

УДК 616.33-005.1-089

ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ГАСТРЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ РАКУ ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНОГО КРОВОТЕЧЕЮ

Русин В.І., Ігнат В.І., Русин А.В., Румянцев К.Є.

Ужгородський національний університет, кафедра госпітальної хірургії; Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер, хірургічне відділення, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: в роботі проаналізовано результати лікування 30 хворих, яким виконана гастректомія з приводу раку шлунка, ускладненого шлунковою кровотечею. Пацієнти поділені на дві групи: в першій езофагоентероанастомоз накладали за методикою Бондаря, в другій – за оригінальною методикою, запропонованою авторами. Оцінені віддалені результати – дефіцит маси тіла і диспептичні явища. Встановлено, що запропонований авторами езофагоентероанастомоз забезпечує хороші функціональні результати шляхом протезування резервуарної функції шлунка.

Ключові слова: рак шлунка, гастректомія, езофагоєюноанастомоз

Вступ. Рак шлунка займає друге місце у чоловіків у структурі пухлин різної локалізації. При відносно стабільних показниках захворюваності на рак в Україні число хворих на рак шлунка, ускладнений кровотечею, щорічно збільшується.

Найбільш патогенетично виправданим втручанням при цьому є гастректомія.

Разом з тим, функціональні результати цього втручання не завжди задовільняють ні хірургів, ні пацієнтів. Ось чому важливе значення отримала проблема покращення якості життя хворих після гастректомії [4, 5].

Для покращення віддалених функціональних результатів гастректомії запропоновано багато способів створення езофагоєюноанастомозів та різноманітні способи єюногастропластики, які передбачають формування тонкокишкових резервуарів по типу “штучного шлунка” [2, 4].

Мета дослідження. Для покращення функціональних результатів після гастректомії з приводу раку шлунка, ускладненого кровотечею, вивчити віддалені результати з порівнянням технічних особливостей формування езофагоєюноанастомозу.

Матеріали та методи. В хірургічній клініці Обласної клінічної лікарні (ОКЛ) м.Ужгород та в хірургічному відділенні Закарпатського обласного клінічного онкологічного диспансеру (ЗОКОД) протягом 15 років прооперовано 18 та 12 хворих відповідно на висоті кровотечі з приводу раку шлунка, що склало 11,9% від усіх гастректомій.

При цьому у хворих, які оперувались у ЗОКОД, езофагоєюноанастомоз формували за методикою Бондаря Г.В.

В хірургічній клініці ОКЛ езофагоентероанастомоз формували апаратним способом, включаючи в пасаж дванадцятипалу кишку, формуючи подвійну петлю в анти- та ізоперистальтичному напрямку. Лімфодисекція виконувалась в об’ємі Д1 та Д2 у всіх хворих. При цьому післяопераційна летальність у клініці ОКЛ склала 5,5%, в ЗОКОД – 8,3%. В обох групах оперованих хворих померло по одному пацієнту.

Нами запропонований спосіб апаратної езофагоєюнодуоденопластики (ЕЄДП), який полягає у створенні анастомозу „кінець у бік” між стравоходом і протягнутою через „вікно” у брижі поперечноободової кишки петлею тонкої кишки (рис. 1).

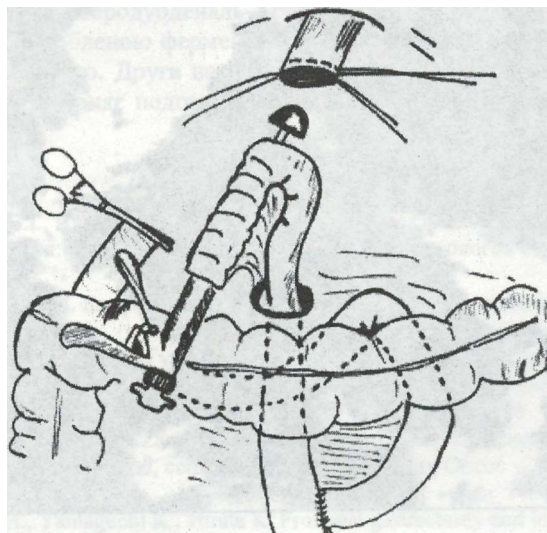


Рис. 1. Створення езофагоєюноанастомозу апаратним способом.

Привідне коліно протягнутої петлі залишають довгим і з ним анастомозом „кінець у кінець” зшивають початок дванадцятипалої кишки. Додатково

формують етероентероанастомоз „кінець у бік” (рис. 2).

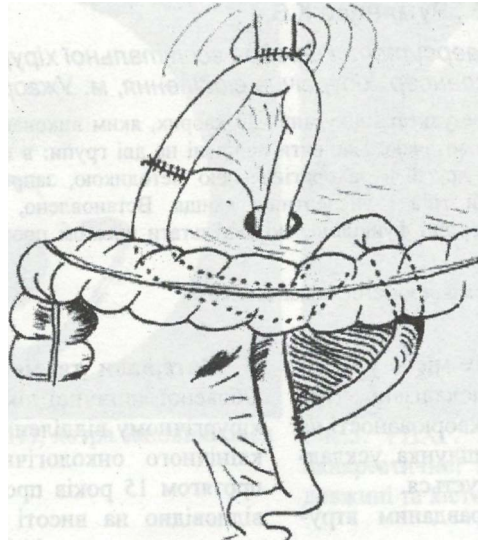


Рис. 2. Кінцевий вигляд ЕЄДП.

Таким чином харчова грудка із стравоходу може пройти і через ДПК, і через тонку кишку далі по травному каналу. Пропускна здатність кишечника завжди була достатньою. Під час рентгенологічного дослідження про це свідчило порційне

надходження їжі у кишечник і незначне розширення першої петлі подвійного анастомозу, зумовлене її антиперистальтичним спрямуванням (рис. 3).

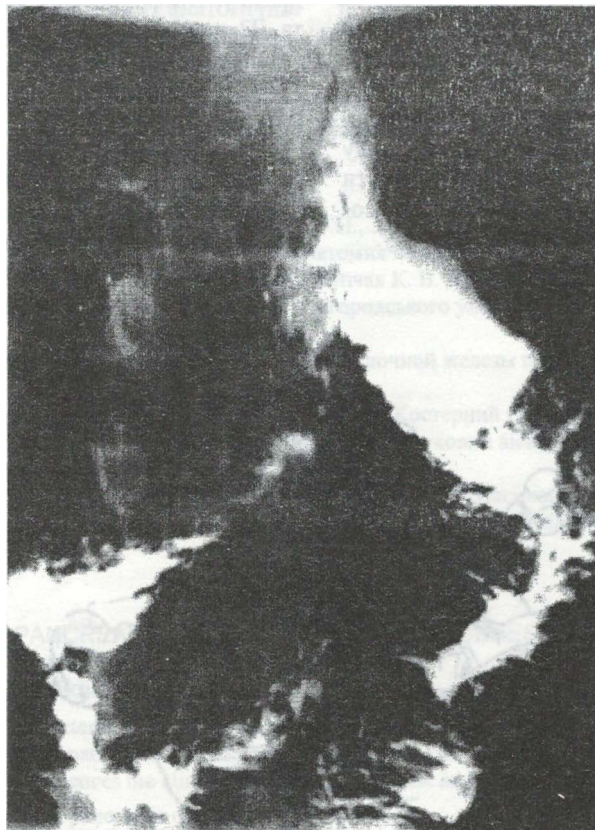


Рис. 3. Рентгеноскопія ШКТ із Ва суспензією. Загальний вигляд езофагоєюнодуоденопластики.

Результати досліджень та їх обговорення. Рак шлунка II стадії діагностували у 6 хворих (20%), рак III стадії у 23 (76,6%), IV стадії – у 1 (3,3%). Майже у 80% хворих виявлені інвазивні форми раку шлунка III-IV стадії, які супроводжувались шлунково-кишковими кровотечами.

За даними гістологічного дослідження більшість хворих 16 (53,3%) мали папілярну аденокарциному, тубулярна аденокарцинома виявлена у 11 (36,6%), муциозна – у 1 (3,3%), перстневидноклітинна – у 2 (6,7%).

Показники п'ятирічного виживання склали 46,7%, десятирічного – 9%. При цьому показники три- та п'ятирічного виживання практично не відрізняються при застосуванні різних способів створення езофагоентероанастомозу у випадку пухлини T2. При пухлинах T3 показники п'ятирічного виживання були практично в 1,5 разу більшими у групі хворих з апаратною езофагоентеростомією, що, на наш погляд, зумовлено більшою радикальністю апаратної гастректомії, яка пов'язана з більш обширною мобілізацією нижньої третини стравоходу після сагітальної діафрагмокуротомії та більш високим його пересіченням.

Найбільш високі показники п'ятирічного виживання спостерігались у 66,7% хворих із високодиференційованою аденокарциномою.

Слід відзначити, що серед 18 хворих, котрі оперовані в клініці ОКЛ, п'ятьо попередньо виконано прошивання кровоточивої ракової виразки шлунка, але повторна кровотеча між 7-9 добами після операції примушувала робити виклик по санавіації, тоді кафедральні працівники виконували вже гастректомію.

Використання апаратного створення езофагоентероанастомозу прискорює термін оперативного втручання.

Привідне коліно езофагоентероанастомозу розташоване в антиперистальтичному напрямку, відвідне коліно – в ізоперистальтичному. Харчова грудка, проходячи першу петлю ентероудоденального з'єднання встигає стати обробленою ферментами підшлункової залози та жовчю. Друга петля ентероентерального анастомозу сприяє подовжен-

ню часу евакуації, який стає достатнім для більш поглибленої ферментативної обробки хімусу.

Свідченням цього може бути той факт, що у першій групі хворих дефіцит ваги після гастректомії стабілізувався до кінця першого року на рівні 7,5-9%. В другій групі хворих дефіцит ваги через рік був у середньому 18%, в окремих випадках виходив за межі 25%.

Безперечно, що для покращення якості життя хворих після гастректомії хірурги намагаються полегшити симптоми агастральної астенії шляхом використання різних способів єюногастропластики – це, наприклад, створення резервуару шляхом зшивання петлі порожнистої кишки у вигляді букви “Ф” у “потрійний анастомоз”, що виконує функцію перемішування харчової грудки завдяки ізо- і антиперистальтичному положенню зшитих петель [3].

Бондарь Г.В. пропонує формувати арефлюксийний стравохідноентеральний анастомоз із Т-подібною кишковою муфтою, де “штучний шлунок”, зшитий з двох петель, розташованих в ізо- і антиперистальтичному напрямку впродовж 16 см, повинен мати запираючий антирефлюксийний механізм вище анастомозу [1].

Але у випадку, коли мова йде про ускладнений перебіг основного захворювання – на висоті кровотечі, коли хірург вирішує дві проблеми – зупинку кровотечі та лікування основного захворювання, – апаратний спосіб формування езофагоентероанастомозу на подвійній петлі з включеним у пасаж дванадцятипалої кишки є більш простим, безпечним і дає кращі функціональні результати.

В той же час потребує подальшого свого вивчення проблема створення антирефлюксийних езофагоентероанастомозів.

Висновки. Запропонований апаратний спосіб езофагоентероанастомозу на подвійній петлі з включеним у пасаж дванадцятипалої кишки у хворих на рак шлунка, ускладнений кровотечею, сприяє покращенню функціональних результатів та якості життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Петах Л.Я., Русин В.І., Ігнат В.І., Щадей О.І. До питання про гастректомію при раку шлунка у хворих похилого віку // *Експериментальна онкологія: Онкологія 2000: Тезиси II съезда онкологів стран СНГ* (Київ, 23 – 26 мая 2000г.). – Vol. 22. – П. 631.
2. Русин В.І., Готько С.С., Шніцер Р.І. Езофагоєюнодуоденальна пластика після виконання тотальної гастректомії // *Клінічна хірургія*. – 1996. – №1. – С. 49.
3. Шепетько Е.Н., Фомин П.Д., Козлов С.Н., Гуменюк С.А., Гормаш Д.А. Технические особенности и отдаленные результаты одномоментной реконструктивной єюногастропластики после гастрэктомии по поводу рака желудка, осложненного острым кровотечением // *Клінічна хірургія*. – 2006. – №9. – С.157-159.
4. Horvath O.P., Kalmar K., Cseke L., Poto L., Zambo K. Nutritional and life-quality consequences of aboral pouch construction after total gastrectomy: a randomized, controlled study // *Eur J Surg Oncol*. – 2001. – Vol.27, №. 6. – P. 558-563.
5. Hoshikawa T., Denno R., Ura H., Yamaguchi K., Hirata K. Proximal gastrectomy and jejunal pouch interposition: evaluation of postoperative symptoms and gastrointestinal hormone secretion // *Oncol Rep*. – 2001. – Vol.8, № 6. – P. 1293-1299.

SUMMARY

LONG-TERM RESULTS OF GASTRECTOMY, DUE TO THE CANCER OF THE STOMACH, COMPLICATED BY BLEEDING

Rusyn V.I., Ignat V.I., Rusyn A.V., Rumjantsev K.Ye.

In present study the long-term results of treatment were analyzed in 30 patients, who underwent gastrectomy due to the stomach cancer, complicated by the gastric bleeding. Patients are parted on two groups: in the first the esophagojejunostomy was performed after the G.V. Bondar' method, in the second – after the original method, offered by authors. The long-term results – such as the body weight loss and the dyspepsia phenomenon were appraised. It is set that esophagojejunostomy, offered by the authors, provides good functional results by ыгыышегешшт of reservoir function of stomach.

Key words: cancer of stomach, gastrectomy, esophagojejunostomy