

© Усенко О.Ю., Дмитренко О.П.

УДК: 616.33+616.329]-089.168

Усенко О.Ю., Дмитренко О.П.

ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова" НАМН України (вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, Україна, 03061)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Резюме. В статті наведено досвід обстеження та лікування 80 хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу. На підставі поглибленого порівняльного аналізу особливостей раннього післяопераційного періоду у двох групах хворих, оперованих лапароскопічним способом та традиційним, доведена ефективність та менша травматичність мініінвазивних втручань, про що свідчили менша тривалість подовженої штучної вентиляції легень, менші дози препаратів, які застосовували для наркозу, більш рання нормалізація систолічного артеріального тиску, частота дихання та сатурація крові киснем впродовж перших 12 год. після оперативного втручання. А також менша інтенсивність болю згідно візуальної аналогової шкали, менші дози та кратність призначення наркотичних анальгетиків, більш раннє відновлення перистальтики кишечника та активізація пацієнтів, оперованих лапароскопічно.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, лапароскопічні антирефлюксні оперативні втручання, фундоплікація, крурорафія.

Вступ

Увага фахівців всього світу, як гастроентерологів так і хірургів, направлена на вирішення питання лікування гастроєзофагальної рефлюксної хвороби. Вперше даний симптомокомплекс був описаний Н.Quinke в 1879 році, як гастроєзофагеальний рефлюкс. Однак, свій офіційний статус самостійної нозологічної одиниці гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), отримала в 1997 році на Міжнародному конгресі гастроентерологів та ендоскопістів у Генвелі [Dent et al., 1999]. За даними світової літератури поширеність ГЕРХ в країнах Західної Європи та Північної Америки становить 10-20%, в країнах Азії 5% [Dent et al., 2005]. Серед населення Росії ГЕРХ зустрічається у 27% [Исаков и др., 2008]. В Україні за офіційними даними 3,5-5%, що не відображає реальної ситуації.

Відсутність єдиної концепції діагностики і лікування, висока поширеність серед населення, розвиток таких серйозних ускладнень як, стриктура та виразка стравоходу, стравохід Барретта, роблять ГЕРХ однією з актуальних проблем сучасної медицини.

Рубцева стриктура спостерігається приблизно у 0,1% пацієнтів ГЕРХ, пептична виразка має поширеність 0,05% [Fennerty, 2003]. Стравохід Барретта рідко діагностують у пацієнтів молодше 50 років, але його реєструють у 1-2% пацієнтів старше цього віку, спрямованих на ендоскопічне дослідження. Стравохід Барретта призводить до розвитку аденокарциноми стравоходу, що щорічно складає від 0,5% до 1% випадків [Shaheen et al., 2000; Shaheen, 2002]. Впровадження в клінічну практику сучасних інгібіторів протонної помпи (ІПП) і H₂-гістамінових блокаторів дозволило значно знизити прояви ГЕРХ.

При порівнянні ефективності терапії ІПП та H₂-гістамінових блокаторів протягом 24-52 тижнів, загальна кількість рецидивів становило 22% у групі пацієнтів приймають ІПП, в порівнянні з 58% у групі хворих приймають H₂-гістамін блокатори [Donnelan et al., 2004]. При ґніченні продукції соляної кислоти усунення симптомів вдається досягти у меншого числа пацієнтів з неерозивною рефлюксною хворобою, або у хворих з езофагітом

[Knight et al., 2004]. Перебіг ГЕРХ супроводжується розвитком рецидивів відразу після припинення медикаментозної терапії, при цьому майже у 80% пацієнтів при рецидиві через 6-12 міс відзначається езофагіт [Donnelan et al., 2004].

Зниження кислотності шлунку носить симптоматичний характер, і не впливає на функцію нижнього стравохідного сфінктера, розвиток лужного рефлюксу. Усунути причину захворювання і необхідність у тривалій медикаментозній терапії можливо шляхом збільшення тиску нижнього стравохідного сфінктера, а саме використовуючи таке оперативне втручання, як фундоплікація.

Травматичність при виконанні фундоплікації з лапаротомного доступу не дозволяє широко використовувати цей метод лікування. З впровадженням в практику мініінвазивних методик, зріс інтерес до виконання лапароскопічних фундоплікацій. При виконанні відкритих і лапароскопічних фундоплікацій, відсутні будь-які значні відмінності в частоті розвитку рецидивів, проте лапароскопічна фундоплікація супроводжується більш низькою післяопераційною летальністю, меншим часом перебування в клініці після операції, більш швидкими термінами реабілітації.

Мета роботи - оцінити особливості та результати хірургічного лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, прооперованих лапароскопічним та відкритим способами.

Матеріали та методи

В основу дослідження покладено результати обстеження та хірургічного лікування 80 хворих, які були госпіталізовані з приводу ГЕРХ в ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" НАМН України за період з 2005 по 2012 рр. Всім хворим в плановому порядку була виконана корекція замикальної функції нижнього стравохідного сфінктера. В основну групу включено 41 хворий, які були прооперовано лапароскопічно, 39 хворих було прооперовано традиційним

відкритим способом.

Серед пацієнтів переважали жінки - 48 (60%), чоловіків - 32 (40%). Вік хворих коливався від 20 до 73 років, середній вік склав $(49,9 \pm 11,6)$ року, медіана 52 роки. Найвища частота захворюваності відзначена у віковій групі від 31 до 60 років.

Середня тривалість захворювання склала $(50,9 \pm 13,55)$ міс. Більшість (70%) пацієнтів вважали себе хворими протягом 2 - 10 років, 33 (41,2%) хворих - скарги турбували більше 5 років. Проведений аналіз тривалості захворювання в основній і контрольній групі свідчить про те, що пацієнти швидше погоджувалися на лапароскопічне оперативне втручання, ніж відкрите.

Ендоскопічно негативна форма ГЕРХ зареєстрована у 43 хворих: у 17 (41,2%) хворих основної групи та 26 (66,6%) хворих дослідної групи, у 3 (7,3%) хворих основної групи та 3 (7,7%) хворих дослідної групи розвинулись такі ускладнення, як виразка та стриктура стравоходу, стравохід Баррета. У структурі рефлюкс-езофагіту найбільш часто зустрічався рефлюкс-езофагіт LA-C - у 6 (15,4%) контрольної групи та 7 (17,1%) - основної групи.

Добовий рН-моніторинг був проведений 51 (63,75%) пацієнту. У цих пацієнтів діагностований патологічний шлунково-стравохідний рефлекс, а індекс DeMeester значно перевищував норму, і знаходився в межах від 42,25 до 138,51, середнє значення - $79,69 \pm 7,36$. Підвищення цього показника було зумовлене, як збільшенням кількості патологічних рефлексів, так і збільшенням їх тривалості. Найбільш часто патологічний шлунково-стравохідний рефлекс у пацієнтів з ГЕРХ відзначався протягом усього часу дослідження - у 25 (49,02%), в денні години у 23 (45,10%). Ізольований нічний рефлюкс зареєстрований у 3 (5,88%) пацієнтів. Таким чином, більш ніж у половини пацієнтів - у 28 (54,90%) - зареєстрований рефлюкс в нічний час. У 7 (17,1%) основної групи та 7 (17,9%) хворих контрольної групи визначалось порушення моторики стравоходу по гіпомоторному типу за даними показників рН-метрії, таких як кількість шлунково-стравохідних рефлексів < 4 тривалістю більше 5 хв. і тривалість найдовшого шлунково-стравохідного рефлюксу < 4 .

Манометрію стравоходу було виконано 56 (70%) пацієнтам. У 5 (6,25%) з них тиск НСС знаходився в межах норми (2,0 - 2,7 кПа) (15-20 мм рт. ст.). В інших пацієнтів тиск НСС значно був знижений і в середньому склав $(1,1 \pm 0,1)$ кПа ($8,44 \pm 0,97$) мм рт. ст. Середня довжина НСС у обстежених хворих була $(1,2 \pm 0,6)$ см.

Усі пацієнти прооперовані в клініці з приводу ГЕРХ до операції отримували консервативне лікування інгібіторами протонної помпи не менше 3 міс. Під час оперативного втручання всім хворим виконували фундоплікацію, при необхідності доповнювали хіатопластикою місцевими тканинами або за допомогою синтетичних матеріалів.

У досліджуваній групі передня крурорафія була виконана 3 (7,32%) хворим, задня - 35 (85,37%), при цьому у 3 (7,32%) - при виконанні задньої крурорафії ми вико-

ристовували тефлонові прокладки. В 1 (2,44%) пацієнта при неможливості крурорафії при хіатопластиці був імплантований синтетичний протез, поліпропіленова сітка. Повна лапароскопічна фундоплікація виконана 34 (82,95%) хворим: по Флоппі-Ніссену з достатньою мобілізацією дна шлунка без відведення блукаючого нерва була виконана 27 (65,85%) пацієнтам, фундоплікація по Ніссену в модифікації Розетті, без мобілізації дна шлунка була виконана 1 (2,44%) пацієнту, у якого була аксіальна ГСОД III ступеня з достатньо мобільною шлунково-селезінковою зв'язкою. У 6 (14,63%) хворих фундоплікаційна манжетка була сформована вневагусно. При фундоплікації по Флоппі-Ніссену і при вневагусній фундоплікації виконували мобілізацію шлунково-селезінкової зв'язки з перетином коротких судин шлунка. У пацієнтів з порушенням моторики стравоходу по гіпомоторному типу за даними манометрії і показників рН-метрії була виконана часткова задня фундоплікація по Тупе - у 7 (17,07%) хворих. При відкритих оперативних антирефлюксних втручаннях ніжки діафрагми не зшивалися у 2 (5,13%) пацієнтів. Передня крурорафія виконана 3 (7,69%) пацієнтам, іншим 34 (87,18%) пацієнтам була виконана задня крурорафія. Повна фундоплікація за Ніссеном в модифікації клініки (за Ніссеном-Шалімовим) виконана 32 (82,05%) пацієнтам, іншим 7 (17,95%) пацієнтам з порушеннями моторики стравоходу по гіпомоторному типу виконана часткова задня фундоплікація за Тупе.

Результати. Обговорення

Згідно з проведеним аналізом тривалість оперативних втручань в обох групах достовірно не відрізнялась ($p > 0,05$): $256,9 \pm 80,3$ хв. - в основній групі та $242,2 \pm 45,6$ хв. - у контрольній групі. Проте, інтраопераційна кровотрата була менша ($p < 0,05$) при лапароскопічних оперативних втручаннях і склала $147,8 \pm 44,9$ і $241,9 \pm 66,2$ мл - при відкритому доступі.

Продовжена штучна вентиляція легенів в основній групі була меншою ($45,4 \pm 61,7$ хв.), ніж в основній групі ($256,9 \pm 80,3$ хв.) ($p < 0,05$). Це свідчить, що пацієнти легше виходили з наркозу і краще переносили оперативне втручання при лапароскопічному доступі.

Незважаючи на те, що тривалість оперативних втручань достовірно не відрізнялася в обох групах, кількість введених препаратів для підтримки адекватного знеболення використовувалося менше у пацієнтів досліджуваної групи.

У хворих досліджуваної групи ЧД достовірно була нижчою, ніж у контрольній групі ($p = 0,001$) і знаходилася в межах 20 - 26 дихальних рухів за 1 хв. та 25 - 30 дихальних рухів за 1 хв. Ці показники знижувалися протягом перших 6 год у пацієнтів основної групи, в контрольній групі відмічалось протягом перших 12 год після операції ЧД залишалось високою. Сатурація крові киснем достовірно відрізнялася протягом усього часу дослідження ($p = 0,01$) і була вище в основній групі.

Показники САТ і ДАТ в групах досліджуваних хворих

були підвищені в перші 3 год. після операції. Протягом наступних 12 год. відзначалася тенденція до зниження цих показників у групі хворих, оперованих лапароскопічним доступом, а через 9 год. після операції ці показники нормалізувалися. САТ і ДАТ у пацієнтів контрольної групи були вище норми протягом перших 12 год. після операції, а нормалізація цих показників була більш тривалою. Протягом перших 6 год достовірної різниці між цими показниками в обох групах ми не відзначали ($p=0,271$ для САТ і $p=0,124$ для ДАТ), при подальшому моніторингу відзначена достовірна різниця цих показників ($p=0,01$).

ЧСС у пацієнтів обох груп була в межах норми, хоча у пацієнтів другої групи цей показник був достовірно вище через 9 і 12 год. після операції, ніж у пацієнтів першої групи ($p=0,001$).

У хворих першої групи показник ВАШ був у межах 42-47 мм в положенні лежачи і не мав достовірної тенденції до підвищення під час рухової активності. На 2-гу і 3-тю добу цей показник знижувався до 24-36 мм, істотно не відрізняючись при зміні положення тіла.

У хворих другої групи протягом перших 2 діб показник ВАШ значно був вище, ніж у пацієнтів першої групи і знаходився в межах 57 - 68 мм, тенденція до зниження відзначалася з 3-ї доби після операції. При руховій активності цей показник підвищувався до 79 мм.

В групі пацієнтів, оперованих відкритим методом інтенсивність і тривалість больового синдрому була значно вищою, ніж у пацієнтів досліджуваної групи. Більш ніж половина пацієнтів, прооперованих відкритим доступом потребувала призначення наркотичних анальгетиків протягом перших 3 діб, в групі хворих оперованих лапароскопічним доступом тільки 3 (7,32%) пацієнта потребували призначення наркотичних анальгетиків протягом 1-ї доби.

Післяопераційна активізація пацієнтів була в 2 рази швидше і легше у хворих, прооперованих лапароскопічно: середні строки активізації пацієнтів були в межах ($1,1 \pm 0,3$) доби у пацієнтів основної групи та ($2,2 \pm 0,7$) доби у хворих контрольної групи.

Нормалізація перистальтики кишечника в середньому спостерігалася на ($2,00 \pm 0,6$) доби у хворих, оперованих лапароскопічно і на ($2,7 \pm 0,7$) доби у хворих, прооперованих відкритим доступом. У 24 (61,54%) пацієнтів контрольної групи, перистальтика нормалізувалася на 3 і 4 добу після операції. У той час як, у 26 (63,41%) пацієнтів, прооперованих лапароскопічним доступом, нормалізація спостерігалася на 2-гу добу.

На 1-шу добу та впродовж раннього післяопераційного періоду хворі обох груп відзначали відсутність типових симптомів гастроєзофагеального рефлюксу, печії, регургітації, відрижки. Оцінюючі динаміку позастравохідних проявів приступи задухи в жодного хворого впродовж раннього післяопераційного періоду не турбували, але кашель періодично з'являвся у 3 хворих, але менш інтенсивний. В 1 хворого приступи порушення серцевої

діяльності збереглися, в інших 2 на протязі спостереження не турбували.

Летальних випадків, пошкодження стравоходу та ускладнень гнійно-септичного характеру у жодного пацієнта обох груп ми не спостерігали. Слід зазначити, що інтраопераційні ускладнення в основному були в період освоєння методики лапароскопічних операцій.

Віддалені результати оперативного лікування пацієнтів прооперованих з приводу ГЕРХ були вивчені нами в строки спостереження 4 роки і більше. Для оцінки якості життя пацієнтів після оперативного втручання ми використовували опитувальник GERD-HRQL.

Через 6 міс після операції нами обстежені всі прооперовані пацієнти. Відповідно 41 пацієнт основної групи і 39 - контрольної групи. З урахуванням скарг, даних інструментальних методів дослідження, і показників якості життя у пацієнтів через 6 міс хороші результати антирефлюксного оперативного втручання отримані у 100% пацієнтів прооперованих лапароскопічним доступом і у 97,44% пацієнтів прооперованих традиційним способом. У 2,56% пацієнтів контрольної групи результати хірургічного лікування розцінені як задовільні.

Через 12 міс. після операції нами обстежені 41 пацієнт основної групи і 39 пацієнтів контрольної групи. Аналізуючи дані обстеження пацієнтів при комплексній оцінці в усіх хворих обох груп отримані хороші та задовільні результати хірургічного лікування.

Через 24 міс. після операції нами обстежені 41 пацієнт основної групи і 39 хворих контрольної групи. В 1 (2,6%) пацієнтки основної групи виник рецидив захворювання з розвитком стравоходу Барретта. У 2 (5,13%) хворих контрольної групи також виник рецидив захворювання, в одного з них з розвитком рефлюкс-езофагіт LA-C. Проте, дисфагія і здуття живота не спостерігалися у жодного пацієнта. В інших хворих при добовому моніторингу рН нижньої третини стравоходу індекс DeMeester був у межах $10,53 \pm 0,92$ у хворих основної групи і $9,94 \pm 1,06$ у хворих контрольної групи, що відповідало нормі ($p<0,05$). Відповідно, ерозивні зміни з боку слизової оболонки стравоходу відзначалися у трьох вищеописаних пацієнтів, у решти хворих при ендоскопічному дослідженні слизової оболонки нижньої третини стравоходу була без змін. У середньому тиск НПС у хворих контрольної групи був ($3,8 \pm 0,5$ кПа) ($28,84 \pm 4,10$) мм рт. ст., у хворих основної групи - ($4,0 \pm 0,9$ кПа) ($29,80 \pm 6,80$) мм рт. ст. ($p<0,05$). Довжина НПС знаходилася в межах ($4,7 \pm 1,2$) і ($4,5 \pm 1,6$) см ($p<0,05$). Показник якості життя пацієнтів через 2 роки після оперативного втручання в основній групі склав $15,3 \pm 0,8$ та середнього показника $16,3 \pm 0,7$ в контрольній групі ($p<0,05$).

Через 3 роки після операції обстежено 35 (97,22%) пацієнтів основної групи і 30 (96,77%) хворих контрольної групи. У 2 (6,44%) хворих контрольної групи періодично відзначалися скарги на печію і регургітацію. При ендоскопічному дослідженні в одного з них діагностовано рефлюкс-езофагіт LA-C, індекс DeMeester свідчив

про наявність гастроєзофагеального рефлюксу. Пацієнти змушені були повернутися до прийому медикаментозного лікування. Незважаючи на відновлення симптоматики ГЕРХ тяжкість її прояву була меншою, ніж до операції, що так само відбилося на зниженні дози і кратності прийому ІПП. В інших пацієнтів дані рН-метрії та манометрії були в межах норми і подібні з результатами обстеження рік тому. Оцінка інтегрального показника якості життя в ці строки згідно опитувальника GERD-HRQL відповідала даним отриманим рік тому: в основній групі $15,6 \pm 0,8$, в контрольній групі $16,1 \pm 0,7$ ($p < 0,05$).

Через 4 роки і більше після оперативного втручання дані обстеження були подібні з результатами обстеження через 2 роки після операції. Рецидив ГЕРХ був діагностований в 1 (2,78%) хворого основної групи і 2 (5,13%) хворих контрольної групи. Пацієнти повернулися до прийому медикаментозних препаратів, проте, дози і кратність прийому інгібіторів протонної помпи були меншими, ніж до операції. Незважаючи на рецидив ГЕРХ якість життя цих пацієнтів було вище, ніж до операції і в цілому пацієнти були задоволені результатами лікування. Дані опитувальника GERD-HRQL отримані у строки спостереження більше 4 років практично не відрізнялися від даних отриманих через 3 і 4 роки: в основній групі - $15,4 \pm 0,8$, в контрольній групі - $16,4 \pm 0,6$ ($p < 0,05$).

Аналізуючи причини рецидиву ГЕРХ, можна відзначити, що у 2 пацієнтів це було пов'язано з наявністю вихідної грижі стравохідного отвору з коротким стравоходом, в однієї пацієнтки з порушенням режиму харчування. Незважаючи на отримані незадовільні результати (рецидив ГЕРХ), якість життя цих пацієнтів було

вище, ніж до операції. Це пояснюється зниженням кратності і дози призначення медикаментозної терапії, а так само зменшенням тяжкості проявів основних та позастравохідних проявів ГЕРХ.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Лапароскопічні антирефлюксні втручання при лікуванні пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою дозволяють отримати хороші та задовільні результати у 97% хворих в строки спостереження 4 роки і більше.

2. Тривалість лапароскопічних і відкритих антирефлюксних оперативних втручань достовірно не відрізняється, але інтраопераційна крововтрата, кількість використаних препаратів для наркозу, продовжена штучна вентиляція легенів менша у пацієнтів після лапароскопічних оперативних втручань.

3. Специфічні постфундоплакаційні скарги, такі як дисфагія, здуття живота, спостерігалися у пацієнтів обох груп у строки спостереження до 6 міс. у хворих, які перенесли повну фундоплакацію, але не впливали на якість життя пацієнтів. Рецидиви ГЕРХ були зареєстровані в строки спостереження більше 2 років як в основній, так і в контрольній групі.

Лапароскопічна фундоплакація є ефективним методом лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, що дозволяє нормалізувати індекс DeMeestr, підвищити тиск нижнього стравохідного отвору і нормалізувати стан слизової стравохідно-шлункового переходу.

Список літератури

- Анализ распространенности изжоги: Национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения (АРИАНДА) / В.А. Исаков, С.В. Мороз, Е.С. Ставраки, Р.М. Комаров // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. - 2008. - № 1. - С. 20-30.
- An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report / J. Dent, J. Brun, A.M. Fendric [et al.] // Gut. - 1999. - Vol. 44. - S. 1-16.
- Epidemiology of gastro-esophageal reflux disease: A systematic review / J. Dent, H.B. El-Serag, M.A. Wallander, S. Johansson // Gut. - 2005. - Vol. 54. - P. 11-19.
- Ethnicity, gender, and socioeconomic status as risk factors for esophagitis and Barrett's esophagus / A.C. Ford, D. Forman, P.D. Reynolds [et al.] // Am.J.Epidemiol. - 2005. - Vol. 162. - P. 454-460.
- Evidence-based appraisal of antireflux fundoplication / M. Catarci, P. Gentileschi, C. Papi [et al.] // Ann. Surg. - 2004. - Vol. 239. - P. 325-37.
- Fennerty M.B. The continuum of GERD complications / M.B. Fennerty // Cleve Clin. J. Med. - 2003. - Vol. 70. - P. S33-50.
- Is there publication bias in the reporting of cancer risk in Barrett's esophagus? / N.J. Shaheen, M.A. Crosby, E.M. Bozynski, R.S. Sandler // Gastroenterology. - 2000. - Vol. 119. - P. 333-338.
- Knight K.Jr. Effectiveness of proton pump inhibitors in nonerosive reflux disease / K.Jr. Knight, J.J. Ofman, R. Fass // Clin. Gastroenterol. Hepatol. - 2004. - Vol. 2. - P. 656-664.
- Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease / C. Donnelan, N. Sharma, C. Preston, P. Moayyedi // Cochrane Database Syst. Rev. - 2004. - Vol. 4. - CD003245.
- Shaheen N. Gastroesophageal reflux, barrett esophagus and esophageal cancer: scientific review / N. Shaheen, D.F. Ransohoff // JAMA. - 2002. - Vol. 287. - P. 1972-1981.

Усенко А.Ю., Дмитренко Е.П.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Резюме. В статье приведен опыт обследования и лечения 80 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. На основании углубленного сравнительного анализа особенностей течения раннего послеоперационного периода в двух группах больных, прооперированных лапароскопическим и традиционным способами, доказана эффективность и меньшая травматичность миниинвазивных вмешательств. О чем свидетельствует: меньшая продолжительность продленной искусственной вентиляции легких, меньшие дозы препаратов, необходимых для наркоза, более ранняя нормализация систолического артериального давления, частоты дыхания и сатурации крови кислородом в течение первых 12 часов после оперативного вмешательства. А также, меньшая интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале, дозы и кратность

назначения наркотических анальгетиков, более раннее восстановление перистальтики кишечника и активизация пациентов, оперированных лапароскопически.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, лапароскопические антирефлюксные оперативные вмешательства, фундопликация, крурорафия.

Usenko O.U., Dmytrenko O.P.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Summary. This article present experience of examination and treatment of 80 patients with GERD. On the basis of deep comparative analysis of peculiarities of early post-operational period in two groups of patients, who were operated by the use of laparoscopic and ordinary methods, efficiency and less traumatic of miniinvasive interventions is proved, as evidenced shorter duration of mechanical ventilation of lungs, smaller doses of drugs for anesthesia, earlier normalization of SBP, RR and saturation of blood with oxygen during the first 12 hours after surgery. As well as lower intensity of pain syndrome according to VAS, smaller doses and dose reduction for narcotic analgesics, early recovery of bowel peristalsis and patients activation who were operated by the use of laparoscopic method.

Key words: gastroesophageal reflux disease, laparoscopic antireflux operation, fundoplication, krurorafy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Лаврик А.С.

Стаття надійшла до редакції 30.06.2015 р.

Усенко Олександр Юрійович - д.мед.н., проф., керівник відділу хірургії стравоходу, шлунку та кишечника, директор Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38 067 466-33-30; o.usenko@shalimov.org

Дмитренко Олена Петрівна - наук. співроб. наукового відділу хірургії шлунково-кишкового тракту Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +328 098 420-16-94; dep0@list.ru
