

А.Р. Стасишин

*Кафедра хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти (зав. – проф. Б.О. Матвійчук)
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького*

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ, АСОЦІЙОВАНУ З ГРИЖЕЮ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Резюме. Вивчено віддалені результати хірургічного лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, асоційовану з грижею стравохідного отвору діафрагми. За стандартною методикою (лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном) протягом 2004-2019 років, у клініці прооперовано 188 пацієнтів, що склали 1-у групу досліджень. За власною методикою лапароскопічної операції при ГСОД (патент України № 59772) прооперовано 57 хворих, що склали 2-у групу досліджень. Результати лікування вивчали у кожного пацієнта перед операцією і через 3 та 36 місяців після неї. В першій групі, серед інтраопераційних ускладнень було ушкодження селезінки з кровотечею у 5 (2,7 %) хворих і карбокситоракс у 4 (2,1 %) пацієнтів. У післяопераційному періоді на 2-у добу, в одного хворого, розвинулася ТЕЛА. Летальних випадків не було. Рецидив ГСОД і ГЕРХ діагностовано в 4 обстежених пацієнтів (3,9 %) через 36 місяців після операції. В другій групі, рецидив ГСОД і ГЕРХ – в 1 пацієнта (2,6 %). Не було жодного випадку міграції антирефлюсної манжети, післяопераційних гнійно-септичних чи тромбоемболічних ускладнень.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, грижа стравохідного отвору діафрагми, лапароскопічні антирефлюксні операції.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) належить до найпоширеніших захворювань, охоплює не менше 40 % дорослого населення, зменшує соціальну активність та значно погіршує якість життя (ЯЖ) пацієнтів. Ця патологія у поєднанні з грижею стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) створює негативний вплив на ЯЖ та ризик виникнення ускладнень (стравохідно-шлункові кровотечі, стриктури, перфорації, рак стравоходу) становить одну з найактуальніших проблем медицини XXI ст. [1]. Неправильний вибір типу операції, виникнення післяопераційних ускладнень і, як наслідок, погіршення ЯЖ роблять цю патологію однією з актуальних проблем сучасної хірургії.

Невирішеним питанням лапароскопічних антирефлюксних операцій є висока частота рецидивів після пластики ГСОД. За даними досліджень, при виконанні лише крурорафії – 25 %, досягаючи 60 % у віддаленому періоді понад 10 років [2, 3]. Частота рецидивів при використанні сітчастих імплантатів порівняно з крурорафією становить 5-15 % [4-6]. Але це поліпшення, в основному, відноситься до великих ГСОД, в той час як при гігантських частота рецидивів при існуючих сьогодні методиках все ще зберігається на рівні 15-40 %, особливо у віддаленому періоді. Однак, велика частота тяжких ускладнень (стійка дисфагія, стриктури, кровотечі, міграція та пенетрація у

стравохід та середостіння) після пластик за допомогою алотрансплантату призводить до погіршення ЯЖ [7, 8].

Необхідна розробка нових способів антирефлюксних операцій, які мінімізують ймовірність рецидиву і покращать ЯЖ пацієнта після операції.

Рівень задоволення від хірургічного лікування у хворих з ГСОД та ГЕРХ становить 62-97 %, причому в довготерміновій перспективі (спостереження понад 5 років) цей показник – 80-96 %. Якість життя достовірно поліпшується після антирефлюксних лапароскопічних операцій за результатами як коротко- так довготермінових досліджень, включаючи загальні і специфічні огляди [9].

Рівень ускладнень після антирефлюксної хірургії пов'язаний із досвідом хірурга, застосовуваною методикою, інтенсивністю післяопераційного нагляду. Рівень конверсії при лапароскопічній антирефлюксній хірургії коливається в діапазоні 0-24 %, проте у більшості серій великих клінічних центрів цей показник не перевищує 2,4 % [10].

Мета дослідження: дослідити віддалені результати хірургічного лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, асоційовану з грижею стравохідного отвору діафрагми.

Матеріал і методи. За стандартною методикою (лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном) упродовж 2004-2019 років, у клініці проопе-

ровано 188 пацієнтів (95 чоловіків і 93 жінок, у віці від 26 до 74 років (середній – $48,5 \pm 1,5$), що становили 1-у групу досліджень. За власною методикою лапароскопічної операції при ГСОД (патент України № 59772) прооперовано 57 хворих (29 чоловіків і 28 жінок, у віці від 28 до 72 років (середній – $51,3 \pm 2,5$), що становили 2-у групу досліджень. Отримані числові результати досліджень опрацьовано методом варіаційної статистики з використанням пакету комп'ютерної програми медикостатистичних обчислень *STATISTICA* (Stat Soft, USA) з визначенням вірогідних діапазонів ймовірності. З метою діагностики ГСОД і ГЕРХ проводили аналіз скарг хворого, анамнезу захворювання, езофагогастроудоденоскопію (ЕГДС), 24-годинну стравохідну рН-метрію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту та грудної клітки, електрокардіографію. Візуальна аналогова шкала (ВАШ) застосовувалася як суб'єктивний метод для об'єднаної оцінки вираженості і частоти основних симптомів ГСОД і ГЕРХ. Вона являла собою 10-бальну шкалу, де мінімальні 0 балів відповідали повній відсутності симптому, а максимальні 10 балів відповідали непереносимому симптому [11]. ВАШ застосовувалася для наступних 4 груп симптомів: рефлюксних симптомів, що характеризують ступінь тяжкості ГЕРХ – «печія та/або відрижка»; больового синдрому, що характеризує ступінь тяжкості ГСОД – «болі і/або дискомфорт в епігастрії/за грудиною»; дисфагії, що характеризує тяжкість порушень перистальтики стравоходу при ГЕРХ і ГСОД і його прохідності – «утруднене і/або болісне проходження їжі і рідини» і симптомів позастровахідних ускладнень ГЕРХ і ГСОД – «кашель, задуха, захриплість, біль у серці, аритмії». Значення ВАШ використовували як критерії порівняння. Значення більше 4 балів за шкалою дисфагії вважали клінічним показником наявності порушень перистальтики стравоходу при ГЕРХ і ГСОД або порушення його прохідності.

Опитувальник якості життя *GERD-HRQL* також використовували, як суб'єктивний метод. Він складався з двох частин і дозволяв розрахувати кількісний показник якості життя в балах (від 0 до 50) і якісний показник задоволеності станом («задоволений»/«частково задоволений»/«незадоволений») [12]. Для кількісної оцінки використовували 10 запитань, відповідь на кожне з яких знаходилось у межах від 0 до 5 балів, що відповідає частоті симптому або явища: 0 – симптоми відсутні, 1 – незначно-виражені симптоми, 2 – помірно-виражені симптоми, що виникають не кожен день, 3 – помірно-виражені симптоми, що виникають щодня, 4 – дуже виражені симптоми, що виникають щодня і знижують працездатність, 5 – безперервні симптоми, що повністю порушують працездатність.

Загальний бал вираховували шляхом додавання балів за кожне запитання. Кількісні та якісні значення опитувальника *GERD-HRQL* використовували як критерії порівняння.

Результати лікування вивчали у кожного пацієнта перед операцією і через 3 та 36 місяців після неї. Для цього пацієнтам застосовувалося комплексне обстеження, що включало суб'єктивні (ВАШ, опитувальник *GERD-HRQL* і задоволеності станом) і об'єктивні методи дослідження (ЕГДС, рентгеноскопія стравоходу і шлунка, 24-год. рН-метрія).

Результати досліджень та їх обговорення. Найбільш прийнятним операційним лікуванням ГСОД і ГЕРХ є спосіб лапароскопічної операції за Ніссеном [1, 3]. Недоліком цього способу є ризик розвитку гіперфункції ремодульованої кардії та виникнення дисфагії, що становить у ранньому післяопераційному періоді від 2 до 70 %, а у віддалених термінах – від 1 до 20 %, виникнення *gas-bloat* синдрому – у 6-46 % випадках [3].

Власний спосіб лапароскопічної операції (патент України № 59772) здійснювали наступним чином: в черевну порожнину вводили п'ять троакарів, накладали карбоксиперитонеум 10-15 мм рт. ст. Препарували та мобілізували нижній сегмент стравоходу, пересікали зв'язку Лаймера-Бартеллі за допомогою електрокоагулятора *LigaSure* (Covidien, USA), виділяли печінкову гілку *p.vagus*, ідентифікували стравохідний отвір діафрагми, почергово виділяли праву та ліву ніжки діафрагми. Стравохід разом із задньою гілкою блукаючого нерва брали на трималку і виконували тракцію. Мобілізували дно шлунка шляхом пересічення коротких судин шлунка між його дном і селезінкою. Звужували стравохідний отвір зшиванням ніжок діафрагми одним або двома Z-подібними швами позаду стравоходу і одним вузловим швом спереду нього за допомогою апарату *EndoStitch* (Covidien, USA) так, щоб відстань між стравоходом і швами з обох сторін становила 10,0 мм, яку вимірювали за допомогою введеного інструмента діаметром 5,0 мм між стравоходом і швами на ніжках діафрагми спереду і ззаду. Формували антирефлюксну манжету (довжиною 2,0-3,0 см) за рахунок переміщення дна шлунка позаду стравоходу на 360° у верхній його частині за допомогою одного або двох вузлових швів *EndoStitch* із захопленням стравоходу, а у нижній його частині – на 270° , фіксували дно шлунка до стравоходу двома вузловими швами зліва і справа від стравоходу. Відстань між діафрагмою та верхнім швом на манжеті становила 3,0-4,0 см. Прохідність стравоходу перевіряли калібровочним зондом з манжетою діаметром 2,0 см.

Вимірювання площі стравохідного отвору діафрагми, згідно з методикою *Granderath* і співавт., виконували після виділення обох ніжок діафрагми, по-

вної мобілізації абдомінального відділу стравоходу та розширеної медіастінальної дисекції [13].

Для чіткого визначення незадовільних результатів лапароскопічних операцій при ГСОД і ГЕРХ використовували класифікацію за Грубніком-Малиновським [14, 15]. Кожен з варіантів незадовільних результатів визначали на підставі певної сукупності суб'єктивних і об'єктивних ознак.

Класифікація незадовільних результатів лапароскопічних операцій при ГСОД і ГЕРХ виглядала наступним чином:

I) Рецидив:

1) Анатомічний рецидив або рентгенологічний рецидив:

- а) Симптомний анатомічний рецидив,
- б) Безсимптомний анатомічний рецидив.

2) Функціональний рецидив або рецидив ГЕРХ:

- а) Симптомний функціональний рецидив,
- б) Безсимптомний функціональний рецидив.

3) Поєднання анатомічного і функціонального рецидиву.

II) Стравохідні ускладнення:

1) Тривала функціональна дисфагія або три-

вала дисфагія без стриктури.

2) «Gas-bloat»-синдром.

3) Стриктура стравоходу або стеноз стравоходу.

4) Арозія стравоходу сітчастим імплантатом.

III) Феномен телескопу.

IV) Сліпідж-синдром або синдром зісковзування фундоплікаційної манжети.

Обстежено 102 хворих 1 групи через 36 місяців після операції і 39 пацієнтів 2 групи. В першій групі, серед інтраопераційних ускладнень було ушкодження селезінки з кровотечею у 5 (2,7 %) хворих і карбокситоракс у 4 (2,1 %) пацієнтів. У післяопераційному періоді на 2-у добу, в одного хворого, розвинулася ТЕЛА. Летальних випадків не було. Рецидив ГСОД і ГЕРХ діагностовано в 4 обстежених пацієнтів (3,9 %) через 36 місяців після операції. В другій групі, рецидив ГСОД і ГЕРХ – в 1 пацієнта (2,6 %). Не було жодного випадку міграції антирефлюсної манжети, післяопераційних гнійно-септичних чи тромбоемболічних ускладнень (табл. 1, 2).

Висновки. 1. Серед ускладнень після антирефлюксних операцій найбільше значення мають

Таблиця 1

Порівняння результатів лікування через 3 місяці після операції

Показник	До операції		Після операції		Значення <i>p</i>
	1 група	2 група	1 група	2 група	
Рефлюксні симптоми за ВАШ, бали	8,5±1,8 (1-10)	7,4±2,1 (1-10)	2,9±1,2 (0-6)	1,1±1,5 (0-6)	<0,0001
Дисфагія за ВАШ, бали	3,7±1,4 (0-6)	3,5±1,9 (0-6)	2,4±1,5 (0-6)	1,0±1,2 (0-6)	<0,005
Рефлюкс-езофагіт, LA 0/A/B/C/D	2/18/15/3/1	1/22/15/2/1	33/5/1/0/0	40/1/0/0/0	<0,005
Пасаж контрасту по стравоході, сек	8,8±1,3 (3-10)	7,4±1,1 (3-10)	4,5±1,2 (3-7)	3,0±1,8 (3-7)	<0,005
Якість життя за GERD-HRQL, бали	31,5±5,4 (4-38)	28,1±2,5 (4-38)	5,5±3,4 (0-18)	1,2±2,5(0-18)	<0,0001
Індекс DeMeester (до n = 22, після n = 20)	94,6±25,0 (5,9-190,5)	90,1±18,0 (5,9-190,5)	15,5±11,8 (3,6-150,3)	7,1±18,0 (3,6-150,3)	<0,0001
Задоволеність станом, так/частково/ні	0/8/31	0/10/31	28/7/4	38/1/2	<0,005

Таблиця 2

Порівняння результатів лікування через 36 місяці після операції

Показник	До операції		Після операції		Значення <i>p</i>
	1 група	2 група	1 група	2 група	
Рефлюксні симптоми за ВАШ, бали	7,1±1,2 (1-10)	6,2±2,8 (1-10)	3,1±2,4 (0-6)	0,5±2,1 (0-6)	<0,0001
Дисфагія за ВАШ, бали	5,3±1,1 (0-6)	4,8±1,8 (0-6)	1,8±0,5 (0-6)	0±1,9 (0-6)	<0,005
Рефлюкс-езофагіт, LA 0/A/B/C/D	4/19/49/28/2	1/10/26/1/1	92/6/4/0/0	38/1/0/0/0	<0,005
Пасаж контрасту по стравоході, сек	9,1±1,5 (3-10)	8,2±1,2 (3-10)	5,2±1,8 (3-7)	3,1±1,1 (3-7)	<0,005
Якість життя за GERD-HRQL, бали	29,5±4,1 (4-38)	32,5±2,5 (4-38)	3,1±5,4 (0-18)	1,1±3,9 (0-18)	<0,0001
Індекс DeMeester (до n = 22, після n = 20)	80,6±12,0 (5,9 - 160,7)	99,1±8,2 (5,9-160,7)	14,9±9,5 (3,6-145,9)	6,5±5,0 (3,6-145,9)	<0,0001
Задоволеність станом, так/частково/ні	0/12/90	0/4/35	93/5/4	37/1/1	<0,005

рецидив ГЕРХ, ГСОД, дисфагія, gas-bloat синдром. 2. Правильний вибір типу операційного лікування та адекватний обсяг операції дають можливість покращити результати лікування хворих з ГЕРХ, асоційовану з ГСОД. 3. Запропонований спосіб лапароскопічної операції дає можливість знизити кількість післяопераційних ускладнень та підвищити якість життя хворого після операції.

Перспективи подальших досліджень. Впровадити в клінічну практику новий спосіб лапароскопічної операції при грижах стравохідного отвору діафрагми. Розробити новий спосіб діагностики та лікування ускладненої ГЕРХ. Проаналізувати та вивчити технічні моменти пов'язані з операціями з приводу ГЕРХ та ГСОД. Розробити неінвазивний спосіб діагностики ГСОД.

Список використаної літератури

1. Stefanidis D, Hope WW, Kohn GP, et al. The guidelines for surgical treatment of GERD. *Surgical endoscopy*. 2010;24(11):789-97.
2. Le Page PA, Furtado R, Hayward M, et al. Durability of giant hiatus hernia repair in 455 patients over 20 years. *Annals of the Royal college of surgeons of England*. 2015;97(3):188-93.
3. Kohn GP, Price RR, DeMeester SR, Zehetner J. The guidelines for the management of hiatal hernia. *Surgical endoscopy*. 2013;27(12):4409-28.
4. Memon MA, Memon B, Yunus RM, et al. Suture cruroplasty versus prosthetic hiatal herniorrhaphy for large hiatal hernia: a meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Annals of surgery*. 2016;263(2):258-66.
5. Tam V, Winger DG, Nason KS. A systematic review and meta-analysis of mesh vs suture cruroplasty in laparoscopic large hiatal hernia repair. *American journal of surgery*. 2016;221(1):226-38.
6. Müller-Stich BP, Kenngott HG, Gondan M, et al. Use of mesh in laparoscopic paraesophageal hernia repair: a meta-analysis and risk-benefit analysis. *Public library of science one*. 2015;10(10):e0139547.
7. Furnée Edgar, Hazebroek Eric. Mesh in laparoscopic large hiatal hernia repair: a systematic review of the literature. *Surgical endoscopy*. 2013;27(11):3998-4008.
8. Huddy JR, Markar SR, Ni MZ, et al. Laparoscopic repair of hiatus hernia: Does mesh type influence outcome? A meta-analysis and European survey study. *Surgical endoscopy*. 2016;30(12):5209-21.
9. Rosenthal R, Peterli R, Guenin MO, von Flue M, Ackermann C. Laparoscopic antireflux surgery: long-term outcomes and quality of life. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2006;16:557-61.
10. Anvari M, Allen C, Marshall J, Armstrong D, Goeree R, Ungar W, Goldsmith C. A randomized controlled trial of laparoscopic nissen fundoplication versus proton pump inhibitors for treatment of patients with chronic gastroesophageal reflux disease: One-year follow-up. *Surg Innov*. 2006;13:238-49
11. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing and health*. 1990;13(4):227-36.
12. Velanovich V. Comparison of generic (SF-36) vs. disease-specific (GERD-HRQL) quality-of-life scales for gastroesophageal reflux disease. *Journal of gastrointestinal surgery*. 1998;2(2):141-5.
13. Granderath FA, Schweiger UM, Pointner R. Laparoscopic antireflux surgery: Tailoring the hiatal closure to the size of hiatal surface area. *Surgical endoscopy*. 2007;21(4):542-8.
14. Грубник ВВ, Малиновський АВ. Критические аспекты лапароскопической хирургии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Одесса : ВМВ-типография, 2015. 106 с.
15. Грубник ВВ, Малиновський АВ. Причини незадовільних результатів лапароскопічної пластики гриж стравохідного отвору діафрагми: аналіз результатів 2500 операцій. *Одеський медичний журнал*. 2015;2:23-7.

References

1. Stefanidis D, Hope WW, Kohn GP, et al. The guidelines for surgical treatment of GERD. *Surgical endoscopy*. 2010;24(11):789-97.
2. Le Page PA, Furtado R, Hayward M, et al. Durability of giant hiatus hernia repair in 455 patients over 20 years. *Annals of the Royal college of surgeons of England*. 2015;97(3):188-93.
3. Kohn GP, Price RR, DeMeester SR, Zehetner J. The guidelines for the management of hiatal hernia. *Surgical endoscopy*. 2013;27(12):4409-28.
4. Memon MA, Memon B, Yunus RM, et al. Suture cruroplasty versus prosthetic hiatal herniorrhaphy for large hiatal hernia: a meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Annals of surgery*. 2016;263(2):258-66.
5. Tam V, Winger DG, Nason KS. A systematic review and meta-analysis of mesh vs suture cruroplasty in laparoscopic large hiatal hernia repair. *American journal of surgery*. 2016;221(1):226-38.
6. Müller-Stich BP, Kenngott HG, Gondan M, et al. Use of mesh in laparoscopic paraesophageal hernia repair: a meta-analysis and risk-benefit analysis. *Public library of science one*. 2015;10(10):e0139547.
7. Furnée Edgar, Hazebroek Eric. Mesh in laparoscopic large hiatal hernia repair: a systematic review of the literature. *Surgical endoscopy*. 2013;27(11):3998-4008.

8. Huddy JR, Markar SR, Ni MZ, et al. Laparoscopic repair of hiatus hernia: Does mesh type influence outcome? A meta-analysis and European survey study. *Surgical endoscopy*. 2016;30(12):5209-21.
9. Rosenthal R, Peterli R, Guenin MO, von Flue M, Ackermann C. Laparoscopic antireflux surgery: long-term outcomes and quality of life. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2006;16:557-61.
10. Anvari M, Allen C, Marshall J, Armstrong D, Goeree R, Ungar W, Goldsmith C. A randomized controlled trial of laparoscopic nissen fundoplication versus proton pump inhibitors for treatment of patients with chronic gastroesophageal reflux disease: One-year follow-up. *Surg Innov*. 2006;13:238-49
11. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing and health*. 1990;13(4):227-36.
12. Velanovich V. Comparison of generic (SF-36) vs. disease-specific (GERD-HRQL) quality-of-life scales for gastroesophageal reflux disease. *Journal of gastrointestinal surgery*. 1998;2(2):141-5.
13. Granderath FA, Schweiger UM, Pointner R. Laparoscopic antireflux surgery: Tailoring the hiatal closure to the size of hiatal surface area. *Surgical endoscopy*. 2007;21(4):542-8.
14. Grubnik VV, Malinovskiy AV. Kriticheskiye aspekty laparoskopicheskoy khirurgii gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni i gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy. Odessa : VMV-tipografiya, 2015. 106 s. (in Russian).
15. Hrubnyk VV, Malynovs'kyi AV. Prychyny nezadovol'nykh rezul'tativ laparoskopichnoyi plastyky hryzh stravokhidnoho otvoru diafrahmy: analiz rezul'tativ 2500 operatsiy. Odes'kyi medychnyy zhurnal. 2015;2:23-7. (in Ukrainian).

ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХИАТАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Резюме. Изучены результаты хирургического лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, связанной с хиатальной грыжей. По стандартной методике (лапароскопическая фундопликация Ниссена) в течение 2004-2019 гг. в клинике оперировано 188 пациентов, которые составили 1-ю группу исследований. В соответствии с новым собственным методом лапароскопической хирургии при грыже пищевода (патент № 59772) было пролечено 57 пациентов, которые составили 2-ю группу исследований. Результаты лечения были изучены у каждого пациента до операции и через 3 и 36 месяцев после нее. В первой группе интраоперационными осложнениями были повреждение селезенки с кровотечением у 5 (2,7 %) пациентов и карбокситоракс у 4 (2,1 %) пациентов. В послеоперационном периоде на 2-й день у одного больного развилась легочная эмболия. Там не было смертности. Рецидив грыжи и ГЭРБ были диагностированы у 4 пациентов (3,9%) через 36 месяцев после операции. Во второй группе рецидив грыжи и ГЭРБ – у 1 больного (2,6 %). Не было случаев миграции антирефлюксной манжеты, послеоперационных гнойно-септических или тромбоземболических осложнений.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хиатальная грыжа, лапароскопическая антирефлюксная хирургия.

LONG-TERMS OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, ASSOCIATED WITH HIATAL HERNIA

Abstract. The results of surgical treatment of patients with gastroesophageal reflux disease associated with hiatal hernia were studied. According to the standard method (laparoscopic Nissen fundoplication) during 2004-2019 in Clinic operated 188 patients, which were the 1-st group of studies. In accordance with a new own method of laparoscopic surgery under hiatal hernia (patent number 59772) – 57 patients were treated, which were the 2-nd group of studies. The results of the treatment were studied in each patient before the operation and after 3 and 36 months after it. In the first group, intraoperative complications were the damage of the spleen with bleeding in 5 (2.7 %) patients and carboxytorax in 4 (2.1 %) patients. In the postoperative period for the 2-nd day, in one patient, the pulmonary embolism developed. There were no mortality. The recurrence of hiatal hernia and GERD were diagnosed in 4 patients (3.9 %) 36 months after surgery. In the second group, the relapse of hiatal hernia and GERD – in 1 patient (2.6 %). There was no case of migration of antireflux wrap, postoperative purulent-septic or thromboembolic complications.

Key words: gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia, laparoscopic antireflux surgery.

Відомості про автора:

Стасишин Андрій Романович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Information about the author:

Stasyshyn Andrii R. – PhD, Associate Professor Department of Surgery and Endoscopy Faculty of Postgraduate Education Danylo Halytsky Lviv National Medical University.

Надійшла 14.03.2019 р.

Рецензент – проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)