

УДК 616.32 – 089.843 – 008.64

В.І. Русин, К.Є. Румянцев, А.В. Русин*, В.І. Ігнат*, С.С. Філіп***Кафедра хірургічних хвороб (зав. – проф. В.І. Русин); *кафедра онкології (зав. – проф. А.В. Русин);****кафедра загальної хірургії (зав. – проф. В.М. Шимон) Ужгородського національного університету*

ВПЛИВ СПОСОБУ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ ПОСТГАСТРЕКТОМІЧНИХ СИНДРОМІВ

Резюме. За період з 1997 по 2012 рр виконано 453 гастректомії з приводу раку шлунка. За способом реконструкції ШКТ після гастректомії всіх пацієнтів розподілено на 3 клінічні групи: I – із вертикальним або горизонтальним езофагоєюноанастомозом на Ру-петлі, II – із езофагоєюноанастомозом на подвійній тонкокишковій петлі, III – із включенням дванадцятипалої кишки у пасаж їжі. Встановлено, що кількість органічних ускладнень після гастректомії не перевищує 19,0% після езофагоєюноанастомії із виключеною за способом Ру петлею, та 8,0% – після езофагоєюноанастомії на подвійній петлі. Функціональні порушення виявлено у всіх хворих незалежно від способу реконструкції, і тільки при включенні у пасаж дванадцятипалої кишки їх частка зменшується до 48,0%. Самооцінка якості життя пацієнтів після гастректомії з включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки є найвищою за всіма показниками.

Ключові слова: гастректомія, езофагоєюноанастомоз, якість життя.

Єдиним радикальним методом лікування раку шлунка є хірургічний, який передбачає видалення частини або всього шлунка разом із регіонарними лімфовузлами [1]. Гастректомію слід вважати основною операцією в лікуванні раку шлунка [1, 2].

Завдяки сучасним досягненням діагностики, все більшу частину хворих оперують радикально на ранніх стадіях захворювання, коли показники 5-річного виживання сягають 70-85% і вище [1]. Проте, значна кількість радикально оперованих хворих стає інвалідами не тільки з причини пухлинного процесу, а й у результаті наслідків операції – так званих постгастректомічних синдромів [2, 3].

Гастректомія технічно засвоєна в усіх клініках, успіхи хірургії останніх десятиріч забезпечили задовільні безпосередні результати цієї операції [1-3]. Тому ще актуальнішим стало питання вивчення стану пацієнтів, що позбавлені шлунка, оскільки після гастректомії відбуваються значні зміни у всьому організмі. Пацієнти, врятовані від раку шлунка або іншої тяжкої патології шляхом гастректомії, можуть вести активний спосіб життя і зберігати працездатність тільки за умови ще інтраопераційної профілактики виникнення тяжких післягастректомічних ускладнень [4, 5].

Мета дослідження: покращити якість життя пацієнтів, які перенесли гастректомію, шляхом впровадження нових способів реконструкції травного тракту після видалення шлунка.

Матеріал і методи. За період з 1997 по 2012

нами виконано 453 гастректомії з приводу раку шлунка. За способом реконструкції шлунково-кишкового тракту (ШКТ) після гастректомії всіх пацієнтів розподілено на 3 клінічні групи. До I віднесено хворих, яким створено вертикальний або горизонтальний езофагоєюноанастомоз, із виключеною за Ру петлею тонкої кишки (за І.Б. Щепотіним, Опр-Хант-Накайма). У II групі езофагоєюноанастомоз створювали на подвійній тонкокишковій петлі із анастомозом між її привідним та відвідним коліном за Брауном (за Гілярівичем-Шалімовим, за Г.В. Бондарем). У пацієнтів III групи при реконструкції в пасаж їжі включено дванадцятипалу кишку. У частини цих хворих езофагоєюноанастомоз створювали з допомогою живлячого циркулярного апарату. Розподіл пацієнтів за групами залежно від способу реконструкції представлено в таблиці 1.

Для вивчення впливу способу реконструкції на частоту та ступінь післягастрорезекційних синдромів детально обстежено 145 хворих у післяопераційному періоді від 1 до 5 років.

Окремі клінічні ознаки патологічних синдромів після гастректомії залежали від способу реконструкції травного тракту після гастректомії (табл. 2).

При рентгенологічному обстеженні пацієнтів із пероральним прийомом суспензії сульфату барію виявлено такі рентгенологічні симптоми, як: звуження езофагоєюноанастомозу, рефлюкс суспензії у стравохід, розширення відвідної час-

© Русин В.І., Румянцев К.Є., Русин А.В., Ігнат В.І., Філіп С.С., 2014

Розподіл пацієнтів за групами, залежно від способу реконструкції ШКТ

Розширення об'єму втручання	Спосіб езофагоєюностомії						
	I			II		III	
	Ру	Орр-Хант-На-кайма	І.Б. Щепотін	Гілярович-Шалімов	Г.В. Бондар	апаратний спосіб	ручний спосіб
Кількість	18	4	32	54	262	28	55
Площина резекції ПЗ	-	-	-	-	19	-	2
Дистальна резекція підшлункової залози+спленектомія	-	2	-	-	6	-	-
Панкреатодуоденальна резекція	-	-	-	8	11	-	-
Спленектомія	-	-	-	6	13	-	-
Резекція поперечної ободової кишки	-	-	-	11	11	1	-
Геміколектомія	-	-	2	-	9	-	-
Резекція лівої частки печінки	-	-	1	4	9	-	-

Таблиця 2

Частота клінічних симптомів після гастректомії, залежно від способу езофагоєюноанастомозу

Симптоми	Спосіб реконструкції					
	з петлею за Ру n=25		з подвійною петлею n=65		з включенням у пасаж дванадцятипалої кишки n=55	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Слабкість та запаморочення після прийому їжі	17	68	7	10,8	-	-
Блювання	2	8	-	-	-	-
Схуднення	25	100	49	75,4	15	27,3
Дисфагія	8	32	3	4,6	4	7,3
Фізична слабкість	25	100	50	76,9	19	34,5
Біль в животі	12	48	15	23,1	18	32,3
Проноси	12	48	26	40	11	20
Дратівливість	7	28	14	21,5	14	25,5
Анемія	9	36	8	12,3	7	12,3

тини тонкої кишки, уповільнення евакуації із стравоходу, утворення газового міхура навколо стравохідно-кишкового анастомозу, порційне поступлення суспензії у дванадцятипалу кишку (табл. 3).

При вивченні копрограм після різних способів створення езофагоєюноанастомозів основну вагу звертали на вміст м'язових волокон у фекаліях, нейтрального жиру та жирних кислот, внутрішньо- та позаклітинного крохмалю (табл. 4).

Результати дослідження та їх обговорення. Серед 453 оперованих хворих після операції поме-

рло 18 (4%) пацієнтів.

Причини смерті залежно від способу реконструкції ШКТ представлені в таблиці 5. Після операції діагностували постгастректомічні синдроми, які поділяли на функціональні розлади, органічні ураження і поєднання органічних уражень та функціональних розладів.

Частота, з якою ми діагностували ті чи інші порушення травлення у віддаленому післяопераційному періоді, залежно від способу реконструкції ШКТ відображена на рис. 1.

Таблиця 3

Рентгенологічні ознаки ділянки гастроентероанастомозу

Рентгенологічні ознаки	Спосіб реконструкції					
	з петлею за Ру n=25		з подвійною петлею n=65		з включенням у пасаж дванадцятипалої кишки n=55	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Порушення пасажу Ва-суспензії	3	12	2	3,1	2	3,6
Рефлюкс-езофагіт	6	24	4	6,2	8	15,5
Розширення кишкової петлі	23	92	65	100	50	90,1
Порційна евакуація у відповідну тонку кишку із ділянки реконструкції	4	16	33	50,8	24	43,6
Порційна евакуація у дванадцятипалу кишку	–	–	–	–	48	87,3
Наявність газового міхура у петлі кишки	9	36	48	73,8	39	70,1

Таблиця 4

Зміни копрограми залежно від езофагоєюноанастомозу

Показники копрограми	Спосіб реконструкції					
	з петлею за Ру n=25		з подвійною петлею n=65		з включенням у пасаж дванадцятипалої кишки n=55	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
pH < 5,5	24	96	19	29,2	28	50,9
Клітковина	24	96	60	92,3	32	58,2
Крохмаль	18	72	34	52,3	19	34,5
Неперетравлені та перетравлені м'язові волокна	18	72	28	43,1	11	20
Жир нейтральний, жирні кислоти	13	52	16	24,6	11	20
Мила, йодофільна флора	21	84	57	87,7	28	50,9
Слиз	20	80	38	58,5	22	40
Лейкоцити	18	72	11	16,9	9	16,4
Еритроцити	4	16	5	7,7	5	9,1
Грибки	–	–	2	3,1	–	–

Таблиця 5

Причини смерті залежно від способу езофагоєюностомії

Спосіб езофагоєюностомії	Причина смерті					
	Неспро-можність анастомозу	Неспро-можність дванадцятипалої кишки	Мезенте-ріальний тромбоз	Панкреонекроз	ТЕЛІА	Гостра серцев недостатність
Із виключеною за Ру петлею	4	1	–	–	–	1
За Г.В. Бондарем або Гіляровичем-Шалімовим	1	3	1	1	2	–
Із включенням у пасаж дванадцятипалу кишку	2	1	–	1	–	–

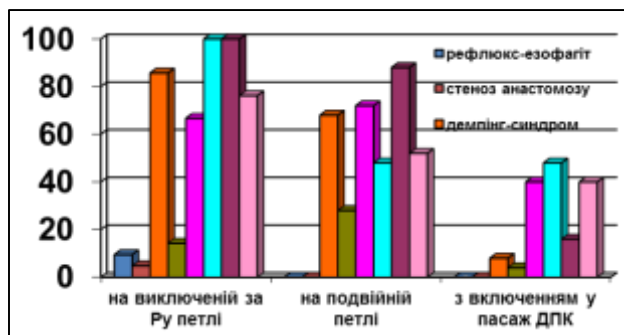


Рис. 1. Частота виявлення постгастректомічних синдромів залежно від способу реконструкції

Якість життя оцінювали за опитувальником MOS SF-36 (рис. 2).

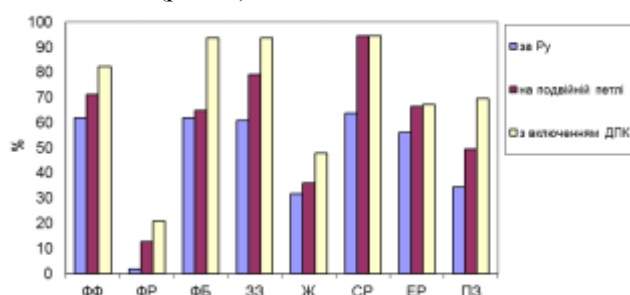


Рис. 2. Показники якості життя в групах хворих залежно від способу реконструкції ШКТ

Список використаної літератури

- Щепотин И.Б. Рак желудка: Практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И.Б. Щепотин, С.Р. Эванс. – К.: Книга Плюс, 2000. – 227 с.
- Anemia after gastrectomy for early gastric cancer: Long-term follow-up observational study / Chul-Hyun Lim, Sang Woo Kim, Won Chul Kim [et al.] // *World J Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 18, № 42. – P. 6114-6119.
- Chen X.Z. Digestive tract reconstruction pattern as a determining factor in postgastrectomy quality of life / X.Z. Chen, W.H. Zhang, K. Yang // *World J Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 7, № 20. – P. 330-332.
- Kidner T.B. A novel surgical approach for the treatment of severe alkaline reflux after total gastrectomy and Roux-en-Y reconstruction / T.B. Kidner, F. Amersi, A.W. Silberman // *Am Surg.* – 2013. – Vol. 79, № 11. – P. 1220-1221.
- Visceral fat changes after distal gastrectomy according to type of reconstruction procedure for gastric cancer / Koji Tanaka, Isao Miyashiro, Masahiko Yano [et al.] // *World J Surg. Oncol.* – 2013. – Vol. 11. – P. 146.

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА РЕКОНСТРУКЦИИ ПОСЛЕ ГАСТРЕКТОМИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ПОСТГАСТРЕКТОМИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Резюме. За период с 1997 по 2012 выполнено 453 гастрэктомии по поводу рака желудка. По способу реконструкции ЖКТ после гастрэктомии всех пациентов распределены на 3 клинические группы: I – с вертикальным или горизонтальным эзофагоэнаноанастомозом на Ру-петли, II – с эзофагоэнаноанастомозом на двойной тонкокишечной петли, III – с включением двенадцатиперстной кишки в пассаж пищи. Установлено, что количество органических осложнений после гастрэктомии не превышает 19,0% после эзофагоэнаноанастомоза с выключенной по способу Ру петель, и 8,0% – по-

Висновки. 1. Кількість органічних ускладнень після гастректомії не перевищувала 19,0% після езофагоєноностомії із виключеною за способом Ру петлею тонкої кишки та 8,0% – після езофагоєноностомії на подвійній петлі. Функціональні порушення виявлено у всіх хворих незалежно від способу реконструкції ШКТ, і тільки при включенні у пасаж дванадцятипалої кишки їх частка зменшується до 48,0%. 2. При вивченні основних видів обміну речовин у віддаленому періоді після операції виявлено, що відновлення стравохідно-кишкової безперервності включенням дванадцятипалої кишки у пасаж їжі менше порушує розщеплення та всмоктування білків, жирів і вуглеводів та позитивно впливає на дефіцит маси тіла пацієнтів. 3. Самооцінка якості життя пацієнтів після гастректомії з включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки є найвищою за всіма показниками. Після гастректомії з езофагоєноностомією із виключеною за Ру петлею тонкої кишки якість життя хворих є значно нижчою.

Перспективи наукового пошуку. Потребують подальших досліджень проблеми впливу способу реконструкції на обмін речовин в організмі. Невивченим залишається питання впливу способу реконструкції на подовженість життя хворого після гастректомії з приводу раку шлунка.

сле эзофагоэнаноанастомоза на двойной петли. Функциональные нарушения выявлены у всех больных независимо от способа реконструкции, и только при включении в пассаж двенадцатиперстной кишки их доля уменьшается до 48,0%. Самооценка качества жизни пациентов после гастрэктомии с включением в пассаж пищи двенадцатиперстной кишки является самой по всем показателям.

Ключевые слова: гастрэктомия, эзофагоэнаноанастомоз, качество жизни.

EFFECT OF RECONSTRUCTION METHOD AFTER GASTRECTOMY ON THE INCIDENCE OF POSTGASTRECTOMY SYNDROMES

Abstract. During the period of 1997-2012 453 gastrectomies for gastric cancer were performed. According to the method of the digestive tract reconstruction after gastrectomy all patients were divided into 3 clinical groups: I – with vertical or horizontal esophagojejunostomy with Roux-en-Y loop were performed; II – with double intestinal loop esophagojejunostomy; III – with the inclusion of duodenum into passage of food. The amount of

organic complications after gastrectomy was found not to exceed 19.0% after Roux-en-Y loop esophagojejunostomy, and 8.0% – after esophagojejunostomy with double intestinal loop. Functional disorders were found in all patients regardless of the method of reconstruction, and only after turning duodenum into the passage they decreased to 48.0%. Self-assessment of life quality in patients after gastrectomy with inclusion of duodenum into the passage of food was the highest in all respects.

Key words: gastrectomy, esophagojejunostomy, quality of life.

Uzhhorod National University

Надійшла 20.03.2014 р.
Рецензент – проф. Івашук О.І. (Чернівці)