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

Львівський Національний МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

**ІГНАТ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ**

УДК 616.33-089.87-036.86:614.253.8

**ВПЛИВ СПОСОБУ ГАСТРЕКТОМІЇ НА ПОДОВЖЕНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ**

14.01.03 - хірургія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Львів – 2008

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Ужгородському національному університеті МОН України

**Науковий керівник**:

доктор медичних наук, професор **Русин Андрій Васильович**, Ужгородський національний університет МОН України, професор кафедри госпітальної хірургії

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Білий Володимир Якович**, Українська військово-медична академія МО України, професор кафедри військової хірургії

доктор медичних наук, професор **Матвійчук Богдан Олегович,** Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти

Захист відбудеться 17 жовтня 2008 року о 14 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 35.600.01 у Львівському національному медичному університеті ім.Данила Галицького МОЗ України (79010, м. Львів, вул.Пекарська,69)

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Львівського національного медичного університету ім.Данила Галицького МОЗ України (79000, м.Львів, вул.Січових Стрільців,6)

Автореферат розісланий 16 вересня 2008 року

 Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Переяслов А.А.

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Шлунок людини є органом із багатогранними функціями, найважливіші з яких належать до області травлення. Ферментативна, хімічна і механічна обробка їжі в шлунку має надзвичайно важливе значення для всього травного процесу. Шлунок, знаходячись в корелятивному функціонально-морфологічному зв’язку з іншими органами травного тракту, значною мірою керує діяльністю інших травних органів (Черноусов А.Ф., 2000).

Не дивлячись на сучасні досягнення онкології, загальне число хворих на рак шлунка, смертність від цього захворювання залишається високою, а можливості ранньої діагностики пухлин не повністю реалізовані.

Єдиним радикальним методом лікування раку шлунка є хірургічний, що включає видалення частини або всього шлунка разом із регіонарними лімфовузлами. Гастректомію слід вважати основною операцією, яка дозволяє лікувати рак шлунка (Давыдов М.И. і співавт., 2003; Черноусов А.Ф. і співавт., 2005; Бондарь Г.В., 2005; Tomita R.A., 2005).

Гастректомія – складна травматична операція, яка супроводжується значною частотою післяопераційних ускладнень і летальністю, у подальшому спричиняючи виникнення різноманітних постгастректомічних патологічних станів (Горбунов В.А., Бредер В.В., 2000; Мун А.В. і співавт., 2000; Miyosbi K. et.al., 2001; Tomita R. et.al., 2001; Бондарь Г.В., 2004; Черноусов А.Ф., 2004).

Завдяки сучасним досягненням діагностики, все більшу частину хворих оперують радикально на ранніх стадіях захворювання, коли показники 5-річного виживання сягають 70-85% і вище (Nischikawa K., 2002; Давыдов М.И. и соавт., 2004). Проте значна кількість радикально оперованих хворих стає інвалідами не тільки з причини пухлинного процесу, а й в результаті наслідків операцій – так званих постгастректомічних синдромів (Бондарь Г.В. 2004; Sbiraishi N. et.al.2002; Zosanoff I 2004).

Гастректомія на сьогодні є технічно засвоєним операційним втручанням. Успіхи хірургії останніх десятиріч забезпечили задовільні безпосередні результати цієї операції (Давыдов М.И., 2003; Бондарь Г.В., 2004). Тому ще більш актуальним стало питання вивчення стану пацієнтів, що позбавлені шлунка, оскільки не викликає сумнівів той факт, що після гастректомії відбуваються серйозні порушення у всьому організмі. Доведене раніше положення про „фізіологічну допустимість” операції в теперішній час не задовольняє практичного лікаря, оскільки кількість пацієнтів після гастректомії постійно збільшується. Пацієнти, врятовані від раку шлунка або іншої важкої патології шляхом гастректомії, можуть вести активний спосіб життя і зберігати працездатність тільки за умови ще інтраопераційної профілактики виникнення важких післягастректомічних ускладнень, яка ґрунтується на розумінні патофізіологічних механізмів, що відбуваються після гастректомії.

Дотепер відомо близько 100 способів реконструкції шлунково-кишкового тракту (ШКТ) після гастректомії шляхом створенням стравохідно-кишкових анастомозів. Не викликає сумніву, що відмінності у способах впливають на характер післягастректомічних розладів. Їх частота є недопустимо високою і сягає 30-40% (Річардс В. І співавт., 2003; Бондарь Г.В. і співавт., 2006). До них відносять: рефлюкс-езофагіт, демпінг-синдром, агастральну астенію, стеноз стравохідно-кишкового анастомозу, анемію. Головні післягастректомічні ускладнення пов’язані безпосередньо із відсутністю шлунка та виключенням дванадцятипалої кишки з пасажу їжі, інші – із функціонуванням стравохідно-кишкового анастомозу та міжкишкового анастомозу (Tomita R. et.al. 2001; Nomura E. et.at. 2003; Бондарь Г.В., 2005).

Вираженість післяопераційних порушень залежить від методу реконструкції. За даними літератури, частота езофагітів коливається від 1,3 до 100%, запалення та рубцевих звужень анастомозів – від 14,5% до 32,3%, явищ демпінг-синдрому – від 3,6% до 33%, агастральної астенії – від 3,6% до 24,3%, анемії – від 0% до 33% (Клименков А.А, Юдин А.В., 1996; Tomita R. et.al., 2003; Жерлов Г.К., 2004; Nakane V. et.al., 2007).

Пошуки способів оптимальних реконструкції ШКТ, якомога близьких до відтворення фізіологічних процесів, після гастректомії, направлені на покращання якості життя хворих, продовжують залишатись актуальними.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Представлена наукова робота виконана у відповідності до плану науково-дослідницьких робіт медичного факультету Ужгородського національного університету з держбюджетної тематики (Державна реєстрація № 0105U009068): „Концепція адекватного етіопатогенетичного, трофологічного лікування гепатогенної гастропатії та виразки при хронічних захворюваннях печінки”.

**Мета і задачі дослідження.** Метою дослідження було покращання якості та подовженності життя пацієнтів після гастректомії шляхом розпрацювання та впровадження в клінічну практику нових способів реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії.

Для вирішення мети сформульовані наступні задачі:

1. Вивчити вплив способу реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії на частоту виникнення та важкість проявів агастральної астенії.
2. Вивчити вплив способу реконструкції після гастректомії на частоту виникнення та важкість проявів демпінг-синдрому.
3. Визначити частоту виникнення після гастректомії органічних ускладнень та функціональних порушень у залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.
4. Розробити способи реконструкції шлунково-кишкового тракту, які б знижували частоту функціональних і органічних порушень після гастректомії.
5. Вивчити безпосередні та віддалені результати гастректомії у залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.
6. Вивчити вплив гастректомії на якість життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді в залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.

*Об’єкт дослідження* – пацієнти після гастректомії.

*Предмет дослідження* – постгастректомічний синдром.

*Методи дослідження*: загальноклінічне обстеження хворих; лабораторні дослідження (загальні аналізи крові та сечі, визначення глікемії, біохімічний аналіз крові (визначення загального білка та білкових фракцій, білірубіну, активності глютаміново-аспарагінової та глютаміново-аланінової амінотрансфераз (АсАТ, АлАТ), тимолової, сулемова проби, лужної фосфатази, сечовини та креатиніну)); копроскопія. Апаратно-інструментальні методи: електрокардіографія, спірографія використанні для оцінки стану та функціональних резервів дихальної та серцево-судинної систем; ультразвукове дослідження використане для виявлення супутніх захворювань, оцінки поширення пухлинного процесу; оцінка стану верхніх відділів шлунково-кишкового тракту методом фіброезофагоєюнодуоденоскопії з біопсією та рН-метрією, рентгенконтрастні дослідження травного каналу) використані з метою вивчення структурних і функціональних змін верхніх відділів ШКТ. Статистична обробка використана для оцінки вірогідності відмінностей показників у групах.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Автор вивчив частоту виникнення ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, в залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.

Автор вперше вивчив частоту виникнення органічних і функціональних ускладнень у віддаленому періоді після гастректомії в залежності від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту.

Здобувач вперше довів, що спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії безпосередньо впливає на частоту виникнення і важкість перебігу постгастректомічних синдромів.

Автор вперше довів, що включення в пасаж їжі дванадцятипалої кишки при реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії знижує частоту виникнення органічних і функціональних ускладнень в післяопераційному періоді.

Автор довів, що якість життя пацієнтів безпосередньо залежить від способу реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії і є найкращою після застосування способів із включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки

Автором вперше проведена порівняльна характеристика різних способів реконструкції шлунково-кишкового тракту з огляду на профілактику демпінг-синдрому, агастральної астенії та синдрому мальабсорбції.

**Практичне значення одержаних результатів**. З метою профілактики ускладнень у ранньому післяопераційному періоді після гастректомії рекомендовано створювати гастроєюноанастомоз з клапанним антирефлюксним механізмом за Г.В. Бондарем.

З метою покращання якості життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді після гастректомії рекомендовано при реконструкції включати в пасаж їжі дванадцятипалу кишку.

Розроблено новий спосіб реконструкції після гастректомії з включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки (Пат. України на корисну модель № 30164, Пат. України на корисну модель № 301163).

Розпрацьовано та впроваджено в клінічну практику апаратний спосіб реконструкції після гастректомії у хворих на висоті кровотечі.

Використання розпрацьованого автором способу реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії із апаратним створенням езофагоєюноанастомозу при пухлинах шлунка, ускладнених кровотечею, скорочує тривалість операції і покращує безпосередні та віддалені результати.

Розпрацьовано новий спосіб реконструкції після комбінованої гастректомії з панкреатодуоденальною резекцією (Пат. України на корисну модель № 24144, Пат. України на корисну модель № 30062).

**Особистий внесок здобувача**. Автор здійснив літературний та патентний пошук за темою дисертації. Розпрацював основні теоретичні та практичні положення роботи. Внесок автора полягає у виборі напрямку і методів дослідження, підборі груп порівняння за різними методами хірургічного лікування. Автор особисто брав участь у обстеженні та лікуванні хворих. Більше ніж 2/3 хворих прооперував самостійно. Здійснював лікування у післяопераціййному періоді та диспансерне спостереження після виписки із клініки. Дисертант самостійно здійснив аналіз і узагальнення результатів дослідження, сформулював основні положення та висновки, оформив дисертацію. У наукових роботах, що опубліковані у співавторстві не використано ідеї співавторів.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення роботи викладено на: засіданнях Асоціації хірургів Закарпаття у 2004, 2006 рр.; науково-практичній конференції викладачів медичного факультету УжНУ (Ужгород, 2007); ІІ з’їзді онкологів СНД (Київ, 2000); ІІІ з’їзді онкологів і радіологів СНД (Мінськ, Білорусь, 2004); міжнародній конференції „Гепатоспленомегалія як синдром: механізми розвитку, клінічні прояви, шляхи корекції (Ужгород, 2007).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 9 наукових праць, з них 4 – у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 – у матеріалах наукового з’їзду. За темою дисертаційного дослідження отримано 4 патенти України.

**Обсяг і структура дисертації.** Матеріали дисертації викладено на 164 сторінках друкованого тексту. Дисертація складається зі вступу, 6 розділів, висновків, списку використаних джерел, який містить 119 найменувань, трьох додатків. Робота ілюстрована 25 таблицями та 49 рисунками.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріал та методи дослідження.**

Для вирішення поставленої мети і завдань дослідження у 260 оперованих хворих, на підставі аналізу відповідних клінічних параметрів вивчені найближчі результати лікування. На основі обстеження хворих, що вижили і погодились на повторне клінічне обстеження (75 пацієнтів), проведено вивчення віддалених результатів гастректомії та оцінка якості життя пацієнтів.

Вік оперованих пацієнтів – 27 - 85 років. Чоловіків було 172 (66,2%), жінок– 88 (33,8%).

Найбільшу кількість пацієнтів спостерігали у віковій категорії 50-80 років. Характерною ознакою була практична перевага чоловіків над жінками у всіх вікових категоріях, при тому, що тільки 1,2% хворих були молодшим 30 років. Переважна більшість пацієнтів – 226 (87%) були у віці 50 і більше років.

У більшості хворих – 176 (67,7%) – первинний процес локалізувався у тілі та дні шлунка. Пухлина локалізувалася у кардіальному відділі у 22,3% хворих, в антральному відділі – тільки у 26 (10%) пацієнтів.

Більша частина хворих – 207 (79,6%) – мали ІІІ-ІV стадію захворювання, при цьому пухлини ІІІа та ІІІb стадії мали 175 (67,3%) пацієнтів.

Операції виконували під внутрішньовенним комбінованим наркозом із тотальною міоплегією та штучною вентиляцією легень. Доступ у 258 хворих – верхньосерединна лапаротомія, у 2 пацієнтів – тораколапаротомія.

У віддаленому післяопераційному періоді в строк від 1 до 5 років обстежено 75 пацієнтів. Дослідження в післяопераційному періоді включали в себе крім загальноклінічних, дослідження вуглеводного обміну, білкового обміну та вивчення копрограм. Із іструментальних методів виконували рентгеноконтрастне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. При цьому оцінювали: розміри, характер стравохідно-тонкокишкового анастомозу, кишково-стравохідний рефлюкс в положенні Тренделенбурга, протяжність відвідної петлі, стан привідної, наявність або відсутність газового міхура в ділянці анастомозу, стан єюнодуоденоанастомозу, періодичність його розкриття, перистальтику ДПК.

Ендоскопічно оцінювали стан слизової стравоходу, функцію, прохідність та стан слизової оболонки ділянки анастомозу і тонкої кишки, виконували рН-метрію в стравоході та тонкій кишці. У випадку включення ДПК у пасаж їжі у хворих після гастректомії – вивчали стан слизової єюнодуоденоанастомозу, його прохідність, стан слизової ДПК. Також усім пацієнтам проводили УЗД гепатопанкреатобіліарної зони.

**Результати досліджень та їх обговорення.**

Клінічний перебіг раку шлунка у 260 хворих характеризувався наступними загальними функціональними розладами:

1. Зміна самопочуття – безпричинну слабкість, зниження працездатності – у 67 (25,8%) пацієнтів.
2. Немотивоване зниження апетиту, відразу до окремих видів їжі – у 127 (54,7%) хворих.
3. Явища шлункового дискомфорту (нудоту, блювання) – у 166 (63,8%) та 64 (24,6%) пацієнтів.
4. Втрата маси тіла – у всіх 260 хворих.
5. Стійка анемія – у 78 (30%) пацієнтів.
6. Депресія, апатія – у 87 (33,5%) осіб.

Найчастіше рак шлунка проявлявся схудненням. У хворих на рак тіла і дна шлунка без стенозу найчастіше розвивалася загальна слабкість – 84,6%, відрижка – 60,7%, біль – 59%, зниження апетиту – 54,3%, нудота – 39,7%.

При локалізації пухлини в антральній частині шлунка з явищами стенозу вихідного відділу такі симптоми, як втрату апетиту, загальну слабість, нудоту, біль, схуднення відзначено у 100% хворих, відрижку – у 92,3%, нудоту – у 84,6% пацієнтів.

Анемію у хворих без стенозу діагностовано у 25,6%, за наявності стенозу – у 69,2% хворих.

У 56 (20,8%) хворих пальпували пухлиноподібний утвір в епігастральній ділянці.

Клінічний перебіг протікання раку шлунка також залежав від локалізації пухлини. Рак нижньої третини шлунка проявлявся диспептичними розладами та болем. У міру стенозування вихідного відділу відрижка з неприємним запахом змінювалася блюванням щойно спожитою їжею.

Рак середньої третини шлунка тривалий час перебігав без явно виражених місцевих ознак. При пухлинах малої кривини одним із перших симптомів нерідко була шлункова кровотеча.

При розповсюдженні процесу на підшлункову залозу приєднувався больовий синдром.

Для клінічної картини пухлини верхньої третини шлунка характерними були сіалорея та дисфагія, що ми спостерігали у 7,7% хворих. Больовий синдром виникав у час прийому їжі.

Рак дна шлунка з усіх інших локалізацій найдовше залишався “німим”. Біль з’являвся тільки при розповсюдженні пухлини на сусідні анатомічні утвори.

Клінічний перебіг пухлини в залежності від форми росту по відношенню до стінки шлунка мав також певні особливості. Зокрема при ендогастральному рості пухлини диспептичні розлади виникли у 47% хворих, загальні розлади – у 37,8%, шлункові кровотечі – у 36.7% хворих. При екзогастральному рості диспептичні розлади відзначено тільки у 7,2% хворих, а загальні розлади – у 16,6%. При екзоендогастральному рості диспептичні розлади стверджено у 30,1% хворих, загальні розлади – у 36% хворих, шлункові кровотечі – у 9 хворих. При інфільтративному рості диспептичні розлади діагностовано у 15,7% хворих, загальні– у 9,7%, шлункові кровотечі у 10 хворих та безсимптомний перебіг захворювання у одного пацієнта.

Основними рентгенологічними ознаками раку шлунка у пролікованих пацієнтів були: деформація антрального відділу шлунка – 76%, звуження середньої третини шлунка – 12%, локальне втяжіння великої кривини шлунка – 4,2%, вкорочення малої кривини – 50%, дефект наповнення – 43,5%.

Після морфологічного дослідження видалених пухлин встановлено, що вони були високодиференційованими у 59.6% пацієнтів, середньодиференційованими – у 21%, низькодиференційованими – у 15.5%, недиференційованими – у 2.4%. Лімфосаркому шлунка діагностовано у 4 (1.5%) хворих.

Лабораторні дослідження не були високоінформативними у діагностиці раку шлунка. При загальноклінічному дослідженні крові визначали помірний лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, рідко – незначну гіпохромну анемію.

Анемію (рівень гемоглобіну нижче 100 г/л) діагностовано у 48 (20,7%) хворих, збільшення кількості лейкоцитів (понад 9,5х109/л) – у 17 (7,4%). Еозинофілію діагностували у 13 (5,7%) пацієнтів, анеозинофілію – у 8 (3,5%), відносну лімфоцитопенію – у 23 (10%) хворих. Підвищення ШОЕ відзначено у 187 (81,3%) пацієнтів. Гіпербілірубінемію (показник білірубіну вище 22 мкмоль/л) при виявлено у 12 (5,2%) пацієнтів. У них же відзначено неістотне зростання активності лужної фосфатази, що, в цілому, було характерним для 24 (10,4%) хворих. Підвищення рівня трансаміназ встановлено також у 24 (10,4%) пацієнтів. Гіпопротеінемію та диспротеїнемію виявили у 36 (15,7%) хворих, гіперглікемію – у 14 (6,1%). Результати узагальнення загальноклінічного та біохімічного аналізів крові вказують на те, що у хворих на рак шлунка відсутні будь-які характерні зміни у крові.

Суттєву різницю у показниках червоної крові стверджено у пацієнтів із шлунковою кровотечею.

Із 260 оперованих хворих у 32 гастректомія завершена накладанням класичного езофагоєюноанастомозу „кінець в кінець” із виключеною за Ру петлею тонкої кишки, за способом Орр-Хант-Накаяма прооперовано двох хворих; спосіб Гіляровича створення езофагоєюноанастомозу застосовано у 18 пацієнтів, із створенням езофагоєностомії за І.Б. Щепотіним прооперовано 11 хворих; ще у 150 хворих езофагоєюноанастомоз створено за методикою Г.В. Бондара; включення у пасаж ДПК після створення езофагоєюноанастомозу за Г.В. Бондарем (методика, розпрацьована в клініці) виконано у 16 пацієнтів, апаратний езофагоєюноанастомоз із включенням в пасаж ДПК (методика, розпрацьована в клініці) створено у 31 хворого.

На нашу думку, серед усіх методик реконструкції ШКТ найбільш близькою до відтворення фізіологічного процесу травлення є запропонована в клініці методика езофагоєюдуоденоанастомозу (ЕЄДА), яка може виконуватись, як апаратним так і ручним способами. Для здійснення цього способу реконструкції формували петлю із початкового відділу тонкої кишки, яку протягували у верхній поверх черевної порожнини через отвір у безсудинній зоні брижі поперечноободової кишки. На верхівці петлі формували „Т”-подібну муфту за Г.В. Бондарем (рис.1а). Із відвідним коліном петлі тонкої кишки створювали езофагоєюноанастомоз двохрядним швом з подальшим огортанням його сформованою муфтою. Відвідну частину петлі тонкої кишки пересікали на рівні кукси дванадцятипалої кишки та накладали єюнодуоденоанастомоз за типом „кінець в кінець” двохрядним швом із проксимальним кінцем (рис. 1б). Дистальний кінець відвідної петлі сшивали за типом „кінець в бік” із порожньою кишкою на відстані 10-15 см від зв’язки Трейца.

 

 а б

Рис. 1. Схема реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії, розроблена в клініці

а – сформована тонкокишкова петля із муфтою за Г.В. Бондарем

б – кінцевий вигляд

Створення декількох анастомозів на одній кишковій петлі може призводити до моторно-евакуаційних розладів. З метою їх профілактики в післяопераційному періоді ми забезпечували:

1. Адекватне знеболення у перші три доби після операції;

2. Корекцію водно-електролітних порушень;

3. Декомпресію жовчних шляхів та кишкової петлі;

4. Раннє ентеральне харчування.

Декомпресію привідної петлі з анастомозами та ДПК проводили через тонкий окремий назоінтестинальний зонд протягом 5-6 діб з моменту операції. Жовчну декомпресію виконували тільки у хворих після комбінованої гастректомії з панкреатодуоденальною резекцією (ПДР) шляхом зовнішнього дренування жовчної протоки.

З метою узагальнення у представлених нами пацієнтів способи реконструкції можна розділити на три основні групи:

* створення езофагоєюноанастомозу на виключеній за Ру петлі тонкої кишки за типом „кінець в кінець” або „кінець в бік” (за Орр-Хант-Накаяма) з огортанням (спосіб Гіляровича, спосіб І.Б. Щепотіна) або без огортання анастомозу тонкою кишкою;
* реконструкція за Г.В. Бондарем із створенням „Т”-подібної муфти з подвійним огортанням та антирефлюксним механізмом;
* відновлення безперервності травного тракту шляхом включення в пасаж їжі дванадцятипалої кишки із створенням езофагоєюноанастомозу ручним або апаратним способом .

Серед 260 оперованих хворих після операції померло 13 (5%) пацієнтів. При цьому двоє хворих померли після гастректомії, виконаної на висоті кровотечі, що склало 6,7%.

Серед ускладнень, які безпосередньо спричинили летальний наслідок, найчастішими стали: неспроможність швів езофагоєюноанастомозу – 4 (2,3%) пацієнти, неспроможність швів кукси ДПК – 3 (1,15%) пацієнти, гострий панкреатит– 2 (0,8%), тромбоемболія легеневої артерії – 1 (0,4%), гострий мезентеріальний тромбоз – 1 (0,4%).

Для оцінки післяопераційних ускладнень в клініці прийнято користуватись класифікацією P.Clavien et al. (1992), яка регламентує 4 класи післяопераційних ускладнень.

1 клас – ускладнення, які є відхиленнями від ідеального післяопераційного перебігу, і є незагрозливими для життя та не призводять до збільшення строків непрацездатності. Такого роду ускладнення вимагають для корекції тільки процедури, під час яких пацієнт знаходиться у ліжку, і які не продовжують тривалість перебування хворого у клініці.

2 клас – потенційно небезпечні для життя ускладнення, які не приводять до залишкової непрацездатності. Їх поділяють на такі, що потребують і не потребують застосування інвазійних процедур.

3 клас – ускладнення, які призводять до стійкої втрати або зниження працездатності. Зазвичай такі ускладнення виникають після резекції органа або розвитку персистуючих захворювань, що знижують якість життя.

4 клас – смерть у результаті ускладнення.

Таким чином, число ускладнень 4 класу склало 13 (5,0%) на 260 оперованих пацієнтів.

Одна третина – 76 (29,2%) – операцій у наших хворих були комбінованими, де стандартний об’єм лімфодисекції D1  збільшувався до D2. Найчастіше з гастректомією виконували спленектомію – 12,3%, дистальну резекцію підшлункової залози (ПЗ) разом із спленектомією – 4,2%, площинну резекцію ПЗ – 5%, панкреатодуоденальну резекцію – 1.5%, резекцію товстої кишки – 6,2%.

При аналізі безпосередніх результатів слід відзначити, що найчастішими ускладненнями 2 класу стали: післяопераційний гострий панкреатит – 24 (9,2%) хворих, лівобічний піддіафрагмальний абсцес – 23 (8,8%), післяопераційний парез кишок – 21 (8,1%), евентрація – 3 (1,15%), спайкова кишкова непрохідність – 3 (1,15%) пацієнти.

Вказані ускладнення відбувались у нас переважно в період засвоєння техніки втручань та втілення розширених лімфодисекцій.

В наступні роки, впровадивши застосування синтетичних аналогів соматостатину, інгібіторів протеолітичних ферментів, антиметаболітів (5-фторурацил) протягом перших трьох діб, вдалося знизити число гострих післяопераційних панкреатитів до 4%.

Друге найчастіше ускладнення – лівобічні піддіафрагмальні абсцеси – пов’язане, на наш погляд, із неадекватним дренуванням піддіафрагмальних просторів, що також підтверджується багаточисельними публікаціями.

У термін від 1 до 5 років після операції обстежено 75 пацієнтів. Обстеження показали, що у віддаленому періоді після гастректомії з використанням езофагоєюностомії за типом “кінець у кінець” із виключеною за Ру петлею тонкої кишки в різних модифікаціях у 85,7% пацієнтів розвинувся демпінг-синдром, з них у 19% – середньої важкості; агастральну астенію та ознаки хронічного панкреатиту стверджено практично в усіх хворих. Синдром мальабсорбції діагностували у 66,7% хворих, рефлюкс-езофагіт – у 9,5%, стеноз анастомозу виявлено у 4,8% пацієнтів, анемію – у 76,2% хворих (табл. 1).

Таблиця 1

Віддалені результати лікування

|  |  |
| --- | --- |
| Післягастректомічні ознаки та функціональні порушення | Спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту |
| на виключеній за Ру петліn=21 | заГ.В. Бондаремn=25 | з включенням у пасаж ДПКn=25 | комбінована гастректомія з ПДРn=4 |
| + | – | + | – | + | – | + | – |
| Рефлюкс-езофагіт | 2 | 19 |  | 25 |  | 25 |  | 4 |
| Стеноз анастомозу | 1 | 20 |  | 25 |  | 25 |  | 4 |
| Демпінг синдромлегкийсереднійважкий | 18144 | 3 | 176 | 8 | 2 | 23 | 2 | 2 |
| Гіперглікемічний синдромлегкийсереднійважкий | 3 | 18 | 7 | 18 | 1 | 24 | 2 | 2 |
| Синдром мальабсорбціїлегкийсереднійважкий | 1414 | 2 | 18 | 7 | 10 | 15 | 4 |  |
| Агастральна астенія | 21 |  | 25 |  | 12 | 13 | 4 |  |
| Хронічний панкреатит | 21 |  | 22 | 3 | 4 | 21 | 4 |  |
| Анемія | 16 | 5 | 13 | 12 | 10 | 15 | 4 |  |

Для однакової інтерпретації отриманих даних ми розробили формалізовану карту обстежених хворих у віддаленому післяопераційному періоді.

ПІБ хворго

Вік

Відділення

№ карти стаціонарного обстеження

1. Операція –
2. Післяопераційний період – 1,2,3,4,5 років
3. Маса тіла –
4. Апетит –
5. Спосіб харчування: 3,4,5,6,7,8 разів/добу
6. Гіпоглікемічний синдром: (-) (+) легкий, середній, важкий
7. Демпінг-синдром: (-) (+) легкий, середній, важкий
8. Рефлюкс-езофагіт: (-) (+) ерозивний, фібринозний
9. Стеноз езофаго-єюноанастомозу: (-) (+)
10. Синдром “мальабсорбції”: (-) (+) легкий, середній, важкий
11. Хронічний панкреатит: (-) (+)
12. Порушення білкового обміну: (-) (+) помірні, виражені
13. Анемія: (-) (+) <120 г/л, <100 г/л, <80 г/л
14. рН н/з стравоходу та тонкої кишки: <6,0, <7,0
15. Хромоєюноезофагоскопія: (-) (+) за показаннями

Після езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем такі функціональні порушення, як рефлюкс-езофагіт, стенозування анастомозу у хворих не виникали. Водночас, агастральну астенію відзначено у 48% хворих, ознаки мальабсорбції – у 72%, хронічний панкреатит – у 88%, демпінг-синдром – у 8%, гіперглікемічний синдром – у 4%, гіпохромну анемію – у 52% хворих.

Після езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем з включенням у пасаж ДПК в нашій модифікації такі порушення, як рефлюкс-езофагіт, стеноз анастомозу, синдром провідної петлі не розвинулися. Синдром мальабсорбції діагностовано у 40% пацієнтів, агастральну астенію – у 48%, хронічний панкреатит – у 16%, демпінг синдром легкого ступеня – у 8%, гіперглікемічний синдром – у 4% хворих, гіпохромну анемію – у 40% випадків.

Після комбінованої гастректомії з панкреатодуоденальною резекцією такі порушення, як рефлюкс-езофагіт, стеноз анастомозу ми не відзначили. Проте, агастральну астенію, синдром мальабсорбції, хронічний панкреатит, гіпохромну анемію відмічено у всіх хворих, а демпінг-синдром легкого ступеня та гіперглікемічний синдром – у половини з них.

Серед оперованих хворих після реконструкції у вигляді езофагоєюноанастомозу на виключеній за Ру петлі тонкої кишки в різних модифікаціях синдром мальабсорбції розвинувся у 66,7%, після езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем – у 72%, з включенням у пасаж ДПК – тільки у 40%, а після комбінованої гастректомії із панкреатодуоденальною резекцією – практично у всіх хворих (табл.2).

Таблиця 2

Зміни копрограми у залежності від способу реконструкції ШКТ

|  |  |
| --- | --- |
| Показники копрограми | Спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту |
| на виключеній за Ру петліn=21 | заГ.В.Бондаремn=25 | з включенням у пасаж ДПКn=25 | комбінована гастректомія з ПДРn=4 |
| + | – | + | – | + | – | + | – |
| рН < 5,5 | 20 | 1 | 25 | - | 25 | - | 4 | - |
| Клітковина | 21 | - | 21 | 4 | 15 | 10 | 4 | - |
| Крохмаль | 21 | - | 18 | 7 | 15 | 10 | 4 | - |
| Крохмальні зерна | 3 | 18 | 3 | 22 | 3 | 22 | 4 | - |
| Неперетравлені та пере-травлені м’язеві волокна | 21 | - | 22 | 3 | 15 | 10 | 4 | - |
| Жир нейтральний, жирні кислоти | 21 | - | 18 | 7 | 15 | 10 | 4 | - |
| Мила, йодофільна флора | 4 | 17 | 4 | 21 | 3 | 22 | 4 | - |
| Слиз | 21 | - | 22 | 3 | 15 | 10 | 4 | - |
| Лейкоцити | 21 | - | 25 | - | 20 | 5 | 4 | - |
| Еритроцити | 21 | - | 25 | - | 15 | 10 | 4 | - |
| Грибки | 21 | - | 25 | - | 25 | - | 4 | - |

Ознаки хронічного панкреатиту після езофагоєюностомії на виключеній за Ру петлі в різних модифікаціях діагностували у 72% хворих, при включенні у пасаж ДПК ознаки хронічного панкреатиту стверджено тільки у 16% оперованих. Після комбінованих гастректомій із панкреатодуоденальною резекцією ознаки хронічного панкреатиту розвинулись у всіх хворих.

З огляду на численні і різноманітні патологічні прояви, які нерідко виникають після видалення шлунка, для клініцистів суттєве значення має єдина термінологія нозологічних форм і класифікація цих станів. Дотепер час запропоновано велику кількість класифікацій, які мають ті або інші недоліки. Очевидно, охопити у одній класифікації всі можливі розлади, які часто поєднуються або обумовлюють існування один одного неможливо, і тим самим неможливо задовольнити всіх хірургів. Уважаємо раціональним і оправданим серед усіх постгастректомічних синдромів виділяти функціональні розлади, органічні порушення і поєднання органічних порушень і функціональних розладів.

За нашими спостереженнями органічні порушення розвинулись у віддаленому періоді у 19,0% хворих після езофагоєюностомії із виключеною за Ру петлею тонкої кишки та у 8,0% – після езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем. Різноманітні функціональні порушення розвинулись практично у всіх хворих незалежно від способу реконструкції ШКТ, і тільки після способів із включенням у пасаж ДПК їхня частка знижувалася до 48,0%.

При вивченні основних видів обміну речовин у хворих через один рік і більше після операції виявлено, що відновлення природної стравохідно-кишкової безперервності включенням у пасаж ДПК істотно менше порушує розщеплення і всмоктування білків, жирів і вуглеводів, тим самим попереджаючи дефіцит маси тіла. Маса тіла пацієнтів була найменшою після застосування езофагоєюностомії за Ру без включення ДПК у пасаж – 46+2,5 кг, і найвищою при включенні у пасаж ДПК в нашій модифікації – 57+3,2 кг.

При цьому виявлено, що відсутність клапанного механізму при формуванні езофагоєюноанастомозу призводить до збільшення рН в кишці, на відміну від способів Г.В. Бондара або ЕЄДА де рН у стравоході був більшим за рН у кишці. У пацієнтів з включенням у пасаж ДПК створені кращі умови для функціональної адаптації ПЗ після операції.

Порушення вуглеводного обміну у хворих після видалення шлунка можуть проявлятись клінічною картиною, зумовленою змінами вмісту глюкози натще і після навантаження розчином глюкози. У хворих із включеною у пасаж їжі ДПК після гастректомії вивчення глікемічного профілю свідчить про значно меншу кількість хворих із гіпер-гіпоглікемічним синдромом.

При досліджені копрограм значний вміст в калі м’язевих волокон після гастректомії без включення у пасаж ДПК є свідченням порушення перетравлення білків; наявність нейтрального жиру свідчить про порушення розщеплення жирів у першій фазі, а значна кількість крохмалю вказує на порушення утилізації вуглеводів. Такі ознаки найчастіше ми і спостерігали у хворих після гастректомії без включення у пасаж ДПК.

При формуванні стравохідно-кишкового анастомозу з включенням у пасаж ДПК, обов’язковою умовою, на наш погляд, є дотримання ізоперистальтичного напрямку переміщення відрізків кишок.

При цьому і привідна і відвідна петлі, працюючи в одному напрямку, краще сприяють відповідній експозиції харчової грудки для її обробки, оскільки вся їжа „провалюється” у відвідну петлю, а інвагінаційний езофагоєюноанастомоз перешкоджає виникненню рефлюкс-езофагіту. При цьому відновлення пасажу їжі шляхом включення в акт травлення усієї гепатопанкреатодуоденальної зони сприяє порційно-ритмічному поступленню їжі в тонку кишку і нормалізує її моторику.

Вивчаючи інтегральний показник якості фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування хворого після гастректомі – якість життя (ЯЖ) –встановлено, що такі показники як фізична функція (ФФ), фізична роль (ФР), фізичний біль (ФБ), загальне здоров’я (ЗЗ), життєздатність (Ж), соціальна роль (СР), психологічне здоров’я (ПсЗ) є найвищими після використання реконструкції з включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки, і тільки ЕР (емоційна роль) знаходилася на рівні групи хворих після езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем.

Найнижчі показники ЯЖ – після способів реконструкції ШКТ за типом „кінець в кінець” із виключеною за Ру петлею тонкої кишки (рис.2).

Рис.2. Інтегральний показник якості життя після гастректомії у залежності від способу створення езофагоєюноанастомозу.

П’ятирічне виживання пацієнтів згідно канцер-реєстру ЗОКОД м. Ужгорода за період спостереження 1990-1994 рр. склало 11,7%.

П’ятирічне виживання пацієнтів за період спостереження 1995-1999рр. роки склало 13.6%.

П’ятирічне виживання оперованих хворих за період 2000-2002рр. склала 21,2%.

Згідно даних того ж канцер-реєстру чітко простежено явне збільшення п’ятирічного виживання при І стадії раку шлунка, яке, відповідно до вказаних періодів спостереження, склало 50,0%, 66,7% та 80,0%.

При ІІ стадії захворювання відсоток тих, хто вижив, виявився значно нижчим від очікуваних результатів, що, пов’язано, на наш погляд, із невірною морфологічною діагностикою при визначенні стадії захворювання.

При ІІІ стадії захворювання серед також прослідковується тенденція до збільшення відсотка тих, що вижили протягом 5 років, відповідно 8,3%, 13,3% та 19,0% хворих.

При ІV стадії захворювання прожив п’ять років тільки один пацієнт, що склало 12,5%.

При цьому післяопераційна летальність у першому масиві хворих склала 17,6% (троє померлих з 17 оперованих). У другому масиві обстежених післяопераційна летальність становила 4,5% (двоє померлих із 44 оперованих). В третьому масиві обстежених післяопераційна летальність склала 2,1% (один померлий із 47 оперованих).

Підвищення показників п’ятирічного виживання та зменшення післяопераційної летальності є свідченням певного покращення якості лікування цих пацієнтів.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання покращання якості життя, з метою лікування яких була застосована гастректомія, в результаті обгрунтування, розробки і впровадження у клінічну практику нових способів реконструкції шлунково-кишкового тракту, які суттєво зменшують кількість післяопераційних ускладнень.

1. У віддаленому післяопераційному періоді у хворих після гастректомії з використанням езофагоєюностомії за типом типу „кінець в кінець” в різних модифікаціях із виключеною за Ру петлею тонкої кишки у 87% хворих спостерігали демпінг-синдром, агастральну астенію та ознаки хронічного панкреатиту спостерігали практично у всіх хворих, синдром мальабсорбції – у 66,7%, рефлюкс-езофагіт – у 9,5%, стеноз анастомозу – у 4,8%, анемію – у 76,2%.
2. При езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем такі порушення, як рефлюкс-езофагіт, стенозування анастомозу ми не спостерігали. Агастральну астенію відмічено у 48% хворих, синдром мальабсорбції – у 72%, хронічний панкреатит – у 88%, демпінг-синдром – у 8%, гіперглікемічний синдром – у 4%, гіпохромну анемію – у 52% хворих.
3. Після езофагоєюнопластики за типом „кінець в бік” за Г.В. Бондарем з одночасним включенням у пасаж дванадцятипалої кишки в нашій модифікації рефлюкс-езофагіту, стенозування анастомозу не розвинулися. Синдром мальабсорбції відзначили у 40% пацієнтів, агастральну астенію – у 48%, хронічний панкреатит – у 16%, демпінг-сидром – у 4%, гіпохромну анемію – у 40% пацієнтів.
4. Після комбінованих гастректомій із панкреатодуоденальною резекцією рефлюкс-езофагіт, стеноз анастомозу не діагностовано. Агастральну астенію, синдром мальабсорбції, ознаки хронічного панкреатиту, гіпохромну анемію діагностували у всіх хворих, демпінг-синдром та гіперглікемічний синдром – практично у половини пацієнтів.
5. Кількість органічних ускладнень після гастректомії не перевищує 19,0% після езофагоєюностомії із виключеною за способом Ру петлею тонкої кишки та 8,0% – після езофагоєюностомії за Г.В. Бондарем. Функціональні порушення, більш або менш виражені, спостерігали виявлено у всіх хворих незалежно від способу реконструкції ШКТ, і тільки при включенні у пасаж дванадцятипалої кишки їх частка зменшується до 48,0%.
6. 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 та вуглеводів і позитивно впливає на дефіцит маси тіла пацієнтів.
7. Загальна післяопераційна летальність на 260 гастректомій склала 5% після планових втручань і 6,7% – на висоті кровотечі. Серед безпосередніх причин летального наслідку найчастішими були: неспроможність швів стравохідно-кишкового анастомозу – 2,3%, неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки – 1,15%, гострий панкреатит – 0,8%, емболія легеневої артерії – 0,4%, гострий мезентеріальний тромбоз – 0,4%. Перераховані ускладнення відбулись в групі хворих після езофагоєюностомії із виключеною за способом Ру петлею тонкої кишки в різних модифікаціях.
8. П’ятирічне виживання оперованих хворих склало 21,2% при погіршенні якості життя у вигляді демпінг-синдрому та синдрому мальабсорбції приблизно у 70% хворих після езофагоєюностомії із виключеною за Ру петлею тонкої кишки; після включення у пасаж дванадцятипалої кишки частота демпінг-синдрому зменшилася до 4%, мальабсорбції – до 40%.
9. Самооцінка якості життя пацієнтів після гастректомії з включенням у пасаж їжі дванадцятипалої кишки є найвищою за всіма показниками. Після гастректомії з езофагоєюностомією із виключеною за Ру петлею тонкої кишки якість життя хворих є значно нижчою.

**Список опублікованих праць здобувача за темою дисертації**

* + - 1. Гострий післяопераційний панкреатит, як ускладнення гастректомії / В.І. Русин, А.В. Русин, В.І. Ігнат, К.Є. Румянцев // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. – 2006. – Вип.29. – С. 113-115. *Здобувач особисто відібрав пацієнтів, виконав 80% операційних втручань, лікував пацієнтів в післяопераційному періоді, провів узагальнення отриманих результатів.*
			2. Віддалені результати гастректомії з приводу раку шлунка, ускладненого кровотечею / В.І. Русин, В.І. Ігнат, А.В. Русин, К.Є. Румянцев // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. – 2007. – Вип.30. – С. 157- 160. *Здобувач особисто здійснив відбір пацієнтів для оцінки віддалених результатів. Особисто провів опитування згідно формалізованої карти, узагальнив отримані результати. Брав участь у статистичній обробці, формулюванні висновків.*
			3. Гастропанкреатодуоденальні резекції / В.І. Русин, А.В. Русин, В.І. Ігнат, К.Є. Румянцев // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. – 2007. – Вип.31. – С. 129-133. *Здобувач особисто провів літературний пошук, виконав 50% операційних втручань, узагальнив результати та сформулював висновки.*
			4. Післягастректомічні функціональні порушення в залежності від способу езофагоєюнопластики / В.І. Русин, А.В. Русин, К.Є. Румянцев, В.І. Ігнат, Ю.А. Паканич // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. – 2008. – Т. 144., часть І. – с. 194-197. *Здобувач особисто провів літературний пошук, узагальнив результати та сформулював висновки.*
			5. Пат. 24144 Україна, МПК А61В17/11. Спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту після видалення шлунка / Русин В.І., Русин А.В., Ігнат В.І., Румянцев К.Є.; заявник і власник патенту-Русин В.І. – № u 2006 13870; заявл. 02.02.2007; опубл. 25.06.2007, Бюл. № 9. *Здобувач провів літературний і патентний пошук за темою, оформив заявку на отримання патенту.*
			6. Пат. 30062 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб реконструкції травного тракту при хірургічному лікуванні раку шлунка / Русин В.І., Русин А.В., Ігнат В.І., Румянцев К.Є.; заявник і власник патенту-Русин В.І. - № u 2007 11320; заявл. 12.10.2007; опубл. 11.02.2008, Бюл. № 3. *Здобувач провів літературний і патентний пошук за темою, оформив заявку на отримання патенту.*
			7. Пат. 30163 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб реконструкції травного тракту при тотальному видаленні шлунка / Русин В.І., Русин А.В., Ігнат В.І., Румянцев К.Є.; заявник і власник патенту-Русин В.І. - № u 2007 12663; заявл. 15.11.2007; опубл. 11.02.2008, Бюл. № 3. *Здобувач провів літературний і патентний пошук за темою, оформив заявку на отримання патенту.*
			8. Пат. 30164 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб відновлення пасажу їжі після гастроектомії при раку шлунка / Русин В.І., Русин А.В., Ігнат В.І., Румянцев К.Є.; заявник і власник патенту-Русин В.І. - № u 2007 12664; заявл. 15.11.2007; опубл. 11.02.2008; Бюл. № 3. *Здобувач провів літературний і патентний пошук за темою, оформив заявку на отримання патенту.*
			9. До питання про гастроектомію при раку шлунка у хворих похилого віку / В.І. Русин, Л.Я. Петах, В.І. Ігнат, О.І. Щадей // Экспериментальная онкология: Онкология 2000: ІІ съезд онкологов стран СНГ, 23 – 26 мая 2000г.: тезисы докл. – К., 2000. – Vol. 22. – Р. 631. *Здобувач особисто виконав 85% операційних втручань, узагальнив отримані результати.*

**АНОТАЦІЯ**

Ігнат В.І. Вплив способу гастректомії на подовженість та якість життя пацієнтів. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03. – хірургія. – Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, 2008.

Дисертація присвячена актуальній проблемі сучасної хірургії – покращанню якості життя пацієнтів, які перенесли гастректомію, шляхом теоретичного обґрунтування, опрацювання і впровадження у клінічну практику нових способів реконструкції шлунково-кишкового тракту. Проведено обстеження 260 пацієнтів, яким виконана гастректомія з приводу раку шлунка, що дало можливість на підставі результатів загальноклінічних, біохімічних та інструментальних досліджень оцінити найближчі результати операційного втручання. З метою відновлення пасажу їжі шлунково-кишковим трактом використали езофагоєюноанастомоз „кінець у кінець” з виключеною за Ру петлею тонкої кишки, езофагоєюноанастомоз за Г.В. Бондарем та власноруч розроблений спосіб реконструкції, який включав формування езофагоєюноанастомозу за Г.В. Бондарем та створення єюнодуоденоанастомозу для включення дванадцятипалої кишки в пасаж їжі. Доведено, що кількість органічних ускладнень після гастректомії із езофагоєюнодуоденоанастомозом за власним способом складає 8,0 %, при застосуванні інших способів – 19,0%. Функціональні постгастректомічні порушення, більш або менш виражені, діагностовано у всіх пацієнтів після застосування кінцекінцевого езофагоєюноанастомозу і тільки при включенні у пасаж їжі дванадцятипалої кишки такі розлади спостерігали у 48,0% пацієнтів. Якість життя, оцінена за MOS SF-36, була найвищою у пацієнтів після реконструкції шлунково-кишкового тракту із включенням в пасаж дванадцятипалої кишки

**Ключові слова**: гастректомія, езофагоєюноанастомоз, постгастректомічні синдроми, якість життя.

**Аннотация**

Игнат В.И. Влияние способа гастрэктомии на продолжительность и качество жизни пациентов. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03. – хирургия. – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, 2008.

Диссертация посвящена актуальной проблеме современной хирургии – улучшению качества жизни пациентов, которые перенесли гастрэктомию, путем теоретического обоснования, разработки и внедрения в практику новых способов реконструкции желудочно-кишечного тракта. Проведено обследование 260 пациентов, которым выполнена гастрэктомия по поводу рака желудка, что дало возможность на основании результатов общеклинических, биохимических и инструментальных исследований оценить ближайшие результаты оперативного вмешательства. С целью возобновления пассажа еды по желудочно-кишечному тракту использовали эзофагоеюноанастомоз „конец-в-конец” с выключенной по Ру петлей, эзофагоеюноанастомоз по Г.В. Бондарю и разработанный собственный способ реконструкции, который включал создание эзофагоеюноанастомоза по Г.В. Бондарю и создание еюнодуоденоанастомоза для включения двенадцатиперстной кишки в пассаж пищевого комка. Для оценки качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 1 года до 5 лет обследовано 75 пациентов. Для оценки качества жизни использована анкета MOS SF-36. В результате исследования установлено, что общая послеоперационная летальность на 260 гастрэктомий составила 5% при плановых вмешательствах, на высоте кровотечения – 6,7%.

Среди непосредственных причин летального исхода чаще всего была несостоятельность швов анастомоза – 2,3%, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки – 1,15%, острый панкреатит – 0,8%, эмболия легочной артерии – 0,4%, острый мезентериальный тромбоз – 0,4%, причем перечисленные причины встречались в группе больных с использованием эзофагоеюноанастомоза «конец-в-конец» в разных модификациях.

Среди причин потенциально опасных для жизни специфических осложнений были послеоперационные панкреатиты, левосторонние поддиафрагмальные абсцессы, послеоперационные парезы кишки, эвентерация, спаечная кишечная непроходимость. Общее количество осложнений, опасных для жизни составило 28,5%, при послеоперационной летальности 5%.

В отдаленном послеоперационном периоде у больных после гастрэктомии с использованием эзофагоеюноанастомоза за типом „конец-в-конец” в разных модификациях у 87% пациентов наблюдался демпинг-синдром, агастральная астения и признаки хронического панкреатита были у всех больных, синдром мальабсорбции – у 66,7%, рефлюкс-эзофагит – у 9,5%, стеноз анастомоза – у 4,8%, анемия – у 76,2% пациентов.

При эзофагоеюностомии по Г.В.Бондарю такие функциональные нарушения, как рефлюкс-эзофагит, стеноз анастомоза, синдром приводящей петли – не наблюдались. Агастральна астения отмечена у 48% пациентов, синдром мальабсорбции – у 72%, хронический панкреатит – у 88%, демпинг синдром – у 8%, гипергликемичний синдром – у 4%, гипохромная анемия – у 52% больных.

При использовании собственного способа реконструкции с включением в пассаж пищи ДПК, нарушений в виде рефлюкс-эзофагита, стенозирования анастомоза мы не наблюдали. Синдром мальабсорбции отмечен у 40% пациентов, агастральная астения – у 48%, хронический панкреатит – у 16%, демпинг сидром – у 4%, гипохромная анемия – у 40% оперированных.

Количество органических осложнений после гастрэктомии достигает 19,0% при концеконцевом эзофагоеюноанастомозе и 8,0% – при использовании собственного способа. Функциональные нарушения, более или менее выраженные, наблюдаются практически у всех больных, и только при включении в пассаж пищи ДПК их часть уменьшается до 48,0%.

При изучении основных видов обмена в отдаленном периоде наблюдения выявлено, что возобновление естественной пищеводно-кишечной непрерывности включением двенадцатиперстной кишки в пассаж пищи в меньшей степени нарушает синтез белков, жиров и углеводов, тем самым, предупреждая дефицит массы тела пациентов. Пятилетняя выживаемость оперированных больных составила 21,2% при ухудшении качества жизни в виде демпинг синдрома и синдрома мальабсорбции, у 70% больных. При включении в пассаж ДПК, частота демпинг синдрома уменьшается до 4%, мальабсорбции до 40%.

После гастрэктомии с включением в пассаж пищи ДПК такие показатели качества жизни оперированных больных, как физическая функция, физическая роль, физическая боль, общее состояние здоровья, социальная роль, эмоциональная роль, психическое здоровье, были наивысшими.

Ключевые слова: гастрэктомия, эзофагоеюноанастомоз, постгастрэктомические синдромы, качество жизни.

**SUMMARY**

Ihnat V.I. Influence of method of gastrectomy on the duration and quality of life. –Manuscript.

Dissertation for obtaining scientific degree of candidate of medical sciences on a speciality 14.01.03 - surgery. Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, 2008.

Dissertation is devoted to the actual problem of modern surgery – improvement of life quality in patients who underwent gastrectomy. Improvement was achieved by the theoretical substantiation; elaboration and introduction in practice the new methods of gastrointestinal reconstruction after gastrectomy. The 260 patients, who underwent gastrectomy due to cancer of stomach were clinically examined, that gave possibility on the basis of clinical, biochemical and instrumental data to estimate the nearest results of operation. With the purpose of gastrointestinal tract continuity renewal we used oesophagojejunostomy „end-to-end” with eliminated intestinal loop after Roux, oesophagojejunostomy „end-to-side” after G.V.Bondar and the our own method of reconstruction, which included oesophagojejunostomy „end-to-side” after G.V.Bondar and creation of jejunoduodenostomy for including of duodenum in the meal transporting. It was set that the amount of organic complications after gastrectomy with oesophagojejunostomy on an own method was 8,0%, and at application of another anastomoses – 19,0%. Functional postgastrectomy syndrome in different grades of expression took place in all patients after application of „end-to-end” oesophagojejunostomy, and if duodenum was included in the meals transporting, such disorders took place only in 48,0% of patients. The quality of life, appraised for MOS SF-36, was the greatest in patients after the reconstruction of gastrointestinal tract, with including in of duodenum.

**Keywords**: gastrectomy, oesophagojejunostomy, postgastrectomy syndrome, quality of life.

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