## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

##### Одесский государственный медицинский университет

На правах рукописи

## Малиновский Андрей Владимирович

УДК 616.329 – 009.12 – 072.1

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

14.01.03 - хирургия

##### Диссертация

на соискание научной степени

кандидата медицинских наук

 Научный руководитель:

 Заведующий кафедрой

 хирургии № 1

 доктор медицинских наук,

 профессор Грубник В.В.

Одесса – 2008

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| ВСТУПЛЕНИЕ ………………………………………………………………... | 4 |
| Раздел 1. Обзор литературы: традиционные и современные малоинвазивные методы лечения ахалазии пищевода …………………………………………………...  | 14 |
| 1.1. Актуальность проблемы ахалазии пищевода. Этиология и патогенез ахалазии пищевода …..……………………………………………. | 14 |
| 1.2. Клиническая картина, диагностика и классификация ахалазии пищевода ………………………………………………………………………. | 16 |
| 1.3. Методы лечения ахалазии пищевода …………………………………… | 22 |
| Раздел 2. Материалы и методы исследования ……………… | 50 |
| 2.1. Группы пациентов. Общая клиническая характеристика пациентов … | 50 |
| 2.2. Методы обследования пациентов ……………………………………….. | 54 |
| 2.3. Методы статистической обработки результатов ………………………. | 65 |
| 2.4. Исходные данные обследования пациентов основной группы ………. | 67 |
| 2.5. Исходные данные обследования пациентов контрольной группы …… | 68 |
| 2.6. Исходные данные обследования пациентов третьей группы …………. | 70 |
| Раздел 3. Результаты усовершенствованных методик лапароскопической кардиомиотомии ……………………….. | 73 |
| 3.1. Усовершенствованная методика лапароскопической кардиомиотомии  | 73 |
| 3.2. Непосредственные результаты, осложнения и отдаленные результаты лапароскопической кардиомиотомии ………………………….. | 82 |
| 3.3. Резюме …………………………………………………………………… | 88 |
| Раздел 4. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОТОМИИ и трансторакальной кардиомиотомии ……………………………………………………….. | 89 |
| 4.1. Методика трансторакальной кардиомиотомии …………………………  | 89 |
| 4.2. Непосредственные результаты, осложнения и отдаленные результаты трансторакальной кардиомиотомии ............................................ | 92 |
| 4.3. Сравнительный анализ результатов лапароскопической кардиомиотомии и трансторакальной кардиомиотомии …………………... | 98 |
| 4.4. Резюме. Лапароскопическая кардиомитомия как операция выбора в лечении ахалазии пищевода ……………………….. | 102 |
| Раздел 5. Выбор способа фундопликации при лапароскопической кардиомиотомии ……………………….. | 104 |
| 5.1. Результаты лапароскопической кардиомиотомии, дополненной различными способами фундопликации …………………….. | 104 |
| 5.2. Результаты лапароскопической кардиомиотомии без фундопликации | 112 |
| 5.3. Сравнительный анализ результатов лапароскопической кардиомиотомии, дополненной различными способами фундопликации, и лапароскопической кардиомиотомии без фундопликации ………………. | 118 |
| 5.4. Резюме. Показания к рациональному использованию фундопликации при лапароскопической кардиомиотомии ………………... | 122 |
| Раздел 6. РОЛЬ пневматической баллонной дилатации В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ..………………… | 124 |
| 6.1. Методика баллонной дилатации ………………………………………. | 124 |
| 6.2. Непосредственные результаты и осложнения баллонной дилатации и отдаленные результаты баллонной дилатации ..……………… | 128 |
| 6.3. Результаты баллонной дилатации в зависимости от стадии ахалазии пищевода .………………………………. | 134 |
| 6.4. Резюме. Показания к рациональному использованию баллонной дилатации в лечении ахалазии пищевода .……………………… | 147 |
| Выводы ……………………………………………………………………… | 149 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ……………………………………… | 151 |
| Список использованной литературы ………………………….. | 152 |

**ВСТУПЛЕНИЕ**

**Актуальность темы**

Ахалазия пищевода - тяжелое нервно-мышечное заболевание, характеризующееся функциональной непроходимостью пищеводно-желудочного перехода и снижением тонуса пищевода, проявляющееся прогрессирующей дисфагией и приводящее к развитию тяжелых осложнений. Заболеваемость составляет 1 – 6 случаев на 100 000 населения в год [1,20]. В настоящее время до конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза, классификации, выбора методов диагностики и лечения этого заболевания. Поэтому многие пациенты имеют неудовлетворительные результаты лечения. Болезнь чаще присуща пациентам трудоспособного возраста (20 – 50 лет), имеет тягостные симптомы (дисфагия, регургитация, загрудинные боли, снижение массы тела) и тяжелые осложнения: эзофагит, кровотечения (до 2,5 %), плоскоклеточный рак пищевода (2 - 8 %) и легочные осложнения в виде бронхитов, пневмоний и абсцессов легких (до 2,5 %), поэтому является серьезной проблемой [1,20].

Известно 4 основных метода лечения ахалазии пищевода: медикаментозное лечение, эндоскопическое введение ботулотоксина в кардиальный жом, кардиодилатация и хирургический метод. Медикаментозное лечение (нитраты, блокаторы кальциевых каналов, прокинетики, холинолитики) является наименее эффективным из-за неполного, временного купирования симптомов. Поэтому лекарственная терапия используется как вспомогательный метод лечения. Эндоскопическое введение ботулотоксина в нижний пищеводный сфинктер эффективнее медикаментозного лечения, однако является дорогостоящим методом и довольно кратковременной мерой. Так, через 6 месяцев отличные и хорошие результаты определяются лишь у 40 - 60 % больных с I – II стадией [4,21,52]. Поэтому данный способ применяется в основном у больных с I – II стадией заболевания при невозможности использования других, более эффективных способов лечения (отказ или противопоказания к дилатации или хирургическому лечению).

Большую эффективность показал метод пневматической баллонной кардиодилатации под рентгенологическим или эндоскопическим контролем. Отличные и хорошие отдаленные результаты получены в 50 - 89 % случаев [1,4,8,9,13,18-21,29,31,50]. Но такой относительно высокий процент отличных и хороших результатов достигается у больных I – II стадией ахалазии пищевода, в то время как у пациентов с III и IV стадией заболевания этот процент остается достаточно низким. Поэтому классическими показаниями к баллонной дилатации служат I и II стадии ахалазии пищевода. Однако для достижения относительно стойкого результата (то есть ремиссии на протяжении более 5 лет), даже в начальных стадиях необходимо 4 - 5 курсов по 2 - 3 сеанса дилатации, потому пациенты вынуждены постоянно прибегать к повторным процедурам. Все же многие клиники применяют баллонную дилатацию у большинства больных I – III стадий и ставят показания к хирургическому лечению только при неэффективности многократных повторных сеансов [18,20]. Частота осложнений (в виде кровотечений и перфораций пищевода) составляет 0 - 6 %; отмечается также развитие гастроэзофагеального рефлюкса после нескольких курсов дилатации (1 - 2,1 %) [1,4,8,9,13,18-21,29,31,50].

Насчитывается около 60 различных способов хирургического лечения, многие из которых теперь имеют лишь историческое значение. Традиционными показаниями к хирургическому лечению служат III и IV стадия заболевания. До появления видеоэндоскопических технологий основными способами оперативного лечения ахалазии были экстрамукозная кардиомиотомия по Геллеру трансторакальным или лапаротомным доступом с использованием различных способов фундопликации (по Суворовой, Петровскому, Тупе, Ниссену). Отличные и хорошие отдаленные результаты трансторакальной кардиомиотомии получены в 75 – 90 % случаев, лапаротомной кардиомиотомии – в 90 – 95 % случаев [1-5,17,18,20,21]. Однако трансторакальная и лапаротомная кардиомиотомия по Геллеру являются достаточно травматичными вмешательствами: частота послеоперационных осложнений составляет соответственно 4 - 15 % и 1,5 - 10 %, а летальность составляет 3 - 4 % и 0,5 - 1,4 % соответственно [1-5,17,20,21]. Несмотря на такой высокий процент послеоперационных осложнений, многие клиники по-прежнему широко используют каридиомиотомию торакотомным (реже – лапаротомным) доступом.

В настоящее время появилась возможность применения малоинвазивных операций при ахалазии пищевода. Лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по одному из известных способов (по Дору, Тупе, модификациям этих способов) является наиболее эффективным способом хирургического лечения ахалазии пищевода (отличные и хорошие результаты получены в 90 - 99 % случаев), а частота послеоперационных осложнений составляет всего 0 - 6 % [2-6,8-10,13,15-17,21-28,32-48,51]. Традиционными показаниями к лапароскопической кардиомиотомии являются III и IV стадии ахалазии пищевода и кардиоспазма, а также отсутствие эффекта от повторных дилатаций и противопоказания к дилатации. Однако, учитывая низкую частоту осложнений и хорошую переносимость лапароскопической кардиомиотомии, она могла бы использоваться как первичный метод лечения в III, IV и даже во II стадии. Так, лапароскопическая кардиомиотомия отличается меньшим временем операции, сроком пребывания больного в стационаре, периодом временной нетрудоспособности, меньшим числом послеоперационных осложнений и лучшим косметическим эффектом по сравнению с открытым вариантом. Противопоказаниями являются общие противопоказания к оперативному лечению.

Следующий спорный вопрос – о целесообразности фундопликации и ее способе при лапароскопической кардиомиотомии. Использование антирефлюксной операции снижает частоту гастроэзофагеального рефлюкса (по данным pH-мониторинга) с 10 – 50 % до 6,5 – 33 % по сравнению с миотомией в чистом виде [3,15-18,21,22,26,28,29,32,38,39,41,42,45-47,51]. Однако, у 80 – 90 % оперированных больных, несмотря на широкую кардиомиотомию, разрушающую нижний пищеводный сфинктер, не наблюдается признаков гастроэзофагеального рефлюкса. С другой стороны, использование фундопликации повышает частоту рецидива дисфагии на 1 – 5 % по сравнению с кардиомиотомией в чистом виде. При этом частота рецидивов зависит от применяемого способа фундопликации, а также от стадии заболевания. По этой причине редко используется фундопликация по Ниссену, а чаще всего используется способ Дора или Тупе. Таким образом, в настоящее время не существует строго дифференцированного подхода к использованию того или иного варианта лапароскопической кардиомиотомии.

Следовательно, в настоящее время имеется ряд спорных вопросов: 1) выбор способа лечения ахалазии пищевода (традиционные травматичные операции или современные малоинвазивные методы), 2) выбор малоинвазивного метода лечения ахалазии пищевода (баллонная дилатация или лапароскопическая кардиомиотомия) в зависимости от стадии заболевания, осложнений и проведенного ранее лечения, 3) необходимость использования фундопликации и ее способ при лапароскопической кардиомиотомии.

**Связь работы с научными программами, планами, темами**

1. Диссертационная работа выполнена в рамках плановой научной программы Одесского государственного медицинского университета «Разработка принципов функциональных органосохраняющих операций на органах грудной и брюшной полости, конечностях, с использованием эндоскопической, ультразвуковой и лазерной техники с целью повышения эффективности лечения», начатой в 2000 году (государственный регистрационный номер 0199U004300).

2. Данные об особенностях питания пациентов и клинических проявлений ахалазии пищевода включены в международное мультицентрическое исследование «Difference in epidemiologic, pathophysiologic and clinical appearance of esophageal diseases in different regions of Europe» - «Отличия в эпидемиологии, патофизиологии и клинических проявлениях болезней пищевода между разными странами Европы». В исследовании принимают участие ведущие хирургические клиники Германии, Италии, Франции, Венгрии, Румынии, Эстонии и Грузии. Программу возглавляет ведущий европейский специалист по хирургии пищеводно-желудочного перехода, член правления Европейского Общества Эндоскопических Хирургов, профессор К. Х. Фухс.

**Цель исследования**

Повысить эффективность лечения ахалазии пищевода на основе рационального использования усовершенствованных малоинвазивных методов лечения.

**Задачи исследования**

1. Провести сравнительный анализ осложнений, непосредственных и отдаленных результатов лапароскопической кардиомиотомии и трансторакальной кардиомиотомии.

2. Усовершенствовать методику лапароскопической кардиомиотомии с целью уменьшения частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений.

3. Изучить непосредственные и отдаленные результаты лапароскопической кардиомиотомии без фундопликации и лапароскопической кардиомиотомии, дополненной различными способами фундопликации, с целью рационального использования антирефлюксной процедуры.

4. Изучить непосредственные и отдаленные результаты баллонной дилатации при различных стадиях ахалазии пищевода.

5. Разработать показания к использованию малоинвазивных методов лечения ахалазии пищевода.

**Объект и предмет исследования**

Объектом исследования являются наиболее распространенное нервно-мышечное заболевание пищевода – ахалазия пищевода. Предметом исследования являются малоинвазивные методы лечения ахалазии пищевода: лапароскопическая кардиомиотомия и баллонная дилатация.

**Методы исследования**

1. Общеклинические методы исследования: опрос и сбор анамнеза с использованием оригинальной балльной шкалы симптомов, физикальное обследование.

2. Лабораторные методы исследования: общий анализ крови, глюкоза крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты у больных с легочными осложнениями, биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, билирубин, трансаминазы, амилаза, мочевина, креатинин, электролиты), коагулограмма.

3. Инструментальные методы исследования: основные (рентгеноскопия пищевода с расчетом времени пассажа контрастного вещества по пищеводу, фиброэзофагогастроскопия с биопсией слизистой оболочки пищевода и пищеводно-желудочного перехода, суточный внутрипищеводный pH-мониторинг, пищеводная манометрия) и вспомогательные (рентгеноскопия органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, спирография).

4. Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода.

5. Статистический метод исследования.

**Научная новизна полученных результатов**

1. Впервые была применена усовершенствованная методика лапароскопической кардиомиотомии, заключающаяся в использовании электрохирургического крючка с диэлектрическим покрытием (Патент України на корисну модель № 29091), которая была использована у 20 пациентов и во всех случаях позволила избежать перфорации слизистой оболочки пищевода.

2. Впервые была применена усовершенствованная методика лапароскопической кардиомиотомии, заключающаяся в наложении заплаты Surgicel nu-knit™ и Тахокомб™ на слизистую оболочку пищеводно-желудочного перехода, остающуюся после кардиомиотомии (Патент України на корисну модель № 33378), которая была использована у 16 пациентов и во всех случаях позволила избежать несостоятельности слизистой оболочки пищевода и развития дисфагии в отдаленном послеоперационном периоде.

3. Впервые на основании анализа осложнений, непосредственных и отдаленных результатов, сроков пребывания в стационаре и длительности применения наркотических анальгетиков было доказано преимущество лапароскопической кардиомиотомии по сравнению с трансторакальной кардиомиотомией.

4. Впервые на основании сравнительного анализа отдаленных результатов лапароскопической кардиомиотомии без фундопликации и кардиомиотомии, дополненной различными способами фундопликации, была доказана необходимость строго дифференцированного подхода к использованию антирефлюксной процедуры и ее способа.

5. Впервые на основании сравнительного анализа непосредственных и отдаленных результатов была доказана целесообразность использования баллонной дилатации как первичного метода лечения в I стадии ахалазии пищевода, а лапароскопической кардиомиотомии как первичного метода лечения – во II, III и IV стадиях ахалазии пищевода.

6. Впервые были разработаны показания к использованию малоинвазивных методов лечения ахалазии пищевода.

**Практическое значение полученных результатов**

1. Усовершенствованная методика лапароскопической кардиомиотомии позволяет существенно снизить частоту интраоперационной перфорации и послеоперационной несостоятельности слизистой оболочки пищевода.

2. Лапароскопическая кардиомиотомия признана операцией выбора в лечении II, III и IV стадий ахалазии пищевода.

3. Разработанный дифференцированный подход к использованию антирефлюксной процедуры при лапароскопической кардиомиотомии позволяет уменьшить частоту рецидивов и возникновения гастроэзофагеального рефлюкса.

4. Баллонная дилатация признана методом выбора в лечении I стадии ахалазии пищевода, а также в случае рецидива после операций и при противопоказаниях к хирургическому лечению.

5. Результаты диссертационной работы используются в практической деятельности хирургических клиник Одесского государственного медицинского университета, включены в программу обучения студентов, врачей-интернов, хирургов-курсантов кафедры хирургии № 1 Одесского государственного медицинского университета МОЗ Украины.

**Личный вклад соискателя**

Диссертант сформулировал цель и задачи исследования, осуществил патентный поиск и анализ мировой литературы, осуществлял комплексное обследование большинства пациентов (в т.ч. усовершенствовал метод пищеводной манометрии и суточного pH-мониторинга), участвовал в проведении значительной части трансторакальных и лапароскопических хирургических вмешательств, самостоятельно выполнял баллонные дилатации. Провел анализ отдаленных результатов лечения, написал все разделы диссертации, сформулировал выводы и практические рекомендации. При участии соискателя разработаны усовершенствованные методики лапароскопической кардиомиотомии, получено 2 патента.

**Апробация полученных результатов**

Результаты работы доложены на 8 конференциях: «Сучасна лікувальна та діагностична ендоскопія» (Київ, 2006); «Вчені майбутнього» (Одеса, 2006); 10th World Congress of Endoscopic Surgery – 10-й Международный конгресс эндоскопических хирургов (Берлин, 2006); «Актуальные вопросы панкреатогепатобилиарной хирургии, памяти академика А. А. Шалимова» (Киев, 2007); «Сучасні діагностичні та лікувальні технології в гастроентерології» (Винница, 2007); 15th International Congress of Endoscopic Surgery – 15-й Международный конгресс эндоскопических хирургов (Афины, 2007); «Вчені майбутнього» (Одеса, 2007); заседание Одесского филиала Ассоциации хирургов Украины (Одеса, 2008).

**Публикации**

По теме диссертации опубликовано 11 работ: 4 оригинальных статьи в профильных научных журналах (в т.ч. 1 статья в зарубежном издании), 5 работ в сборниках материалов конференций (в т.ч. 2 работы в зарубежных изданиях), 2 декларационных патента. Оформлено 5 рационализаторских предложений.

**Структура диссертации**

Работа выполнена на 158 страницах машинописного текста; состоит из вступления, шести разделов, выводов и практических рекомендаций; иллюстрирована 94 рисунками и 19 таблицами. Список использованной литературы состоит из 52 публикаций (21 отечественной и 31 зарубежной).

**ВЫВОДЫ**

В диссертационной работе был впервые проведен анализ результатов различных малоинвазивных методов лечения ахалазии пищевода (баллонной дилатации; лапароскопической кардиомиотомии, дополненной разными способами фундопликации; лапароскопической кардиомиотомии без фундопликации); усовершенствована методика лапароскопической кардиомиотомии; доказаны преимущества лапароскопической кардиомиотомии по сравнению с традиционной трансторакальной кардиомиотомией; впервые выделены четкие показания к использованию малоинвазивных методов лечения ахалазии пищевода.

1. Лапароскопическая кардиомиотомия характеризуется меньшей частотой рецидивов, чем трансторакальная кардиомиотомия (5,1 % и 10,5 % соответственно, p<0,05), меньшей частотой развития гастроэзофагеального рефлюкса (2,6 % и 7,9 % соответственно, p<0,05) и меньшей частотой послеоперационных осложнений (5,1 % и 13,1 % соответственно, p<0,05), что позволяет признать лапароскопическую кардиомиотомию по Геллеру операцией выбора в лечении ахалазии пищевода.

2. Усовершенствованные методики лапароскопической кардиомиотомии позволяют избежать интраоперационной перфорации и послеоперационной несостоятельности слизистой оболочки пищевода. Так, при выполнении лапароскопической кардиомиотомии с помощью электрохирургического крючка с диэлектрическим тефлоновым покрытием у 20 пациентов, ни в одном случае интраоперационной перфорации слизистой оболочки пищевода не было. При аппликации заплаты Surgicel nu-knit™ и Тахокомб™ на слизистую оболочку пищеводно-желудочного перехода, остающуюся после кардиомиотомии у 16 пациентов и отсутствии фундопликации, ни в одном случае несостоятельности слизистой оболочки пищевода не было.

 3. Для уменьшения частоты рецидивов и гастроэзофагеального рефлюкса лапароскопическую кардиомиотомию целесообразно дополнять фундопликацией по Дору или по модифицированному способу Тупе при ахалазии пищевода, ассоциированной с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и факторами|факторами|, предрасполагающими к развитию гастроэзофагеального| рефлюкса (пилородуоденальный стеноз, дуоденостаз, ожирение, асцит и др.), а также после|потім| ушивания интраоперационной перфорации и высоком риске несостоятельности слизистой оболочки (истонченная слизистая оболочка, выраженный|виказувати,висловлювати| эзофагит).

4. Баллонная дилатация наиболее эффективна в I стадии ахалазии пищевода: через 12 месяцев после начала лечения рецидив наблюдался у 1 больного, через 24 месяца - у 2 больных и после повторных дилатаций к концу периода наблюдения (через 48 месяцев после начала лечения) рецидивов не было. У больных II стадии через 48 месяцев после начала лечения рецидивы имели место в 31,2 % случаев. У всех пациентов III стадии наблюдались рецидивы.

5. В I стадии ахалазии пищевода показана баллонная дилатация, во II, III и IV стадии показана лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Во II, III и IV стадиях ахалазии пищевода показана лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру как первичный метод лечения.

2. При лапароскопической кардиомиотомии для профилактики интраоперационной перфорации слизистой оболочки рекомендовано использовать крючок |с| защитным диэлектрическим покрытием его выпуклой|випуклої| части|частки|.

3. Лапароскопическую кардиомиотомию рекомендовано дополнять фундопликацией по Дору или по модифицированному способу Тупе при ахалазии пищевода, ассоциированной с|із| грижами пищеводного отверстия диафрагмы и факторами|факторами|, предрасполагающими к развитию гастроэзофагеального| рефлюкса (пилородуоденальный стеноз, дуоденостаз, ожирение, асцит и др.), а также после|потім| ушивания интраоперационной перфорации и высоком риске несостоятельности слизистой оболочки (истонченная слизистая оболочка, выраженный|виказувати,висловлювати| эзофагит).

4. При отсутствии вышеуказанных факторов фундопликация может не выполняться, что позволяет уменьшить вероятность рецидива и продолжительность операции. В этом случае для профилактики несостоятельности слизистой оболочки пищевода, остающейся после кардиомиотомии, рекомендовано использовать аппликацию пластини Surgicel| nu-knit™| и Тахокомб™.

5. Балонная дилатация показана в I стадии ахалазии пищевода как первичный метод лечения, а также во всех стадиях при рецидивах после|потім| перенесенной кардиомиотомии и при противопоказаниях к хирургическому лечению.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Василенко В.Х.*, Суворова Т.А., Гребенев А.Л. Ахалазия кардии: Монография. - М., Медицина, 1976. – 280 с.
2. *Велигоцкий Н.Н.*, Горбулич А.В, Комарчук В.В. и др. Методы восстановления функционально активного сфинктерного аппарата при лапароскопической коррекции ахалазии кардии // Харківська хірургічна школа. – 2005. - № 2.1. – С. 184 – 186.
3. *Видеоэндоскопическая* хирургия пищевода: Монография / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Г. Климов - Барнаул: АзБука, 2004. – 159 с.
4. *Гаджиев А.Н.* Современные представления о нейромышечных заболеваниях пищевода // Анналы хирургии. – 2000. - № 1. – С. 26 – 32.
5. *Грубник В.В.,* Загороднюк О.Н., Шипулин П.П., Грубник А.В. Лапароскопические операции при ахалазии пищевода // Клінічна хірургія. – 2003. - № 7. – С. 42 – 46.
6. *Грубник В.В.,* Малиновский А.В., Медведев О.В., Грубник A.В. Лапароскопические операции в лечении ахалазии пищевода // Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія: Матеріали Всеукраїнської наукової конференції (29-30 вересня 2006 р.). – Київ: Ассоціація лікарів-ендоскопістів України / Український журнал малоинвазивної та эндоскопічної хірургії. – 2006. - № 3. – С. 27-28.
7. *Грубник В.В.,* Мельниченко Ю.А., Малиновский А.В. Особенности диагностики и лечения воспалительно-дегенеративных заболеваний пищевода // Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія: Матеріали Всеукраїнської наукової конференції (29-30 вересня 2006 р.). – Київ: Ассоціація лікарів-ендоскопістів України / Український журнал малоинвазивної та эндоскопічної хірургії. – 2006. - № 3. – С. 26-27.
8. *Грубник В.В.,* Малиновский А.В., Медведев О.В. Сравнение эффективности лапароскопической кардиомиотомии и баллонной дилатации в лечении ахалазии пищевода // Український журнал малоинвазивної та эндоскопічної хірургії. – 2006. - № 4. – С. 22-26.
9. *Грубник В.В.,* Малиновский А.В. Миниинвазивные методы лечения ахалазии кардии // Актуальні проблеми панкреатобіліарної та судинної хірургії: Матеріали Всеукраїнської наукової конференції (26-27 лютого 2007 р.). – Київ: Інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України / Клінічна хірургія. – 2007. - Клінічна хірургія. – 2007. - № 2-3. – С. 45.
10. *Запорожан* В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. К.: Здоров’я, 2000. – 297 с.
11. *Ивашкин В.Т.,* Трухманов А.С. Болезни пищевода: патологоическая физиология, клиника, диагностика, лечение: Монография. - М., Триада-Х, 2000. – 180 с.
12. *Кімакович* В.Й., Грубнік В.В., Мельниченко Ю.А., Тумак І.М. Діагностична та лікувальна ендоскопія травного каналу: Атлас. Львів: Мс, 2003. – 220 с.
13. *Оскретков В.И.,* Казарян В.М., Ганков В.А., Климов А.Г. Выбор метода лечения больных ахалазией кардии // Вестник хирургии. – 2003. – № 1. – С. 32 – 35.
14. *Саблин* О.А., Гриневич В.Б., Успенский Ю.П., Ратников В.А. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии. М.: Триада-Х, 2003. – 125 с.
15. *Саенко* В.Ф., Тывончук А.С., Андреещев С.А. и др. Первый опыт лапароскопической эзофагокардиомиотомии при ахалазии кардии // Клінічна хірургія. - 2003. - № 2. - С. 13 – 16.
16. *Саенко* В.Ф., Тывончук О.С., Лаврик А.С. та ін. Ендохірургічний аспект лікування ахалазії кардії // Харківська хірургічна школа. - 2005. - № 2 - C. 73 – 75.
17. *Черноусов А.Ф.,* Андрианов В.А., Гаджиев А.Н., Ручкин Д.В. Хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода // Анналы хирургии. – 2001. - № 1. - C. 35 – 38.
18. *Черноусов А.Ф.,* Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Монография. - М.: Медицина, 2000. – 352 с.
19. *Черноусов А.Ф.,* Гаджиев А.Н., Шестаков А.Л. Лечение кардиоспазма и ахалазии кардии кардиодилатацией // Анналы хирургии. – 2000. - № 3. - C. 50 – 53.
20. *Шалимов* А.А., Саенко В.Ф., Шалимов С.А. Хирургия пищевода: Монография. - М.: Медицина, 1975. – 368 с.
21. *Шулутко А.М.,* Моисеев А.Ю., Казарян А.М. Эндоскопическая хирургия в лечении ахалазии пищевода // Эндоскопическая хирургия. - 2001. - № 5. - С. 16 – 20.
22. *Ackroyd R.*, Watson D.I., Devitt P., Jameison G. Laparoscopic cardiomyotomy and anterior partial fundoplication for achalasia // Surgical endoscopy. – 2001. - Vol. 15, № 7. - P. 683 -686.
23. *Alves A.,* Perniceni T., Godeberge P., Mal F. Laparoscopic Heller’s cardiomyotomy in achalasia. Is intraoperative endoscopy useful and why? // Surgical endoscopy. – 1999. - Vol. 13, № 6. – P. 600 – 603.
24. *Avtan L.,* Avci C., Guvenc H. et al. Laparoscopic myotomy for oesophageal achalasia – adding an antireflux procedure is not always necessary // Esophagus. – 2005. – Vol. 2, № 4. – P. 65 – 69.
25. *AzevedoJ.L.M.C.,* Kozu F.O., Azevedo O. et al. Wound healing of laparoscopic esophageal myotomy with or without an added gastric patch // Surgical endoscopy. – 2005. - Vol. 19, № 10. - P. 1320 – 1324.
26. [*Bonatti*](file:///G%3A%5C%D0%90%D0%A5%D0%90%D0%9B%D0%90%D0%97%D0%98%D0%AF%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%86%D1%8B%20%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B5%D1%822%5CLong-term%20results%20of%20laparoscopic%20Heller%20myotomy%20with%20partial%20fundoplication.htm##) *H.,* [Hinder](file:///G%3A%5C%D0%90%D0%A5%D0%90%D0%9B%D0%90%D0%97%D0%98%D0%AF%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%86%D1%8B%20%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B5%D1%822%5CLong-term%20results%20of%20laparoscopic%20Heller%20myotomy%20with%20partial%20fundoplication.htm##) R., [Klocker](file:///G%3A%5C%D0%90%D0%A5%D0%90%D0%9B%D0%90%D0%97%D0%98%D0%AF%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%86%D1%8B%20%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B5%D1%822%5CLong-term%20results%20of%20laparoscopic%20Heller%20myotomy%20with%20partial%20fundoplication.htm##) J., [Neuhauser](file:///G%3A%5C%D0%90%D0%A5%D0%90%D0%9B%D0%90%D0%97%D0%98%D0%AF%5C%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%86%D1%8B%20%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B5%D1%822%5CLong-term%20results%20of%20laparoscopic%20Heller%20myotomy%20with%20partial%20fundoplication.htm##) B. et al. Long-term results of laparoscopic Heller myotomy with partial fundoplication for the treatment of achalasia // American journal of surgery. – 2005. - № 12. – P. 989 – 992.
27. *Burpee S. E.,* Mamazza J., Schlachta C.M., Bendavid Y. et al. Objective analysis of gastroesophageal reflux after laparoscopic Heller myotomy: An anti-reflux procedure is required // Surgical endoscopy. – 2005. - Vol. 19, № 1. - P. 9 - 14.
28. *Costandini M*., Zaninotto G., Guirroli E., Rizzetto C. et al. The laparoscopic Heller-Dor operation remains an effective treatment for esophageal achalasia at a minimum 6-year follow-up // Surgical еndoscopy. – 2005. - Vol. 19, № 3. - P. 345 – 352.
29. *Cusumano A.,* Bonavina L., Norberto L., Baessato M. et al. Early and long-term results of pneumatic dilation in the treatment of esophageal achalasia // Surgical Endoscopy. – 1991. - Vol. 5, № 1. – P. 9 - 10.
30. *Diener U.,* Patti M.G., Molena D., Tamburini A. et al. Laparoscopic Heller myotomy relieves dysphagia in patients with achalasia and low LES pressure following pneumatic dilatation // Surgical еndoscopy. – 2001. - Vol. 15, № 7. - P. 687 – 690.
31. *Eypasch E.,* Troidl H., Sommer H., Vestweber K.H. Long-term results of Triodl’s technique of endoscopic pneumatic dilatation for achalasia of the esophagus. A prospective clinical trial // Surgical еndoscopy. – 1987. - Vol. 1, № 3. – P. 155 – 164.
32. *Fernández A.F.,* Martínez M.A., Ruiz J., Torres R. et al. Six years of experience in laparoscopic surgery of esophageal achalasia // Surgical еndoscopy. – 2003. - Vol. 17, № 1. - P. 153 - 156.
33. *Gholoum S.,* Feldman L.S., Andrew C.G., Bergman S. et al. Relationship between subjective and objective outcome measures after Heller myotomy and Dor fundoplication for achalasia // Surgical endoscopy. – 2006. - Vol. 20, № 2. - P. 214 - 218.
34. *Gorodner M.V. ,* Galvani C. , Fisichella P.M., PattiM. Preoperative lower esophageal sphincter pressure has little influence on the outcome of laparoscopic Heller myotomy for achalasia // Surgical endoscopy. – 2004. - Vol. 18, № 5. - P. 774 - 778.
35. *Grubnik V.V.,* Malinovskiy A.V., Grubnik O.V. Laparoscopic treatment of achalasia // Abstracts of 10th World Congress of Endoscopic Surgery. – 2006. – P. 10.
36. *Grubnik V.V.,* Malinovskiy A.V., Grubnik O.V. Relationship between subjective and objective data in achalasia patients after laparoscopic Heller-Dor procedure // Videosurgery and other miniinvasive techniques. - 2006. – Vol. 1, № 4. – P. 137 – 141.
37. *Iqbal A.,* Haider M., Desai K., Garg N.et al. Technique and follow-up of minimally invasive Heller myotomy for achalasia // Surgical Endoscopy. – 2006. - Vol. 20, № 3. - P. 394 – 401.
38. *Khajanchee Y.*, Kanneganti S., Leatherwood A. et al. Laparoscopic Heller Myotomy With Toupet Fundoplication. Outcomes Predictors in 121 Consecutive Patients // Archives of surgery. – 2005. – Vol. 140, № 9. – P. 827-834.
39. *Lyass S.,* Thoman D., Steiner J.P., Phillips E. Current status of an antireflux procedure in laparoscopic Heller myotomy // Surgical Endoscopy. – 2003. - Vol. 17. - № 4. - P. 554 - 558.
40. *Morino M.,* Rebecchi F., Festa V., Garrone C. Preoperative pneumatic dilatation represents a risc factor for laparoscopic Heller myotomy // Surgical еndoscopy. – 1997. - Vol. 11, № 4. – P. 359 – 361.
41. *Omura N.,* Kashiwagi H., Ishibashi Y., Yano F. et al. Laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication for the treatment of achalasia: assessment in relation to morphologic type // Surgical еndoscopy. – 2006. - Vol. 20, № 2. - P. 210 – 213.
42. *Omura N.,* Kashiwagi H., Tsuboi K., IshibashiY. Therapeutic Effects of a Laparoscopic Heller Myotomy and Dor Fundoplication on the Chest Pain Associated with Achalasia // Surgery today. – 2006. – Vol. 36, № 3. – P. 235 - 240.
43. *Patti M.,* Feo C., Diener U., Tamburini A. et al. Laparoscopic Heller myotomy relieves dysphagia in achalasia when the esophagus is dilated // Surgical еndoscopy. – 1999. - Vol. 13, № 9. – P. 843 – 847.
44. *Patti M.G.,* Galvani C., Gorodner M.V., Tedesco P. Timing of surgical intervention does not influence return of esophageal peristalsis or outcome for patients with achalasia // Surgical еndoscopy. – 2005. - Vol. 19, № 9. - P. 1188 - 1192.
45. *Perrone J. M.,* Frisella M.M. , DesaiK.M., Soper N.J. Results of laparoscopic Heller-Toupet operation for achalasia // Surgical еndoscopy. – 2004. - Vol. 18, № 10. - P. 1565 - 1571.
46. *Ramacciato G.,* Mercantini P., Amodio P.M., Corigliano N. et al. The laparoscopic approach with antireflux surgery is superior to the thoracoscopic approach for the treatment of esophageal achalasia // Surgical еndoscopy. – 2002. - Vol. 16, № 10. - P. 1431 – 1437.
47. *Richardson W.S.,* Kennedy C.I., Bolton J.S. Midterm follow-up evaluation after novel approach to anterior fundoplication for achalasia // Surgical еndoscopy. – 2006. - Vol. 20, № 12. - P. 1914 - 1918.
48. *Rosati R.,* Fumagalli U., Bona S., Bonavina L. et al. Evaluating results of laparoscopic surgery for esophageal achalasia // Surgical еndoscopy. – 1998. - Vol. 12, № 3. – P. 270 – 273.
49. *Spechler S.* [Barrett's esophagus and cancer of the gastroesophageal junction](http://www.springerlink.com/%28xk4ofx55ioadom45ej3gzv45%29/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,1,9;journal,2,9;linkingpublicationresults,1:110866,1;) // Esophagus. – 2005. - Vol. 2, № 4. - P. 169 - 173.
50. *Suarez J.,* Mearin F., Boque R., Zann V. Laparoscopic myotomy vs endoscopic dilation in the treatment of achalasia // Surgical еndoscopy. – 2002. - Vol. 16, № 1. - P. 75 - 77.
51. *TorquatiA.,* Lutfi R., Khaitan L., Sharp K.W. Heller myotomy vs Heller myotomy plus Dor fundoplication. Cost–utility analysis of a randomized trial // Surgical еndoscopy. – 2006. - Vol. 20, № 3. - P. 389 - 393.
52. *ZaninottoG.,* Vergadoro V., Annese V., Costantini M. et al. Botulinum toxin injection versus laparoscopic myotomy for the treatment of esophageal achalasia: Economic analysis of a randomized trial // Surgical еndoscopy. – 2004. - Vol. 18, № 4. - P. 691 - 695.

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>