

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОРЯДНОГО АНАСТОМОЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Проф. Ю. А. Винник, доц. Г. В. Трунов*, Мохамед Саед Абухасан

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
*Харьковский национальный медицинский университет

Подведены итоги хирургического лечения 150 больных раком желудка. Больные были разделены на две группы: в основной группе пищеводно-желудочный или пищеводно-кишечный анастомоз сформирован однорядным ручным швом без захвата слизистой оболочки, в контрольной группе анастомоз сформирован обычным способом с использованием двухрядного шва. У больных основной группы было в 2 раза меньше послеоперационных осложнений (7,8 % по сравнению с 15,2 %), не было летальных исходов (в контрольной группе летальность составила 4,1 %). Формирование предложенного анастомоза создает более оптимальные условия для нормализации белкового обмена у больных раком желудка, что выражается в более раннем (на 4,7 мес.) достижении нормальной концентрации сывороточного белка и его фракций, более высокими абсолютными значениями (на 8,7 %) по сравнению с показателями в группе больных раком желудка после стандартного варианта реконструкции. Уровень печеночных ферментов у больных основной группы приходил в норму на 2,4 мес. раньше, чем у больных контрольной группы. Через 12 мес. после операции у больных основной группы отмечено восстановление массы тела (96,5 % от исходного). Среди больных контрольной группы наблюдалась отрицательная динамика (89,1 %) и не достигнуты исходные показатели. Спустя год после создания кишечного или желудочного резервуара рентгеноконтрастная взвесь задерживалась в нем на 11,3 % (пищеводно-кишечный анастомоз) и на 11,0 % (пищеводно-желудочный анастомоз) дольше у больных основной группы, что связано с увеличением объема кишечного резервуара на 10,3 % и желудочного резервуара на 10,8 % по сравнению с больными контрольной группы. Однолетняя выживаемость больных основной группы — 75,3 % по сравнению с контрольной группой (65,7 %). Трехлетняя выживаемость в основной группе — 54,5 %, а в контрольной — 45,7 %.

Ключевые слова: рак желудка, анастомоз, выживаемость.

ЗАСТОСУВАННЯ ОДНОРЯДНОГО АНАСТОМОЗУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

Проф. Ю. О. Винник, доц. Г. В. Трунов*, Мохамед Саед Абухасан

Підбито підсумки хірургічного лікування 150 хворих на рак шлунка. Хворих було розподілено на дві групи: в основній групі стравохідно-шлунковий або стравохідно-кишковий анастомоз сформований однорядним ручним швом без захоплення слизової оболонки, в контрольній групі анастомоз сформований звичайним способом із використанням дворяного шва. У хворих основної групи було в 2 рази менше післяопераційних ускладнень (7,8 % порівняно з 15,2 %), не було летальних результатів (у контрольній групі летальність склала 4,1 %). Формування запропонованого анастомозу створює оптимальні умови для нормалізації білкового обміну у хворих на рак шлунка, що втілюється в більш ранньому (на 4,7 міс.) досягненні нормальної концентрації сироваткового білка та його фракцій, вищими абсолютними значеннями (на 8,7 %) порівняно з показниками в групі хворих на рак шлунка після стандартного варіанта реконструкції. Рівень печінкових ферментів у хворих основної групи повертався до норми на 2,4 міс. раніше, ніж у хворих контрольної групи. Через 12 міс. після операції у хворих основної групи зазначено відновлення маси тіла (96,5 % від початкового). Серед хворих контрольної групи спостерігали негативну динаміку (89,1 %) і не досягнуто початкових показників. Через рік після створення кишечного або шлункового резервуара рентгеноконтрастна взвесь затримувалася в ньому на 11,3 % (стравохідно-кишковий анастомоз) і на 11,0 % (стравохідно-шлунковий анастомоз) довше у хворих основної групи, що пов'язано зі збільшенням обсягу кишечного резервуара на 10,3 % і шлункового резервуара на 10,8 % порівняно з хворими контрольної групи. Однорічна виживаність хворих основної групи — 75,3 % порівняно з контрольною групою (65,7 %). Трирічна виживаність в основній групі — 54,5 %, а в контрольній — 45,7 %.

Ключові слова: рак шлунка, анастомоз, виживаність.

APPLICATION OF SINGLE-ROW ANASTOMOSIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTRIC CANCER

Yu. A. Vinnyck, G. V. Trunov*, Mohamed Sayed Abuhasan

Summed up the surgical treatment of 150 patients with gastric cancer. The patients were divided into 2 groups: the main group of esophageal-gastric or esophageal-intestinal anastomosis formed single-row suture without manual capture of the mucous membrane in the control group, anastomosis formed in the usual way using the two-row joint. In patients of the main group were twice fewer postoperative complications (7.8 % compared to 15.2 %), there were no fatal outcomes (mortality in the control group was 4.1 %). Formation of the proposed anastomosis creates better conditions for the normalization of protein metabolism in patients with gastric cancer, which is expressed in an earlier (4.7 months) achieving normal concentrations of serum protein and its fractions, and higher absolute values (8.7 %) in compared with those in the group of patients with gastric cancer after standard versions of reconstruction. The level of liver enzymes in patients of the main group bounced back by 2.4 months earlier than patients in the control group. At 12 months after surgery in patients of the control group noted the restoration of body weight (96.5 % of the original). Among the patients in the control group showed negative dynamics (89.1 %) and achieved benchmarks. One year after the creation of intestinal or gastric reservoir radiopaque slurry delayed it by 11.3 % (esophageal-intestinal anastomosis) and 11.0 % (esophageal-gastric bypass) longer than in patients of the main group, this is due to an increase in intestinal reservoir 10.3 % and gastric reservoir by 10.8 % compared with those of the control group. One-year survival rate of the study group was 75.3 % compared with the control group (65.7 %). The three-year survival rate in the study group was 54.5 % and in the control group — 45.7 %.

Keywords: gastric cancer, anastomosis, survival.

Основными причинами потери трудоспособности и инвалидности больных раком желудка (РЖ) после радикального хирургического лечения в отдаленные периоды жизни являются прогрессия злокачественного процесса

и постгастрэктомические осложнения [3, 6]. Одним из путей улучшения отдаленных результатов хирургического лечения больных РЖ должны быть мероприятия, направленные не только на повышение абластики выполнения

гастрэктомии и субтотальной проксимальной резекции желудка, что позволит уменьшить риск распространения и рецидива рака, но и совершенствование технологии проведения реконструктивно-восстановительного этапа, направленного на сокращение частоты и степени тяжести неизбежно развивающихся функциональных нарушений [1, 2, 7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов обследования и лечения 150 больных РЖ, которые находились на лечении в Харьковском областном клиническом онкологическом центре за период с 2004 по 2012 год включительно. Критерием отбора служило формирование пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза. Все больные были распределены на две группы. Распределение больных происходило в зависимости от способа формирования пищеводного анастомоза.

В основной группе выполнение реконструктивно-восстановительного этапа предусматривало применение новой технологии формирования пищеводного анастомоза. Из 77 больных основной группы, у 63 больных произведено формирование пищеводно-кишечного анастомоза [4]. У 14 больных произведено формирование пищеводно-желудочного анастомоза [5]. В контрольной группе выполнение реконструктивно-восстановительного этапа не предусматривало применения новой технологии формирования пищеводного анастомоза. Из 73 пациентов контрольной группы формирование пищеводно-кишечного анастомоза с использованием двухрядного ручного шва было применено у 54 больных, вариант реконструкции с формированием пищеводно-желудочного анастомоза стандартным двухрядным ручным швом — у 19 пациентов. Группы были репрезентативны по полу, возрасту и стадии опухолевого процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В обеих группах общее время операций существенно не отличалось, это зависело от локализации опухоли, объема удаляемых тканей, вскрытия одной или двух полостей, объема лимфодиссекции. В основной группе оно составило в среднем 204,0 мин, в контрольной 212,0 мин. Объем кровопотери не зависел от способа наложения пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза. В основной группе он составил 1137,6 мл, в контрольной — 1184,7 мл. Характер послеоперационных (п/о) осложнений существенно отличался в исследуемых группах. В основной группе больше встречался п/о панкреатит, а несостоятельности пищеводно-желудочного

и пищеводно-кишечного анастомоза не было выявлено. В контрольной группе диагностированы две несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза, перфорация культи желудка и значительное количество сердечно-сосудистых осложнений. Общее количество п/о осложнений в контрольной группе в 2 раза выше, чем в основной, и составило 15,2 % по сравнению с 7,8 %. В основной группе п/о летальность отсутствовала, а в контрольной группе составила 4,1 %. Во второй группе умерло 3 больных. При исследовании трофологического статуса оперированных больных выявлено, что формирование предложенного анастомоза создает более оптимальные условия для нормализации белкового обмена у больных РЖ, что выражается в более раннем (на 4,7 мес.) достижении нормальной концентрации сывороточного белка и его фракций, более высокими абсолютными значениями (на 8,7 %) по сравнению с показателями в группе больных РЖ после стандартного варианта реконструкции. Уровень печеночных ферментов (АСТ, АЛТ, ЩФ) у больных основной группы приходил в норму на 2,4 мес. раньше, чем у больных контрольной группы. Через 12 мес. после операции у больных основной группы отмечено восстановление массы тела (96,5 % от исходного). Среди больных контрольной группы наблюдалась отрицательная динамика (89,1 %) и не достигнуты исходные показатели. При контрольном рентгенологическом исследовании спустя один год после операции рентгеноконтрастная взвесь задерживалась в кишечном резервуаре на 11,3 % и в желудочном резервуаре — на 11,0 % дольше у больных основной группы, это связано с тем, что с увеличением срока после операции происходило увеличение объема всего резервуара на 10,3 и на 10,8 %, соответственно, по сравнению с больными контрольной группы. Эвакуация из резервуара происходила ритмично, небольшими порциями, быстрого опорожнения и молниеносного продвижения по тонкой кишке в этот срок отмечено не было.

Анализ одно- и трехлетней выживаемости больных РЖ, которым были произведены хирургические вмешательства с различными вариантами реконструкции, свидетельствует о влиянии выбора способа реконструкции на продолжительность жизни в отдаленные сроки наблюдения. Однолетняя выживаемость больных основной группы — 75,3 % по сравнению с контрольной группой (65,7 %). Трехлетняя выживаемость в основной группе — 54,5 %, а в контрольной — 45,7 %. На основании имеющихся данных можно заключить, что формирование нового вида анастомоза после гастрэктомии и субтотальной проксимальной резекции желудка оказывает влияние на увеличение выживаемости больных в отдаленные сроки наблюдений по сравнению со стандартным вариантом реконструкции.

ВЫВОДЫ

Данные наблюдения отдаленных результатов лечения больных с различными вариантами реконструкции пищеварительного тракта свидетельствуют о положительной роли применения однорядного ручного анастомоза в улучшении ближайших и отдаленных результатов и увеличении продолжительности жизни больных РЖ после хирургического лечения в объеме гастрэктомии и субтотальной проксимальной резекции желудка.

Одним из путей улучшения отдаленных результатов хирургического лечения больных РЖ является выбор варианта реконструкции

пищеварительного тракта. Формирование нового вида анастомоза после гастрэктомии и субтотальной проксимальной резекции желудка способствует увеличению отдаленной выживаемости. На результаты выживаемости больных оказывает влияние не только «опухольассоциированные факторы», такие как глубина инвазии, лимфогенное метастазирование, локализация и гистологическая структура опухоли, но и улучшение трофологического статуса оперированных больных.

Результаты данного исследования могут быть использованы в *перспективе* в работе онкологических клиник, занимающихся хирургическим лечением РЖ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Давыдов М. И. Энциклопедия хирургии рака желудка / М. И. Давыдов, И. Н. Туркин, М. М. Давыдов. — М. : Эксмо, 2011. — 536 с.
2. Мерабишвили В. М. Динамика наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком желудка (популяционное исследование) / В. М. Мерабишвили // Вопр. онкол. — 2013. — Т. 59, № 6. — С. 701–707.
3. Захворюваність населення України на злоякісні новоутворення органів травного каналу після аварії на ЧАЕС / І. Б. Щепотін, З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, А. Ю. Рижов // Клін. онкол. — 2013. — № 2 (10). — С. 12–17.
4. Спосіб формування стравохідно-кишкового анастомозу : Патент України на корисну модель № 100810. — Зареєстровано 10.08.2015.
5. Спосіб формування стравохідно-шлункового анастомозу при хірургічному лікуванні раку стравоходу та шлунка : Патент України на корисну модель № 98520. — Зареєстровано 27.04.2015.
6. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012 / J. Ferlay, E. Steliarova-Foucher, J. Lortet-Tieulent [et al.] / European Journal of Cancer. — 2013. — Vol. 49. — P. 1374–1403.
7. Chen X. Digestive tract reconstruction pattern as a determining factor in postgastrectomy quality of life / X. Chen, W. Zhang, K. Yang // World J. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 7. — № 20 (1). — P. 330–332.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2016 РІК

КАФЕДРА МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Зав. кафедри проф. Ніконов В. В.

тел. 715-33-41; 711-29-73

Медицина невідкладних станів (для лікарів, які підтверджують звання лікар- спеціаліст)	11.04–13.05
Медицина невідкладних станів (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)	10.10–09.11

КАФЕДРА ТЕРАПІЇ ТА НЕФРОЛОГІЇ

В. о. зав. кафедри проф. Більченко О. В.

тел. 343-12-98

Внутрішні хвороби	01.02–30.06
Нефрологія (для лікарів-терапевтів)	01.09.2016– 04.03.2017
Внутрішні хвороби	01.09–30.12