

УДК 617:33-006+616-089:844

¹Ю.О. ВІННИК, ²В.В. ОЛЕКСЕНКО, ³В.О. ЗАХАРОВ, ²Т.С. ЄФЕТОВА¹Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра онкології та радіаційної медицини, Харків;²Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, кафедра онкології, Сімферополь;³Кримська республіканська установа «Онкологічний клінічний диспансер», Сімферополь**НОВІ ХІРУРГІЧНІ ПІДХОДИ У РОЗВ'ЯЗАННІ ПРОБЛЕМ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНОГО ЕТАПУ ГАСТРЕКТОМІЇ**

Проаналізовано безпосередні та віддалені функціональні результати хірургічного лікування 351 хворого на рак шлунка, з різними варіантами реконструктивно-відновного етапу. В основній групі – 144 пацієнти – застосовано нову технологію формування тонкокишкового резервуару в проксимальному відділі травного тракту, у контрольній групі – 207 хворих – «класичні» варіанти реконструкції за Schlatter і Roux. При порівняльному аналізі безпосередніх результатів не відзначено статистично значущої різниці ($p > 0,05$) у частотності розвитку хірургічних ускладнень ($9,7 \pm 2,5$ % і $8,7 \pm 1,9$ %) і летальних результатів ($4,2 \pm 1,7$ % і $4,8 \pm 1,5$ %) серед пацієнтів основної та контрольної групи. Встановлено, що у віддалені терміни спостережень, формування тонкокишкового резервуару сприяє зниженню частотності розвитку демпінг-синдрому у перший рік на 9,8 % ($p < 0,05$), у другий рік на 8,1 %, у третій рік на 9,1 %, пізнього гіпоглікемічного синдрому на 4,5 %, 4,8 % і 5,8 %, астеничного синдрому на 2,6 %, 3,7 % і 2,4 %, рефлюкс-езофагіту на 4,5 %, 4,6 % і 3,9 % щодо років. Кількість пацієнтів з дефіцитом маси тіла серед пацієнтів основної групи зменшилася у перший рік після операції на 10,5 %, у другий рік на 10,5 %, у третій рік на 7,1 %, кількість осіб з тимчасовою втратою працездатності скоротилася на 10, 8 % ($p < 0,05$), 3,7 % і 4,5 % щодо років.

Ключові слова: рак шлунка, гастректомія, варіант реконструкції

Вступ. Рак шлунка у 80 % хворих в Україні та країнах СНД діагностується в Т3-Т4 стадії, у 60 % хворих переважають інфільтративні та змішані форми росту пухлини, у зв'язку з чим необхідний радикалізм хірургічного втручання може бути досягнуто лише при виконанні гастректомії, на яку припадає від 60 до 70 % усіх радикальних операцій на шлунку, менші ж цифри призведуть до незадовільних віддалених результатів лікування цього захворювання [1, 3]. Основними варіантами реконструктивно-відновного етапу гастректомії є способи, що передбачають анастомозування стравоходу з початковим відділом порожньої кишки без включення дванадцятипалої кишки у пасаж прийнятої їжі, запропоновані Шлаттером (Schlatter) і Ру (Roux) ще наприкінці XIX століття. У першому випадку як пластичний матеріал використовується петля порожньої кишки з додатковим міжкишковим анастомозом, у другому випадку – це виділена та пересічена порожня кишка, також з Браунівським анастомозом [8].

Повне видалення шлунка призводить до перебування травлення і надалі може загрожувати серйозними патологічними змінами з боку всіх систем організму. Ступінь вираженості цих порушень залежить від здатності системи травлення адаптуватися до нових умов свого функціонування [9, 10]. У зв'язку з цим у виборі того чи іншого варіанту реконструктивно-відновного етапу, по суті, вирішується питання формування нових анатомо-фізіологічних відносин і функціональної спроможності травного тракту в цілому. Здатність адекватної компенсації втраченої резервуарної функції проксимального відділу травного тракту після гастректомії безпосе-

редньо залежить від методики формування нового резервуару для прийнятої їжі. Так, для попередження неминучого розвитку після гастректомії демпінг-синдрому, пізнього гіпоглікемічного синдрому, астеничного синдрому, рефлюкс-езофагіту реконструкція травного тракту повинна виключати швидкий пасаж непідготовленої їжі в початкові відділи порожньої кишки, тобто забезпечувати депонування їжі в початкових відділах порожньої кишки та ритмічну її евакуацію в нижні відділи, неможливість ентоерозофагеальної регургітації та виключення надходження їжі у привідну і дванадцятипалу кишку [7]. Не останню роль у виборі варіанту реконструкції, яка передбачає формування резервуару для прийнятої їжі, відіграє простота і надійність методики, яка б не тільки не погіршувала безпосередні результати виконання операції, але й сприяла б поліпшенню віддалених функціональних результатів порівняно з «класичними» методами реконструкції [2].

Мета дослідження. Проаналізувати безпосередні і віддалені функціональні результати виконання гастректомії у хворих на рак шлунка з різними варіантами реконструктивно-відновного етапу, що передбачає нові способи відновлення резервуарної функції проксимального відділу травного тракту.

Матеріали та методи. Для оцінки безпосередніх і віддалених функціональних результатів хірургічного лікування раку шлунка нами обстежено 351 пацієнт після гастректомії. У всіх хворих хірургічне втручання було виконано з приводу раку шлунка у період з 2006 по 2012 рр. включно. Було розроблено та впроваджено в клінічну практику два принципово нові способи формування, так званого,

«штучного шлунка» після гастректомії (Патент України № 50085 від 25.05.2010 р. та Патент України № 75880 від 10.12.2012 р.). Детальний опис запропонованих методик було опубліковано в ранніх наших роботах [6], згадаємо лише, що головна складова розроблених способів полягає у формуванні тонкокишкового резервуару, або в привідному коліні початкового відділу порожньої кишки при петльовому способі реконструкції за Schlatter, або у виділеній і пересіченій тонкій кишці при реконструкції за Roux. Таким чином, у безпосередній близькості від стравохідно-кишкового анастомозу формується резервуар, який дозволяє депонувати прийняту їжу, що забезпечує її порівняно повільне надходження в нижні відділи тонкої кишки. Основний етап втручання передбачав виконання гастректомії з лімфодисекцією в об'ємі D2. Формування стравохідно-кишкового анастомозу не мало принципових відмінностей при

різних варіантах реконструкції травного тракту, як із формуванням тонкокишкового резервуару, так і без нього, і полягало в необхідності укутування привідним коліном порожньої кишки ділянки стравохідно-кишкового анастомозу, накладеного кінець у бік [4].

Дослідження мало рандомізований характер, формування груп хворих виконувалося сліпим методом, за допомогою конвертів, які містили рекомендації щодо методики реконструктивного етапу гастректомії. Подані в таблиці 1 дані свідчать про відсутність суттєвих відмінностей за основними категоріями, що відбивають статевий, віковий склад пацієнтів досліджуваних груп, за основними характеристиками раку шлунка. Програма дослідження у віддалені терміни спостережень була єдиною для пацієнтів досліджуваних груп і передбачала проведення клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Таблиця 1

Розподіл хворих на рак шлунка на досліджувані групи

	Основна група (n=144)		Контрольна група (n=207)		Усього хворих (n=351)	
	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)
Статевий склад:						
Чоловіки	83	57,6±4,1	123	59,4±3,4	206	58,7±2,6
Жінки	61	42,4±4,1	84	40,6±3,4	145	41,3±2,6
Вік хворих (у роках)	60,2±7,9		61,6±8,8		60,9±8,4	
Розподіл хворих за критерієм T:						
T1	7	4,9±1,8	11	5,3±1,6	18	5,1±1,2
T2	35	24,3±3,6	56	27,1±3,1	91	25,9±2,3
T3	88	61,1±4,1	118	57,0±3,4	206	58,7±2,6
T4	14	9,7±2,5	22	10,6±2,1	36	10,3±1,6
Розподіл хворих за критерієм N:						
N0	66	45,8±4,2	98	47,3±3,5	164	46,7±2,7
N1	53	36,8±4,0	79	38,2±3,4	132	37,6±2,6
N2	25	17,4±3,2	30	14,5±2,4	55	15,7±1,9
Розподіл хворих за формою росту пухлини:						
Екзофітна	26	18,1±3,2	33	15,9±2,5	59	16,8±2,0
Ендофітна	118	81,9±3,2	174	84,1±2,5	292	83,2±2,0
Розподіл хворих за локалізацією пухлини:						
Проксимальний відділ шлунка	27	18,8±3,3	43	20,8±2,8	70	19,9±2,1
Тіло шлунка	103	71,5±3,8	146	70,5±3,2	249	70,9±2,4
Дистальний відділ шлунка	14	9,7±2,5	18	8,7±1,9	32	9,1±1,5
Розподіл хворих за гістологічною структурою пухлини:						
Аденокарцинома	102	70,8±3,8	140	67,6±3,2	242	68,9±2,5
Перснеподібноклітинний рак	31	21,5±3,4	48	23,2±2,9	79	22,5±2,2
MALT	7	4,9±1,8	12	5,9±1,6	19	5,4±1,2
GIST	4	2,8±1,4	7	3,4±1,3	11	3,1±0,9

Примітка: MALT – лімфома шлунка, GIST – гастроінтестинальна стромальна пухлина шлунка.

Залежно від характеру виконаної гастректомії та способу реконструкції травного тракту

всіх пацієнтів було поділено на дві порівнювані групи (табл. 2).

Таблиця 2

Характер виконаних операцій і вид реконструктивно-відновного етапу гастректомії серед пацієнтів досліджуваних груп

	Основна група		Контрольна група		Усього	
	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)
Радикальні операції	140	97,2±1,4	187	90,3±2,1	327	93,2±1,3
Паліативні операції	4	2,8±1,4	20	9,7±2,1	24	6,8±1,3
Стандартні операції	88	61,1±4,1	131	63,3±3,3	219	62,4±2,6
Комбіновані операції	56	38,9±4,1	76	36,7±3,3	132	37,6±2,6
Реконструкція за Schlatter	128	88,9±2,6	184	88,9±2,2	312	88,9±1,7
Реконструкція за Roux	16	11,1±2,6	23	11,1±2,2	39	11,1±1,7
Разом	144	100,0	207	100,0	351	100,0

В основній групі, до якої ввійшли 144 пацієнти, під час реконструктивно-відновного етапу гастректомії виконувалося формування тонкокишкового резервуару в початковому відділі порожньої кишки, причому у 128 хворих це формування здійснювалося при петльовому варіанті реконструкції за Schlatter, а у 16 хворих – при реконструкції за Roux. До групи контролю ввійшли 207 пацієнтів, яким проводилася стандартна петльова реконструкція травного тракту за Schlatter – 184 пацієнти або за способом Roux – 23, без формування резервуару.

Порівнявши основні показники, що характеризують вихідні характеристики досліджуваних груп, можна відзначити їх однорідність за більшістю ознак, це, у свою чергу, безпосередньо впливає на порівняння показників, що відбивають безпосередні та віддалені результати лікування хворих на рак шлунка при різних варіантах постгастректомічної реконструкції травного тракту. Статистична обробка матеріалу досліджень виконувалася відповідно до сучасних міжнародних стандартів практики проведення клінічних досліджень. Оцінка вірогідності відмінностей між даними, отриманими в результаті дослідження, проводилася з використанням t-критерія Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. На етапі розробки та засвоєння нової методики фор-

мування тонкокишкових резервуарів тривалість реконструктивного етапу збільшувалася на 40–45 хвилин. На сьогодні, необхідний на формування резервуару час коливається від 20 до 35 хвилин, у середньому становлячи 31,4±2,8 хвилини. З наведених у таблиці 3 даних, що відбивають основні показники, які характеризують хід гастректомії при різних варіантах реконструкції травного тракту, можна відзначити відсутність достовірного збільшення тривалості всього хірургічного втручання і обсягу крововтрати порівняно з «класичними» варіантами постгастректомічної реконструкції ($p>0,05$). Ведення раннього післяопераційного періоду не відрізнялося від стандартного ведення, прийнятого для цього виду операції. Ми є супротивниками назоінтестинальної інтубації початкових відділів порожньої кишки при виконанні гастректомії та, тим більше, зондового харчування в ранньому післяопераційному періоді. Ентеральне харчування починали виконувати з 2-ї доби за загальноприйнятою схемою, поступово переходячи від дієти № 1 за Певзнером до дієти № 15 на 7-8 добу. Тривалість післяопераційного перебування хворих у стаціонарі становила 12,4±2,4 доби у пацієнтів основної та 11,5±3,8 доби для пацієнтів контрольної групи, що пояснюється необхідністю проведення ряду інструментальних і лабораторних досліджень.

Таблиця 3

Основні показники відображають хірургічне втручання при різних варіантах реконструктивно-відновного етапу гастректомії серед пацієнтів досліджуваних груп

	Реконструкція за Schlatter		Реконструкція за Roux	
	Тривалість (у хвилинах)	Крововтрата (у мл)	Тривалість (у хвилинах)	Крововтрата (у мл)
Основна група	200,85±21,2	363,43±28,2	217,14±26,4	385,38±31,4
Контрольна група	185,45±30,2	358,26±41,3	195,56±31,5	366,92±45,7
P	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

Безпосередні результати виконання гастректомії із застосуванням різних варіантів реконструкції травного тракту нами було детально вивчено та поділено на дві групи ускладнень (табл. 4).

Таблиця 4

Післяопераційні ускладнення і летальність серед пацієнтів досліджуваних груп

	Основна група				Контрольна група			
	Кількість ускладнень		Померло		Кількість ускладнень		Померло	
	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)
Хірургічні:	9	6,3±2,0	1	0,7±0,7	11	5,3±1,5	3	1,4±0,8
Панкреонекроз	2	1,4±0,9	1	0,7±0,7	4	1,9±0,9	3	1,4±0,8
Кишкова непрохідність	3	2,1±1,2	0	0,0	2	0,9±0,6	0	0,0
Внутрішньочеревна кровотеча	0	0,0	0	0,0	2	0,9±0,6	0	0,0
Абсцес черевної порожнини	2	1,4±0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Неспроможність СКА	1	0,7±0,7	0	0,0	1	0,5±0,5	0	0,0
Анастомозит СКА	1	0,7±0,7	0	0,0	2	0,9±0,6	0	0,0
Терапевтичні:	5	3,5±1,5	5	3,5±1,5	7	3,4±1,3	7	3,4±1,3
ТЕЛА	3	2,1±1,2	3	2,1±1,2	4	1,9±0,9	4	1,9±0,9
ГССН	1	0,7±0,7	1	0,7±0,7	2	0,9±0,6	2	0,9±0,6
ГСЛН	1	0,7±0,7	1	0,7±0,7	1	0,5±0,5	1	0,5±0,5
Разом	14	9,7±2,5	6	4,2±1,7	18	8,7±1,9	10	4,8±1,5

Примітка: СКА – стравохідно-кишковий анастомоз, ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії, ГССЛ – гостра серцево-судинна недостатність, ГСЛН – гостра серцево-легенева недостатність.

До першої групи ввійшли хворі, у яких у ранньому післяопераційному періоді розвинулися ускладнення, безпосередньо пов'язані з хірургічним втручанням, так звані хірургічні ускладнення, до другої групи включено хворих, у яких у ранньому післяопераційному періоді розвинулися ускладнення, що не мають безпосереднього відношення ні до виду хірургічного втручання, ні до особливостей його реконструктивного етапу, а визначалися наявністю у хворих супутніх захворювань, так звані терапевтичні ускладнення. Провівши порівняльний аналіз безпосередніх результатів, нами не відзначено статистично значущої різниці ($p > 0,05$) у частотності розвитку хірургічних ускладнень серед пацієнтів досліджуваних груп. У зв'язку з цим відзначимо, що частотність неспроможності стравохідно-кишкового анастомозу не перевищувала 1 %, як серед пацієнтів основної, так і серед хворих контрольної групи.

Крім цього, нами відзначено, що хірургічні ускладнення меншою мірою, порівняно з терапевтичними ускладненнями, призводили до летального результату, тоді як розвиток останніх, як правило, закінчувався несприятливим результатом. Аналізуючи безпосередні результати виконання гастректомії, встановлено, що 90,3±2,5 % (130) пацієнтів основної та 91,3±1,9 % (189) контрольної групи пройшли післяопераційний період без

ускладнень ($p > 0,05$), з них 95,8±1,7 % (138) і 95,2±1,5 % (197) пацієнтів, відповідно до груп спостережень, були виписані зі стаціонару в задовільному стані. Отже, безпосередні результати застосування нових способів формування тонкокишкових резервуарів у початковому відділі тонкої кишки при різних варіантах реконструкції травного тракту після гастректомії цілком порівнянні з безпосередніми результатами виконання «класичних» варіантів, не погіршуючи загальні результати хірургічного лікування хворих на рак шлунка.

Порівняльний аналіз віддалених результатів виконання гастректомії із застосуванням різних варіантів реконструкції травного тракту виявив статистично вірогідні відмінності в частотності розвитку демпінг-синдрому та тимчасової втрати працездатності серед пацієнтів досліджуваних груп ($p < 0,05$), особливо у перший рік після операції (табл. 5).

На перший погляд, незважаючи на відсутність статистично значущих відмінностей за основними показниками, що відбиває функціональні наслідки раніше перенесеної гастректомії у віддалені терміни спостережень, можна дійти висновку, що формування тонкокишкового резервуару при петльовому варіанті реконструкції за Schlatter і на пересіченій кишці за Roux сприяє зниженню частотності розвитку постгастректомічних усклад-

нень, які неминуче розвиваються, а саме – зменшення частотності розвитку демпінг-синдрому у перший рік на 9,8 % ($p < 0,05$), у другий рік – на 8,1 %, у третій рік – на 9,1 %, пізнього гіпоглікемічного синдрому – на 4,5 %, 4,8 % і 5,8 % відповідно за роками, астеничного синдрому – на 2,6 %, 3,7 % і 2,4 %, рефлюкс-езофагіту – на 4,5 %, 4,6 % і 3,9 %. Показники, що визначають трофологічний і соціальний статус хворих на рак шлунка, які пе-

ренесли гастректомію, серед пацієнтів основної групи також були кращими. Так, кількість пацієнтів з дефіцитом маси тіла скоротилася у перший рік після операції на 10,5 %, у другий рік на 10,5 %, у третій рік на 7,1 %, кількість осіб з тимчасовою втратою працездатності серед пацієнтів основної групи, у перший рік після операції скоротилася на 10,8 % ($p < 0,05$), у другий рік – на 3,7 %, у третій рік – на 4,5 %.

Таблиця 5

Віддалені функціональні результати серед пацієнтів досліджуваних груп (кількість пацієнтів)

Основна група						Контрольна група					
12 місяців		24 місяці		36 місяців		12 місяців		24 місяці		36 місяців	
абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)	абс.	% (M±m)
97	100,0	65	100,0	38	100,0	128	100,0	93	100,0	51	100,0
Демпінг-синдром											
11	11,3 ±3,2*	8	12,3 ±4,1	4	10,5 ±4,9	27	21,1 ±3,6*	19	20,4 ±4,2	10	19,6 ±5,6
Гіпоглікемічний синдром											
10	10,3 ±3,1	6	9,2 ±3,6	3	7,9 ±4,4	19	14,8 ±3,1	13	14,0 ±3,6	7	13,7 ±4,8
Астеничний синдром											
21	21,6 ±4,2	13	20,0 ±4,9	8	21,1 ±6,6	31	24,2 ±3,8	22	23,7 ±4,4	12	23,5 ±5,9
Рефлюкс-езофагіт											
7	7,2 ±2,6	4	6,2 ±3,0	3	7,9 ±4,4	15	11,7 ±2,8	10	10,8 ±3,2	6	11,8 ±4,5
Дефіцит маси тіла											
33	34,0 ±4,9	12	18,5 ±4,8	4	10,5 ±4,9	57	44,5 ±4,4	27	29,0 ±4,7	9	17,6 ±5,3
Втрата працездатності											
16	16,5 ±3,8*	6	9,2 ±3,6	2	5,3 ±3,6	35	27,3 ±3,9*	12	12,9 ±3,5	5	9,8 ±4,2

Примітка: * – вірогідність відмінностей між досліджуваними групами ($p < 0,05$).

Пояснити отримані результати віддаленого періоду спостереження можна в такий спосіб. У результаті проведених рентгенологічних і радіоізотопних досліджень встановлено, що у сформованому тонкокишковому резервуарі протягом 20–30 хвилин ($24,6 \pm 3,5$ хв) відбувається депонування як рентгенконтрастної барієвої суспензії, так і міченої радіоізотопом ^{99m}Tc природної їжі, унаслідок чого простежується більш пролонгована дія їжі на рецептори слизової початкових 30–40 см порожньої кишки з включенням рефлексорного ланцюга гуморальних механізмів регуляції, забезпечуючи секрецію інтестинальних гормонів. У свою чергу, у ділянці тонкокишкового резервуару секретуються інтестинальні ферменти, які здійснюють початкові етапи розщеплення основних інгредієнтів прийнятої їжі [5, 7]. У пацієнтів з «класичною» методикою реконструктивно-відновного етапу гастректомії спостерігався швидкий пасаж барієвої суспензії та

міченої радіоізотопом природної їжі у проксимальних відділах порожньої кишки, у результаті чого вплив цих подразників на рецепторне поле слизової початкових 30–40 см порожньої кишки був не тривалим, що, у свою чергу, знижувало ритмічність і тривалість секреції інтестинальних гормонів і ферментів.

Висновки.

1. Нова методика формування тонкокишкового резервуару під час реконструктивного етапу гастректомії істотно не збільшує тривалість і загальну крововтрату всього хірургічного втручання, а відсутність специфічних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді не погіршує безпосередніх результатів виконання гастректомії порівняно з «класичними» варіантами реконструкції травного тракту, що дозволяє використовувати запропоновані способи в широкій хірургічній практиці.

2. Реконструкція травного тракту з формуванням тонкокишкового резервуару як при петльовому способі за Schlatter, так і на пересіченій кишці за Roux, дозволяє істотно скоротити частотність неминучого розвитку постгастректомічних ускла-

день, тим самим адаптувати травлення до нових умов функціонування та, відповідно, забезпечити більш сприятливі віддалені функціональні результати у хворих на рак шлунка, які перенесли гастректомію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарь Г.В. Современные возможности диагностики и лечения рака желудка / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович, В.Г. Бондарь, А.В. Сидюк // Онкология. — 2012. — Т.14, № 2. — С. 89—92.
2. Гибадулин Н.В. Реконструкция пищевода-кишечных и желудочно-кишечных анастомозов по Ру как метод хирургической коррекции постгастрорезекционных и постгастрэктомических синдромов / Н.В. Гибадулин, И.О. Гибадулина // Хирургия. — 2011. — №11. — С. 32—36.
3. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка и пищевода. Материалы научно-практической конференции / М.И. Давыдов // Сучасні технології раку шлунково-кишкового тракту. — Київ, 2011.
4. Ефетов В.М. Принципы формирования пищевода-кишечных (желудочных) анастомозов / В.М. Ефетов, С.В. Ефетов // Таврический медико-биологический вестник. — 2000. — Т. 3., № 1—2. — С. 145—147.
5. Ивашкин В.Т. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта / В.Т. Ивашкин, А.С. Тухманов, И.В. Маев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2007. — Т. XXVII, № 5. — С. 4—10.
6. Олексенко В.В. Гастрэктомия с формированием кишечного резервуара как способ профилактики основных постгастрэктомических осложнений / В.В. Олексенко // Клінічна хірургія. — 2012. — № 3. — С. 13—17.
7. Попов В.А. Мембранное пищеварение при хирургической патологии / В.А. Попов // Л.: Мед., 1982. — 192 с.
8. Щепотин И.Б. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И.Б. Щепотин, С.Р.Т. Эванс. — Киев: Книга Плюс, 2000 — 227 с.
9. Lung G. The mechanism of postgastrectomy malabsorption. / G. Lung // Gastro. 1962. — Vol. 42., № 5. — P. 637—640.
10. Smjnt A.J. Normal and disturbed motility of the gastrointestinal tract. / A.J. Smjnt, L.M. Akermans // Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing ltd, 1992. — P. 313.

¹У.А. VINNIK, ²В.В. OLEKSENKO, ³В.А. ZAKHAROV, ²Т.С. EFETOVA

¹*Kharkiv medical academy of postdegree education, Harkiv;*

²*The Crimean state medical university of S.I. Georgiyevskogo, chair of oncology, Simferopol;*

³*Crimean republican establishment oncological clinical, Simferopol.*

NEW SURGICAL APPROACHES IN THE SOLUTION OF PROBLEMS OF A RECONSTRUCTIVE AND RECOVERY STAGE OF GASTRECTOMY

The direct and remote functional results of surgical treatment of 351 patients with cancer of a stomach, with various options of a reconstructive and recovery stage are analysed. In the main group – 144 patients, the new technology of formation of the tank in proximal department of a digestive tract, in control group – 207 patients "classical" options of reconstruction on Schlatter and Roux is applied. In the comparative analysis of direct results, statistically significant difference ($p > 0,05$) in the frequency of development of surgical complications ($9,7 \pm 2,5\%$ and $8,7 \pm 1,9\%$) and lethal outcomes ($4,2 \pm 1,7\%$ and $4,8 \pm 1,5\%$) among patients of the main and control group is noted. It is established that in the remote terms of supervision, formation of the tank decrease in frequency of development is promoted by a dumping syndrome in the first year for $9,8\%$ ($p < 0,05$), in the second year for $8,1\%$, in the third year for $9,1\%$, a late hypoglycemic syndrome for $4,5\%$, $4,8\%$ and $5,8\%$, an asthenic syndrome for $2,6\%$, $3,7\%$ and $2,4\%$, a reflux-efofagita for $4,5\%$, $4,6\%$ and $3,9\%$ respectively by years. The number of patients with deficiency of weight of a body among patients of the main group was reduced in the first year after operation by $10,5\%$, in the second year for $10,5\%$, in the third year for $7,1\%$, the number of persons with temporary disability was reduced by $10,8\%$ ($p < 0,05$), $3,7\%$ and $4,5\%$ respectively by years.

Key words: cancer of stomach, gastrectomy, reconstruction option

Стаття надійшла до редакції: 11.02.2013 р.