоения и внедрения данной методики. Пациент был повторно оперирован через 5 мес, после прохождения курса реабилитации, а проведенное повторное обследование позволило установить прогрессирующее укорочение пищевода до II степени, что повлияло на



**Рис. 5.** Рентгенограмма. Осложнение после фундопликации: дивертикулоподобная деформация дна желудка в области частично развернувшейся при прорезывании швов манжетки после лапароскопической фундопликации.



**Схема 2.** Этапы фундопликации. Формирование полной симметричной манжетки.

тактику оперативного лечения. Данные обследования и анализ операционных находок при повторном вмешательстве позволили выявить следующую причину осложнения: прорезывание швов с одной из сторон манжетки с последующим ее перекрутом вокруг оси и формированием дивертикулоподобной деформации дна желудка. Пациенту произведена реконструктивная клапанная гастропликация, внеслизистая пилоропластика традиционным доступом.

Необходимо отметить, что в качестве антирефлюксной операции мы никогда не использовали классическую фундопликацию по Nissen, а широко применяем симметричную полную фундопликацию, дающую лучшие результаты, чем методика Nissen [13, 19]. ЭГДС, по нашему мнению, не следует применять как самостоятельное вмешательство при лечении РЭ, поскольку эта операция не создает достаточно надежного антирефлюксного клапана в области кардии.

При этом фундопликационную манжетку формируют после мобилизации малой кривизны, кардии, абдоминального отдела пищевода и дна желудка с сохранением основных стволов блуждающих нервов и обоих нервов Латарже. Мобилизацию дна желудка выполняем с обязательным лигированием двух коротких желудочных артерий с целью увеличения подвижности тканей дна желудка для последующего формирования фундопликационной манжетки без натяжения.

Постепенное погружение пищевода в складку между передней и задней стенками дна желудка без использования резиновой держалки обеспечивает формирование равномерной аккуратной полной симметричной манжетки, не деформирующей пищеводно-желудочный переход и не создающей дивертикулоподобных карманов и каскадной деформации желудка. Оптимальная высота манжетки – 4 см. В швы должна быть обязательно захвачена мышечная стенка пищевода. Верхний край манжетки дополнительно фиксируем к нему двумя узловыми швами спереди и одним сзади (верхушка манжетки) для профилактики феномена “телескопа”, т. е. соскальзывания манжетки (схема 2).

При укорочении пищевода II степени (расположении пищеводно-желудочного перехода более чем на 4 см выше диафрагмы) его низведение бессмысленно, поскольку после операции он неизбежно снова сократится. При этом антирефлюксная манжетка либо соскользнет с формированием “удавки” – так называемый телескопи-

ческий эффект, либо развернется при прорезывании швов. Практика показала, что основной антирефлюксный эффект оказывает именно манжета из тканей желудка. При ее правильном формировании она одинаково успешно работает под и над диафрагмой [18, 19].

Еще в 1960 г. R. Nissen [53] предложил применять фундопликацию у больных с укорочением пищевода, при этом автор не устранял саму грыжу, а, наоборот, расширял грыжевые ворота. Фундопликационная манжетка при этом оставалась в средостении, а желудок подшивали к пищеводному отверстию диафрагмы. Важным этапом автор считал обязательное расширение диафрагмального отверстия во избежание сдавления и последующего плохого опорожнения наддиафрагмального сегмента желудка. Рядом исследований было установлено, что фундопликация Nissen при коротком пищеводе с оставлением манжетки над уровнем диафрагмы эффективна при длительном рН-контроле в 97% наблюдений и не уступает внутрибрюшному ее расположению [52].

Практика показала, что крурорафия не несет значимой самостоятельной антирефлюксной функции в условиях полного разрушения жомно-клапанной функции кардии. Она целесообразна при общем пищеводно-аортальном “окне”, гигантских и параэзофагеальных грыжах исключительно для предотвращения миграции в средостение органов из брюшной полости.

В условиях выраженного укорочения оправданна клапанная гастропликация (Н.Н. Каншин, 1962), которая сегодня нами модифицирована и вновь успешно применяется. После мобилизации кардиального отдела желудка и расширения грыжевых ворот спереди желудок превращаем в трубку поперечными сшивающими швами (кардиография). Далее превращенную в трубку часть желудка, являющуюся своего рода “надставкой” пищевода, симметрично окутываем желудочной стенкой, как при фундопликации. Затем верхнюю часть манжетки фиксируем к пищеводу (схема 3). Таким образом происходит “удлинение” пищевода за счет желудка и создание антирефлюксного клапана.

### Результаты и их обсуждение

Все пациенты, перенесшие первичные операции в других лечебных учреждениях, были оперированы повторно. При этом в результате обследования и анализа операционных находок у них были выявлены следующие технические погрешности, допущенные во время предыду-

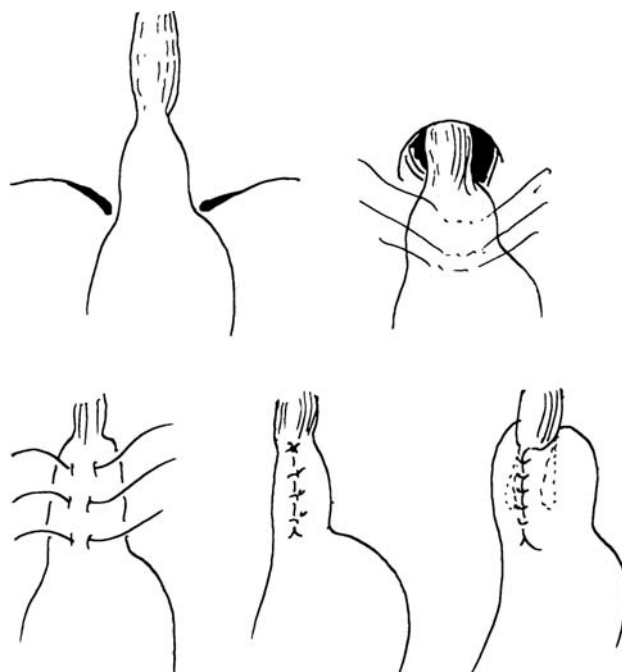


Схема 3. Клапанная гастропликация.

щих операций: фиксация к малой кривизне мобилизованной большой кривизны сзади от пищевода; сшивание спереди с образованием дубликатуры большой и малой кривизны желудка без их мобилизации (2); фиксация желудка к ножкам диафрагмы (3); ушивание ножек диафрагмы (4); фиксация желудка к печени, передней брюшной стенке (2); пилоропластика (5); неправильно сформированная манжетка (8) и полное ее отсутствие (3); феномен “телескопа” (у 8); излишне плотная манжетка (3); гастростаз (2).

Одному пациенту с выраженным рубцовым стенозом пищеводно-желудочного перехода после ранее выполненной фундопликации Nissen и ятрогенной перфорации пищевода выполнение локальной реконструкции оказалось невозможным (см. рис. 4, а, б). Приводим краткое описание хода операции.

Выполнены лапаротомия, энтеролиз верхнего этажа брюшной полости. Желудок обычных размеров, деформирован в кардиальном отделе, пищеводно-желудочный переход и верхняя треть желудка практически не дифференцируются (область перфорации и наложения фундопликационной манжетки). Ткани в этой области отечны, инфильтрированы, видны ранее наложенные лигатуры. С техническими трудностями после частичной сагиттальной диафрагмотомии идентифицированы ножки диафрагмы, ранее сшитые узловыми швами; нитки удалены; в заднем средосте-



нии выделен нижнегрудной отдел пищевода, расширенный до 6 см с гипертрофированными стенками. Поэтапно мобилизован пищеводно-желудочный переход, ригидный, стенозированный грубыми рубцами на протяжении 2 см. Дистальнее верхняя треть желудка деформирована за счет ранее сформированной фундопликационной манжетки. Последняя с техническими трудностями расправлена. Мобилизована малая кривизна желудка до угла, большая кривизна с лигированием трех коротких желудочных и задней желудочной артерии. Ткани верхней трети желудка в области расправленной манжетки атоничны, стенка истончена, инфильтрирована – непригодны для формирования антирефлюксной манжетки, циркулярная стриктура не подлежит поперечной пластике. В этих условиях выполнены проксимальная резекция желудка, резекция абдоминального отдела пищевода, пилоропластика. При этом был сформирован пищеводно-желудочный анастомоз с передней стенкой культи желудка с последующим формированием антирефлюксной манжетки за счет тканей культи желудка на толстом желудочном зонде. Левый угол швов культи желудка дополнительно подшит к пищеводу.

Из 15 больных, перенесших повторные вмешательства в нашей клинике, неудовлетворительных результатов не было (табл. 2). Лишь у 2 больных в раннем послеоперационном периоде была диагностирована дисфагия (в основном при проглатывании твердой пищи), обусловленная гиперфункцией реконструктивной гастропликационной манжетки. Необходимо отметить, что оба пациента в анамнезе перенесли по две операции на области кардии. Проведенные сеансы баллонной дилатации (1–2 сеанса) под контролем рентгенотелевидения позволили ликвидировать клинические и рентгенологические проявления дисфагии, не разрушив при этом вновь созданный антирефлюксный клапан в виде манжетки.

Хорошие непосредственные функциональные результаты с исчезновением клинической

симптоматики получены у абсолютного большинства повторно оперированных больных. Отдаленные результаты изучены у всех 15 пациентов и прослежены в сроки от 6 мес до 4 лет. Изучение проводили как с использованием традиционных подходов, так и с применением оценки качества жизни оперированных больных, что является обязательным атрибутом международных исследований последних лет, соответствует принципам доказательной медицины и позволяет более адекватно оценить отдаленные результаты [3]. Полученные результаты оценивали на основании непосредственного осмотра, комплексного обследования, а также на основании данных анкетирования. Всем больным амбулаторно было проведено плановое контрольное обследование. В план обследования включали рентгенологическое исследование пищевода и желудка, ЭГДС. Также в отдаленном периоде не сталкивались с описанными в литературе симптомами, часто (10–33%) возникающими после антирефлюксных операций: дисфагия, вздутие живота, ранее насыщение, тошнота, болезненность в эпигастральной области, неспособность к отрыжке и рвоте, диарея [2, 7, 15, 34].

Оценку качества жизни проводили с помощью модифицированного специфического опросника – гастроинтестинального индекса качества жизни (Gastrointestinal Quality of Life Index, GIQLI). При сравнении полученных показателей качества жизни было выявлено достоверное повышение индекса качества жизни после реконструктивной операции по всем шкалам опросника ( $p < 0,05$ ). Гастроэнтерологическая симптоматика у исследуемых больных претерпела обратное развитие наряду с улучшением показателей качества жизни. У больных отмечено увеличение индекса качества жизни с 42 баллов (до операции) до 70 баллов (после операции) при максимальном показателе 84 балла. Наиболее значительно увеличение индекса качества жизни

**Таблица 2.** Характер повторных антирефлюксных операций

Виды оперативных вмешательств и их сочетания	Число операций (n = 15)*
Фундопликация:	3
селективная проксимальная ваготомия	1
внеслизистая пилоропластика	3
Клапанная гастропликация:	2
стволовая ваготомия	1
задняя круорография	1
внеслизистая пилоропластика	4
Проксимальная резекция желудка с резекцией абдоминального отдела пищевода	1

\* В том числе симультанные операции.

отмечено после операции по шкале симптомов — на 47%. Также отмечено увеличение показателей по шкале субъективного восприятия своего здоровья и влияния проведенного лечения.

При рентгенологическом исследовании ни у одного пациента не выявлено нарушения глотания и прохождения контрастного вещества по пищеводу. У 3 больных желудок располагался в брюшной полости, у остальных 12 пациентов сформированная антирефлюксная манжетка находилась на или над уровнем диафрагмы. При этом гастроэзофагеального рефлюкса контрастного вещества при полипозиционном исследовании, в том числе в положении Тренделенбурга, выявлено не было.

Полученные результаты в очередной раз демонстрируют давнее утверждение о том, что основной антирефлюксный эффект оказывает именно манжетка из тканей желудка, а при ее правильном формировании она одинаково успешно “работает” как под, так и над диафрагмой [18, 19, 28, 34, 47, 64].

При ЭГДС зияния или недостаточности кардии признаков эзофагита не было выявлено ни у одного пациента.

Таким образом, пациенты, подвергшиеся хирургическому лечению, обычно могут принимать любую пищу по своему выбору, находиться в горизонтальном положении и наклоняться, не испытывая клинических проявлений гастроэзофагеального рефлюкса, и, что не менее важно, у них нет необходимости в постоянном приеме медикаментозных препаратов.

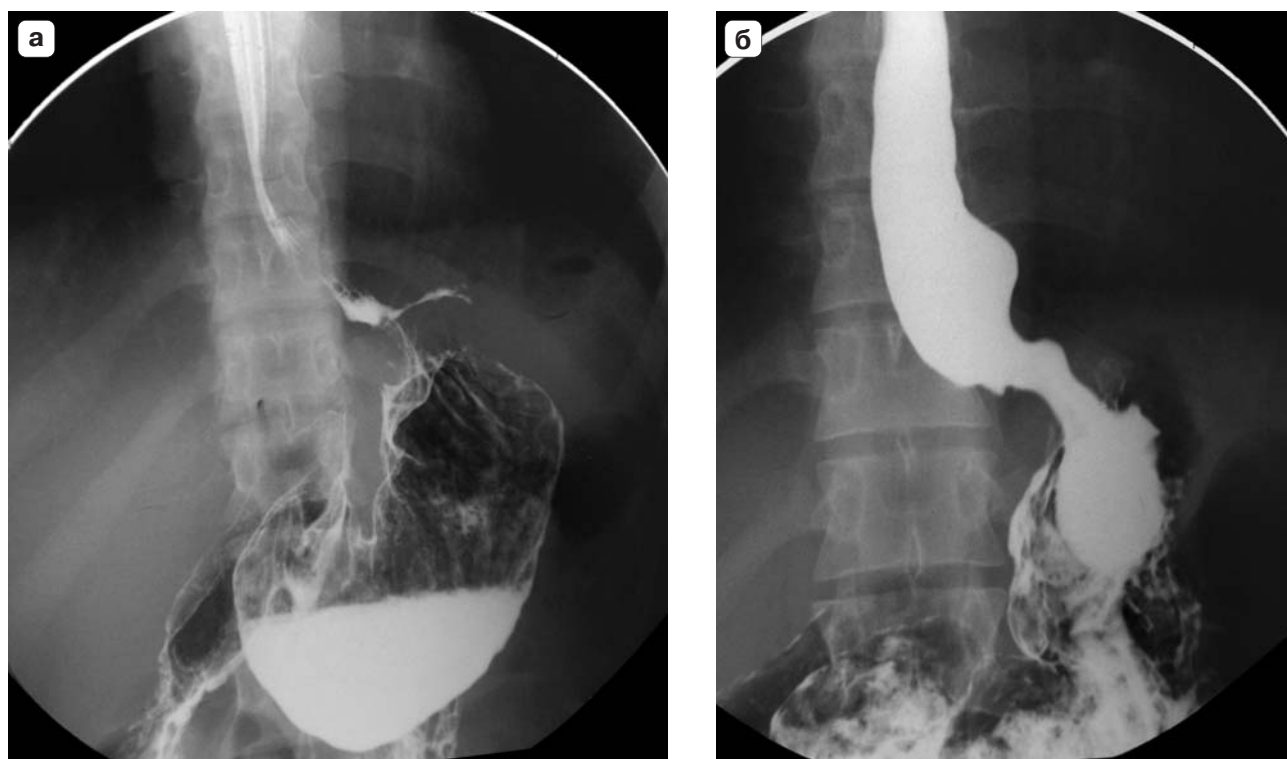
Неудачные исходы первичных антирефлюксных операций наблюдаются в 6–30% случаев [2, 12, 15, 19, 25, 34, 38, 62]. Мы выделяем следующие группы причин этих неудач: 1) стремление обязательно устранить ГПОД, а не желудочно-пищеводный рефлюкс — отсюда порочные операции фиксации желудка к диафрагме, брюшной стенке и т. д., вызывающие стойкий болевой синдром, дисфагию, мучительную икоту и отрыжку. Сюда же относятся изолированные вмешательства на пищеводном отверстии диафрагмы; 2) порочные паллиативные операции для ускорения эвакуации и “уменьшения” рефлюкса, такие как дистальная резекция желудка или пилоропластика, а также рассечение связки Трейтца; 3) технические ошибки, заключающиеся в попытках сформировать фундопликационную манжетку без должной мобилизации пищевода, кардии и дна желудка, и, как результат, разнообразные варианты неправильно сформированной манжетки или полное ее отсутствие при ревизии

во время повторных операций; 4) характерные для фундопликации осложнения, такие как параэзофагеальная грыжа, феномен “телескопа”, сдавление пищевода слишком плотной манжеткой, гастростаз вследствие ущемления или пересечения блуждающих нервов, язва желудка; 5) различные функциональные нарушения глотания и пищеварения при отсутствии характерных анатомических изменений по данным обследования — они отражают неоправданное расширение показаний к первичным операциям при ГПОД.

Ряд авторов [18, 19, 34, 58, 65] подчеркивают ненужность и вредность фиксации желудка и фундопликационной манжетки в брюшной полости. Другие [1, 12, 25, 39] продолжают пропагандировать данный метод. Крурорафию предлагают в качестве профилактики образования параэзофагеальной грыжи в качестве дополнения к фундопликации [7, 8, 34, 37], хотя некоторые авторы [26] утверждают, что с этой целью эффективна только гастропексия. Мы убедились на собственном опыте в том, что пищевод и фундопликационная манжетка должны свободно перемещаться по отношению к диафрагме. Сокращения продольной мускулатуры пищевода в состоянии “вырвать” его из любой фиксированной манжетки, что обычно приводит к появлению различных выраженных деформаций и рецидиву РЭ. Крурорафию считаем показанной при первичных операциях в случаях кардиофундальной или параэзофагеальной грыжи, особенно когда имеется общее пищеводно-аортальное окно в диафрагме. При повторных антирефлюксных операциях она оправдана также в случае развития параэзофагеальной грыжи как осложнения фундопликации.

Полноценная фундопликация дает в 84–95% наблюдений хорошие и отличные отдаленные результаты [12, 16, 18, 19, 25, 34, 37, 62]. В нашей серии в половине наблюдений мы встретились с тем, что при первичных операциях в других лечебных учреждениях были сделаны попытки сформировать манжетку с грубыми техническими ошибками, приведшими к самым разнообразным деформациям желудка, и чаще всего к усугублению симптомов заболевания (рис. 6, а, б).

По данным литературы [2, 15, 25, 30, 34, 38, 42, 45, 48, 62], повторные антирефлюксные операции дают худшие результаты по сравнению с первичными. Методики повторных антирефлюксных операций разнообразны. Как и при первичных вмешательствах, предлагаются широко известные способы Nissen, Toupet, Collis [2,



**Рис. 6.** Рентгенограмма. Осложнения после фундопликации Nissen. **а** – перфорация дна желудка в ходе формирования фундопликационной манжетки с образованием наружного желудочного свища; **б** – реконструктивная гастропликация.

7, 34, 48, 65]. В качестве операционного доступа используются как лапаротомия, лапароскопия [14, 15, 17, 30, 34, 45], так и торакотомия [12, 25, 34]. Считаем, что при повторных операциях по поводу ГПОД и РЭ методом выбора должна быть верхняя срединная лапаротомия с коррекцией доступа расширителями Сигала. Этот доступ позволяет досконально изучить сложившиеся анатомические взаимоотношения и принять правильное решение о характере реконструктивной операции. Следует отметить, что лапароскопические операции при РЭ должен выполнять хирург, обладающий значительным опытом таких открытых операций и владеющий всеми деталями вмешательства. Особенно это относится к больным с укорочением пищевода II степени и длительным анамнезом тяжелого РЭ. У подобных больных возникают определенные трудности мобилизации пищевода и вытянутой в виде трубки кардиальной части желудка из-за выраженного перизофагита. Именно в подобной ситуации возможна интраоперационная перфорация пищевода.

По нашему мнению, в большинстве случаев фундопликацию у больных РЭ следует сочетать с селективной проксимальной ваготомией для снижения кислой желудочной секреции и умень-

шения агрессивного воздействия желудочного сока на пищеводную слизистую. Стволовая ваготомия при повторных вмешательствах оправдана в условиях выраженного рубцового процесса в малом сальнике и вокруг кардии, когда невозможно идентифицировать и сохранить нервы Латарже.

Считаем нецелесообразным при развитии таких осложнений РЭ, как протяженная рубцовая пептическая стриктура или пищевод Барретта с дисплазией высокой степени, выполнение частичной резекции пищевода с замещением его части желудком или сегментом кишки, как это предлагают другие авторы [14, 18, 19, 34, 57, 59]. Необходимо иметь в виду, что частичная резекция пищевода в этом случае всегда опасна рецидивом РЭ, так как создать надежный универсальный антирефлюксный клапан в брюшной или грудной полости на уровне пищевода очень трудно, а скорее всего, невозможно. Поэтому заслуживает внимания предлагаемая в случаях множественных неудачных операций и при протяженных пептических стриктурах наиболее радикальная операция – экстирпация пищевода шейно-абдоминальным доступом с одномоментной эзофагопластикой желудком [14, 18, 34, 59, 63]. Считаем эту операцию методом выбора в наиболее сложных ситуациях.

Особое внимание следует уделить пациентам, которые по данным обследования излечены от РЭ, но результат операции у них нельзя назвать удовлетворительным из-за плохого самочувствия и отрицательной оценки своего здоровья. В нашей серии было 2 подобных больных, которым в анамнезе проведено несколько антирефлюксных операций. Анализируя клиническую картину заболевания и данные специальных методов исследования, мы пришли к выводу, что у многих таких пациентов симптомы заболевания в значительной степени обусловлены скрытой депрессией и синестопатией и в ряде случаев целесообразнее отказаться от реконструктивной операции в пользу консервативного лечения с обязательной консультацией психоневролога. До 28% больных, перенесших антирефлюксное вмешательство, имеют различные гастроэнтерологические симптомы [61]. При этом у 35% из них при обследовании отсутствуют какие-либо нарушения или изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, а симптомы со временем разрешаются без какого-либо вмешательства. В этой связи мы значительно строже определяем показания и к первичным, и к повторным операциям при ГПОД и РЭ.

### Заключение

Таким образом, многообразие причин неудач и осложнений антирефлюксных операций, техническая сложность повторных вмешательств и проблематичность их хороших результатов обуславливают целесообразность концентрации больных ГПОД и РЭ в специализированных стационарах и диктуют необходимость дальнейших клинических исследований в этой области.

### Список литературы

1. Алексеев А.В., Сениотвич Р.В., Столяр В.Ф. Операция А.А. Шалимова при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Клиническая хирургия. 1988. №10. С. 45–47.
2. Аллавердян А.С. Анализ неудач и ошибок антирефлюксных операций // Анн. хир. 2005. №2. С. 8–15.
3. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения // Хирургия. 2000. №1. С. 64–67.
4. Греджев А.Ф., Колкин Я.Г. Хирургия грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Клиническая хирургия. 1980. №2. С. 23–25.
5. Земляной А.Г., Бугаев А.И., Кулагин В.И. Боковая эзофагофундопликация при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Вестн. хирургии. 1989. Т. 142. №4. С. 11–14.

6. Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика и хирургическое лечение: Автореф. дис. ...доктора мед. наук. М., 2001.
7. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. М., 1999.
8. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Толстых М.П., Финогенов В.В. История и современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскоп. хирургия. №4. 2005. С. 54–59.
9. Матвеев Н.Л., Протасов А.В., Кривоцов Г.А., Леликов А.С. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса // Эндоскоп. хирургия. 2000. №3. С. 21–25.
10. Оскретков В.И., Ганков В.А. Результаты хирургической коррекции замыкательной функции кардии // Хирургия. 1997. №8. С. 43–46.
11. Соловьев Г.М., Лукомский Г.И., Шулушко А.М. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века (стратегия хирургического лечения) // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2000. №1. С. 62–65.
12. Уткин В.В., Демченко Ю.М., Амбалов Г.А., Лиешиньш М.А. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Вестн. хирургии им. Грекова. 1983. Т. 130. №6. С. 30–32.
13. Черноусов А. Ф., Полянецов А. А., Ануфриев А. М., Корчак А.М. Сочетание скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с гастродуоденальными язвами // Хирургия. 1981. №6. С. 59–63.
14. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Варсоно Читовардойо. Диагностика и лечение пептических стриктур пищевода // Грудная хирургия. 1989. №4. С. 63–65.
15. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Коява Г.О. Повторные антирефлюксные операции // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1991. №8. С. 56–60.
16. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. М: Медицина, 2000.
17. Черноусов А.Ф., Корчак А.М., Степанкин С.Н., Эфендиев В.М. Повторные операции после фундопликации по Ниссену // Хирургия. 1985. №9. С. 5–10.
18. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. Рефлюкс-эзофагит у больных с коротким пищеводом. Хирургия. 2008. №8. С. 24–31.
19. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. М.: ИздАТ, 1999.
20. Чиссов В.И. Эзофагоманометрия при грыжах пищеводного отверстия и дивертикулах: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1967.
21. Alexander H.C., Hendler R.S. Laparoscopic reoperation on failed antireflux procedures: report of two patients // Surg. Endoscop. 1996. №6. P. 147–149.
22. Alexiou C., Beggs D., Salama F.D. et al. A tailored surgical approach for gastro-oesophageal reflux disease: the Nottingham experience // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2000. V. 17. P. 389–395.
23. Award Z.T., Anderson P.I., Sato K. et al. Laparoscopic reoperative anti-reflux surgery // Surg. Endosc. 2001. V. 15. P. 1401–1407.



24. *Bais J.E., Horbach J.M., Masclee A.A.M.* et al. Surgical treatment for recurrent gastro-oesophageal reflux disease after failed antireflux surgery // *Br. J. Surg.* 2000. V. 87. P. 243–249.
25. *Belsey R.* Mark IV repair of hiatal hernia by the transthoracic approach // *Wld. J. Surg.* 1977. V. 1.N4. P. 475–483.
26. *Carcassone M., Guys J., Delarue A., Sarles J.* Surgery of gastroesophageal reflux // *Wld J. Surg.* 1985. V. 9(2). P. 269–276.
27. *Chang T.M., Chen T.H., Tsou S.S.* et al. Differences in gastric emptying between highly selective vagotomy and posterior truncal vagotomy combined with anterior seromyotomy // *J. Gastrointest. Surg.* 1999. V. 3(5). P. 533–536.
28. *Collard J.M., De Koninck X.J., Otte J.B.* et al. Intrathoracic Nissen fundoplication: long-term clinical and pH-monitoring evaluation // *Ann. Thorac. Surg.* 1991. V. 51. P. 34–38.
29. *Collard J.M., DeGheldere C.A., DeKock M.* Laparoscopic antireflux surgery: what is real progress? // *Ann. Surg.* 1994. V. 220. P. 146–154.
30. *Curet M.J., Josloff R.K., Schoeb O., Zucker K.A.* Laparoscopic reoperation for failed anti-reflux procedures // *Arch. Surg.* 1999. V. 134. P. 559–563.
31. *Dallemagne B., Weerts J.M., Jehaes C., Markiewicz S.* Laparoscopic management of gastroesophageal reflux disease. In: *Current techniques in laparoscopy* / Ed. Brooks D.C. Blackwell Science, 1994.
32. *DeVault K.R., Castell D.O.* Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology // *Am. J. Gastroenterol.* 1999. V. 94. P. 1434–1442.
33. *Farrel T.M., Archer S.B., Galloway K.D.* et al. Heartburn is more likely to recur after Toupet fundoplication than Nissen fundoplication // *Am. Surg.* 2000. V. 66. P. 229–236.
34. *Ferguson M.K., Fennerty B.M.* et al. *Managing Failed Anti-Reflux Therapy.* London: Springer-Verlag, 2006.
35. *Fernando H.C., Luketich J.D., Christie N.A.* et al. Outcomes of laparoscopic Toupet compared to laparoscopic Nissen fundoplication // *Surg. Endosc.* 2002. V. 16(6). P. 905–908.
36. *Fibbe C., Layer P., Keller J.* et al. Esophageal motility in reflux disease before and after fundoplication: a prospective, randomized, clinical, and manometric study // *Gastroenterology.* 2001. V. 121. P. 5–14.
37. *Granderath F.A., Kamolz T., Pointner R.* et al. *Gastroesophageal reflux disease: principles of disease, diagnosis, and treatment.* Wien: Springer-Verlag? 2006.
38. *Hatton P., Setinkoff P., Harford F.* Surgical management of the failed Nissen fundoplication // *Am. J. Surg.* 1984. V. 148. N5. P. 760–763.
39. *Hill L.* Progress in the surgical management of hiatal hernia // *Wld J. Surg.* 1977. V. 1(4). P. 425–436.
40. *Hinder R.A., Klingler P.J., Perdakis G., Smith S.L.* Management of the failed anti-reflux operation // *Surg. Clin. N. Am.* 1997. V. 77(5). P. 1083–1098.
41. *Hunter J.G.* Approach and management of patients with recurrent gastroesophageal reflux disease // *J. Gastrointest. Surg.* 2001. V. 5(5). P. 451–457.
42. *Hunter J.G., Smith C.D., Branum G.D.* et al. Laparoscopic fundoplication failures: patterns of failure and response to fundoplication revision // *Ann. Surg.* 1999. V. 230. P. 595–606.
43. *Isolaure J., Nordback I., Markkula H.* Surgery for reflux stricture of the oesophagus // *Ann. Chir. Gynaecol.* 1989. V. 78(2). P. 120–123.
44. *Jamieson G.G.* Anti-reflux operations: how do they work? // *Br. J. Surg.* 1987. V. 74. P. 155–156.
45. *Johnsson E., Lundel L.* Repeat anti-reflux surgery: effectiveness of a Toupet partial posterior fundoplication // *Eur. J. Surg.* 2002. V. 168(8–9). P. 441–445.
46. *Khoursheed M.A., Al-Asfoor M., Al-Shamali M.* et al. Effectiveness of laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 2001. V. 83(4). P. 229–234.
47. *Krupp S., Rossetti M.* Surgical treatment of hiatal hernias by fundoplication and gastropexy (Nissen repair) // *Ann. Surg.* 1966. V. 164. P. 927–934.
48. *Low D., Mercer C., James E., Hill L.* Post Nissen syndrome // *Surg. Gynec. Obstet.* 1988. V. 167. N1. P. 1–5.
49. *Mattioli S., Lugaresi M.L., Costantini M.* et al. The short esophagus: intraoperative assessment of esophageal length // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2008. V. 136(4). P. 834–841.
50. *McKenzie D., Grayson T., Polk H.C.* The impact of omeprazole and laparoscopy upon hiatal hernia and reflux esophagitis // *J. Am. Coll. Surg.* 1996. V. 183. P. 413–418;
51. *Menon V.S., Manson J.M., Baxter J.N.* Laparoscopic fundoplication: learning curve and patient satisfaction // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 2003. V. 85(1). P. 10–13.
52. *Michael L., Collard J.M.* Surgical management of the Mallory-Weiss syndrome and esophageal perforations / In: *Oxford Textbook of Surgery.* Eds. Morris P.J., Malt R.A. Oxford: Oxford University Press, 1994. P. 868–873.
53. *Nissen R.* Gastropexy and fundoplication in surgical treatment of hiatus hernia // *Am. J. Dig. Dis.* 1961. V. 6. P. 954.
54. *Novitsky Y.W., Zawacki J.K., Irwin R.S.* et al. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease: efficacy of anti-reflux surgery // *Surg. Endosc.* 2002. V. 16(4). P. 567–571.
55. *Perez A.R., Moncure A.C., Rattner D.W.* Obesity adversely affects the outcome of anti-reflux operations // *Surg. Endosc.* 2001. V. 15. P. 986–989.
56. *Pirard L., Weerts J.M., Buldgen B.* et al. Is there a proper way to treat shortened oesophagus? About a series of 67 patients // *Acta Chir. Belg.* 2010. V. 110(3). P. 275–279.
57. *Polk H.* Jejunal interposition for reflux esophagitis and esophageal stricture unresponsive to valvuloplasty // *Wld J. Surg.* 1980. V. 4(6). P. 731–736.
58. *Rosetti M., Hell K.* Fundoplication for the treatment of gastroesophageal reflux in hiatal hernia // *Wld J. Surg.* 1977. V. 1(4). P. 439–443.
59. *Shen K.R., Harrison-Phipps K.M., Cassivi S.D.* et al. Esophagectomy after anti-reflux surgery // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2010. V. 139(4). P. 969–975.
60. *Siewert J.R., Feussner H.* Early and long-term results of antireflux surgery: a critical look // *Ballieres Clin. Gastroenterol.* 1987. V. 1. P. 821–842.

61. *Soper N.J., Dunnegan D.* Anatomic fundoplication failure after laparoscopic anti-reflux surgery // *Ann. Surg.* 1999. V. 229. P. 669–677.
62. *Turnage R.H., Oldham K.T., Coran A.G.* et al. Late results of fundoplication for gastroesophageal reflux in infants and children // *Surg.* 1989. V. 105(4). P. 457–464.
63. *Waters P., Pearson F., Todd T.* et al. Esophagectomy for complex benign esophageal disease // *J. Thorac. Cardio-vasc. Surg.* 1988. V. 95. N3. P. 378–381.
64. *Watson D.I., Mathew G., Pike G.K.* et al. Comparison of anterior, posterior and total fundoplication using a viscera model // *Dis. Esoph.* 1997. V. 10. P. 110–114.
65. *Woodward E.* Surgical treatment of gastroesophageal reflux and its complications // *Wld J. Surg.* 1977. V. 1(4). P. 453–460.

## Repeated antireflux operations

*A.F. Chernousov, T.V. Khorobryh, F.P. Vetshev*

*Department of surgery NI (Head of surgical department – Professor A.F. Chernousov) Medical Faculty of I.M. Sechenov's First Moscow State Medical University*

The article analyzed different reasons for unsuccessful antireflux operations and the complications of antireflux surgeries. The authors presented their experience about 15 patients who were subjected to repeated antireflux operations, which in most cases was fundoplication. It was shown that, to prevent the development of complications before the initial operations concerning reflux esophagitis and hiatal hernias, it was necessary to take into account the degree of esophageal shortening, the severity of inflammatory and sclerotic changes in the esophagus and the functional reserve of propulsive – peristaltic movement of the esophagus. The importance and necessity of surgical treatment of this contingent of patients in specialized medical institutions was emphasized.

**Key words:** *failed antireflux surgery, repeated antireflux operations.*