

О. П. Дмитренко

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України», Київ, Україна

УДК 616.329/33-089

Е. П. Дмитренко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины», Киев, Украина

В статье приведен опыт лечения 65 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). У 35 (53,8 %) больных была диагностирована эндоскопически негативная форма ГЭРБ. У 7 пациентов выявлены такие осложнения, как пищевод Барретта — у 2 (3,1 %) больных, язва пищевода — у 2 (3,1 %) больных, стриктура пищевода — у 3 (4,6 %) больных. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену выполнена 39 (60 %) пациентам, по Ниссену — Розетти — 4 (6,2 %), по Тупе — 17 (26,2 %) больным, по Ниссен — Донахью — 5 (7,7 %) пациентам. Отличные и хорошие результаты после лапароскопической фундопликации получены в 62 (95,4 %) случаях. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности лапароскопической фундопликации в лечении больных с резистентными формами ГЭРБ или при ее осложненном течении.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, лапароскопическая фундопликация.

UDC 616.329/33-089

O. P. Dmytrenko

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

State Institute "National Shalimov Institute of Surgery and Transplantation NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Actuality. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) — one of the most pressing problems of modern medicine. Progression and asymptomatic GERD can lead to serious complications such as stricture of the esophagus and Barrett's esophagus. Barrett's esophagus is registered in 5–15% of patients with endoscopy in patients with GERD symptoms. Laparoscopic antireflux surgery is an effective treatment for patients with GERD, but about 4% of patients in the remote period requiring reoperation. Repeated laparoscopic antireflux surgery feasible and safe but associated with a higher risk of complications and less effective than primary surgery.

The aim of the study. Studying results of surgical treatment of gastroesophageal reflux disease.

Materials and methods. There were operated laparoscopically in 65 patients with GERD. Men were 27 (41.5%), 38 women (58.5%), mean age was (48.7±7.8) years. Nonerosive reflux disease had 35 (53.8%) patients. In 7 patients there were diagnosed complications: Barrett's esophagus — in 2 (3.1%) patients, esophageal ulcer — 2 (3.1%) patients, esophageal stricture — 3 (4.6%) patients. In 4 (6.2%) patients experienced night time reflux, 33 (50.8%) patients during the same day, in 28 (43.1%) patients in the daytime. Laparoscopic Nissen fundoplication performed 39 (60%) patients, according to Nissen–Rossetti — 4 (6.2%), by Toupet — 17 (26.2%) patients; by Nissen–Donahue — 5 (7.7%) patients. Crural closure was made in 60 (92.3%) patients, 2 (3.1%) — were implanted Proceed mesh prosthesis; conversion — 2 (3.1%) patients.

Results. Excellent and good results after laparoscopic fundoplication were obtained in 62 (95.4%) patients. At various times after surgery during the first 5 years, 3 (4.6%) patients relapsed GERD. After 2 years, 1 (1.5%) patient had manifestation of Barrett's esophagus.

Conclusions. The use of laparoscopic fundoplication in the treatment of resistant forms or complicated course of gastroesophageal reflux disease is an effective treatment.

Key words: gastroesophageal reflux disease, laparoscopic fundoplication.

Відсутність єдиної концепції діагностики та лікування, поширеність і можливість розвитку тяжких ускладнень роблять гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, яку не мож-

на повністю вирішити застосуванням сучасних медикаментів. Прогресування і безсимптомний перебіг ГЕРХ можуть призвести до розвитку таких серйозних ускладнень, як стриктура стравоходу і стравохід Барретта [1; 2]. Стравохід Бар-

ретта реєструється у 5–15 % хворих при ендоскопічному дослідженні пацієнтів із симптомами ГЕРХ [3].

Початковий успіх лапароскопічної холецистектомії спонукав хірургів до освоєння та застосування відеоендоскопіч-



них технологій і при оперативних втручаннях на стравохідно-шлунковому переході. Хірургічні лапароскопічні втручання менш травматичні, дозволяють забезпечити кращу візуалізацію та доступ. Травматичність при виконанні фундоплекції з лапаротомного доступу не дозволяє широко використовувати цей метод лікування у хворих на ГЕРХ. Впровадження лапароскопічної фундоплекції (ЛФ) дозволило більш повно вирішити проблему хірургічного лікування резистентних та ускладнених форм ГЕРХ.

Лапароскопічні антирефлюксні оперативні втручання є ефективним методом лікування хворих на ГЕРХ, але близько 4 % хворих у віддаленому періоді потребують повторної операції [4]. Повторні лапароскопічні антирефлюксні оперативні втручання доцільні й безпечні, але пов'язані з більш високим ризиком розвитку ускладнень і менш ефективні, ніж первинні операції [4; 5].

Мета дослідження — вивчення результатів хірургічного лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу.

Матеріали та методи дослідження

У клініці з 2005 по 2014 рр. з приводу ГЕРХ лапароскопічно було прооперовано 65 пацієнтів. Чоловіків було 27 (41,5 %), жінок — 38 (58,5 %), середній вік становив $(48,7 \pm 7,8)$ року. У 58 (89,2 %) пацієнтів відзначали стравохідні прояви, 7 (10,8 %) пацієнтів мали позастравохідні симптоми: у хворих уночі спостерігалися задишка та значний кашель. До операції у 35 (53,8 %) хворих діагностована ендоскопічно негативна форма ГЕРХ. У хворих із ендоскопічно позитивною формою рефлюкс-езофагіту LA-A був у 7 (10,8 %), LA-B у 8 (12,3 %), LA-C у 8 (12,3 %), LA-D у 3 (4,6 %) пацієнтів. У 7 хворих діагностовано ускладнення ГЕРХ: стра-

вохід Барретта у 2 (3,1 %), виразка стравоходу у 2 (3,1 %), стриктура стравоходу у 3 (4,6 %) хворих. У 4 (6,2 %) пацієнтів рефлюкс спостерігався уночі, у 33 (50,8 %) — однаково протягом доби, у 28 (43,1 %) — вдень. Більш ніж у половини хворих — 37 (56,9 %) — базальний рН шлунка був у межах норми. У всіх хворих тиск був значно знижений і становив у середньому $((6,25-8,44) \pm 0,97)$ мм рт. ст.; 60 хворих до операції отримували інгібітори протонної помпи (ІПП) не менш ніж 3 міс.; 15 хворих зауважили, що призначення високих доз ІПП ніяк не впливало на їх стан. Крім того, 40 пацієнтів відзначили покращання при консервативному лікуванні, але після відміни препаратів прояви ГЕРХ поновлялися, хворі були вимушені постійно приймати ІПП.

Симультанні операції виконані 8 (12,3 %) хворим. Конверсія — у 2 (3,1 %) хворих. Лапароскопічна фундація за Ніссеном виконана 39 (60 %) пацієнтам, за Ніссеном — Розетті — 4 (6,2 %), за Тупе — 17 (26,2 %), за Ніссеном — Донахью (позавагусна) — 5 (7,7 %). Крурорафія виконана 60 (92,3 %) хворим, 2 (3,1 %) імплантований сітчастий протез Proceed.

Результати дослідження та їх обговорення

Усі хворі були прооперовані в плановому порядку. Летальних випадків після операцій не було. У 4 (6,2 %) хворих розвинувся пневмомедіастіум, у 2 (3,1 %) — пневмоторакс. У 3 (4,6 %) хворих у ранні терміни спостерігались явища нестійкої дисфагії, купіровані самостійно. Середня тривалість операції становила $(256,9 \pm 80,3)$ хв.

В 1 (1,5 %) хворі протягом першого року після операції періодично з'являлася дисфагія при твердій їжі, але це особливо не впливало на стан хворі, її якість життя значно покращилася порівняно зі станом до операції.

Відмінні та добрі результати після ЛФ отримані у 62 (95,4 %) пацієнтів. У різні терміни після операції протягом перших п'яти років у 3 (4,6 %) хворих виник рецидив ГЕРХ, але у 2 (3,1 %) пацієнтів якість життя була кращою, ніж до операції. Через два роки в 1 (1,5 %) хворі посилюлися прояви стравоходу Барретта.

В інших хворих при рентгенологічному контролі не було зареєстровано гастроєзофагеального рефлюксу та порушень пасажу. При ендоскопічному дослідженні відмічалися позитивні зміни стану слизової оболонки стравоходу без застосування консервативної терапії, ерозивні зміни не діагностовано. У всіх хворих базальний рН у стравоході був у межах норми — $4,77 \pm 0,20$. При добовому рН-моніторингу у 6 (9,2 %) хворих були зареєстровані тільки поодинокі фізіологічні рефлюкси після прийому їжі. Нічних рефлюксів ми не спостерігали. Індекс DeMeester нижньої третини стравоходу становив $11,53 \pm 0,74$. Тиск нижнього стравохідного сфінктера збільшився і був у межах $(24,1 \pm 5,4)$ мм рт. ст.

Якість життя оцінювали за допомогою анкети GERD-HRQ, після операції цей показник сягав $6,4 \pm 0,6$, до операції — $38,6 \pm 2,6$.

Висновки

Застосування лапароскопічної фундоплекції при лікуванні резистентних форм чи ускладненого перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є ефективним методом лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ruigomez A. Esophageal stricture: incidence, treatment patterns, and recurrence rate / A. Ruigomez, L. A. Garcia Rodriguez, M. Wallander [et al.] // The American Journal of Gastroenterology. — 2006. — Vol. 101. — P. 2685–2692.*

2. *Prevalence of complicated gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus among racial groups in a multi-center consortium / A. Wang, N. C. Mattek, J. L. Holub [et al.] // Di-*



gestive Diseases and Sciences. – 2009. – Vol. 54. – P. 964–971.

3. *The frequency of Barrett's esophagus in high-risk patients with chronic GERD* / B. Westhoff, S. Brotze, A. Weston [et al.] // *Gastrointestinal Endoscopy*. – 2005. – Vol. 61. – P. 226–231.

4. *Laparoscopic revision of failed antireflux surgery: a systematic review* / N. R. Symons, S. Purkayastha, B. Dillemans [et al.] // *The American Journal of Gastroenterology*. – 2011. – Vol. 202, N 3. – P. 336–343.

5. *Surgical reintervention after failed antireflux surgery: a systematic review of the literature* / E. J. Furnée, W. A. Draaisma, I. A. Broeders [et al.] // *Journal of Gastrointestinal Surgery*. – 2009. – Vol. 13, N 8. – P. 1539–1549.

REFERENCES

1. Ruigomez A. Garcia Rodriguez L.A., Wallander M.A., Johansson S., Eklund S. Esophageal stricture: incidence, treatment patterns, and recurrence rate. *The American Journal of Gastroenterology*. 2006; 101: 2685–2692.

2. Wang A., Mattek N.C., Holub J.L., Lieberman D.A., Eisen G.M. Prevalence of complicated gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus among racial groups in a multi-center consortium. *Digestive Diseases and Sciences* 2009; 54: 964–971.

3. Westhoff B., Brotze S., Weston A., McElhinney C., Cherian R., Mayo M.S., Smith H.J., Sharma P. The frequency of Barrett's esophagus in high-risk pa-

tients with chronic GERD. *Gastrointestinal Endoscopy* 2005; 61: 226–231.

4. Symons N.R., Purkayastha S., Dillemans B., Athanasiou T., Hanna G.B., Darzi A., Zacharakis E. Laparoscopic revision of failed antireflux surgery: a systematic review. *The American Journal of Gastroenterology* 2011; 202 (3): 336–343.

5. Furnée E.J., Draaisma W.A., Broeders I.A., Gooszen H.G. Surgical reintervention after failed antireflux surgery: a systematic review of the literature. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2009; 13 (8): 1539–1549.

Надійшла 26.02.2015

УДК 616-007.43-072.1-08

В. В. Грубник, А. В. Малиновський

ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ ГРИЖ СТРАВХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ: АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ 2500 ОПЕРАЦІЙ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616-007.43-072.1-08

В. В. Грубник, А. В. Малиновский

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ 2500 ОПЕРАЦИЙ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

В работе представлен тщательный анализ неудовлетворительных результатов различных методик лапароскопической пластики грыж пищеводного отверстия диафрагмы по данным отдаленных исходов и повторных лапароскопических операций, выполненных у 2 % прооперированных пациентов. Повторные операции проведены без конверсий и обеспечили полную ликвидацию имеющихся расстройств. При этом основным показанием к операции служили анатомические рецидивы (86,6 %), из которых в 85 % случаев анатомический рецидив был в сочетании с функциональным. Описана классификация неудовлетворительных результатов, позволяющая унифицировать понятия и определять тактику лечения. Даны рекомендации по диагностике неудовлетворительных результатов и особенностям повторных лапароскопических операций.

Ключевые слова: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая пластика, неудовлетворительные результаты, повторные операции.

UDC 616-007.43-072.1-08

V. V. Grubnik, A. V. Malynovskyi

REASONS OF FAILURES AFTER LAPAROSCOPIC REPAIR OF HIATAL HERNIAS: ANALYSIS OF 2500 PROCEDURES

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Background. Failures occur in approximately 25% of laparoscopic procedures.

Aim of the study was to perform comprehensive analysis of failures of laparoscopic repairs of hiatal hernias, based on long-term outcomes and laparoscopic redo procedures.

Results. Laparoscopic redo procedures were necessary in 2% of operated patients. The main reasons for redo procedures were anatomical recurrences (86.6%). 85% of them were in combination with reflux recurrences. Pure reflux recurrences were reasons for redo procedures in 6.7% of cases, and oesophageal strictures — in 6.7% of cases. A new classification of failures was created and described. This classification system unifies definitions and indications for distinct treatment of each variant of failures. Recommendations about diagnostics and tips of laparoscopic redo procedures were also given.

Conclusions. 1. Small hiatal hernias require primary crural repair, large and giant ones require mesh repair.

2. Universal classification of failures defines distinct indications for redo procedures.

3. Redo laparoscopic procedures are feasible and may be highly effective in experienced centers.

Key words: hiatal hernias, laparoscopic repair, failures, redo procedures.

