

Худаёров С. С.

ВЛИЯНИЕ РЕЗЕРВУАРА НА ПРОЦЕСС ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Операция гастрэктомия - полное удаление желудка с обоими сальниками, регионарными лимфатическими узлами, заканчивающаяся формированием эзофагоюноанастомоза. Это серьезная и продолжительная травма для организма, однако, пациент должен понимать, что она обусловлена задачами сохранения его жизни, и поэтому необходимо оценить последствия операции и подготовиться к правильной адаптации организма к новым условиям переработки пищи /1,3/.

К сожалению, адаптация организма происходит очень долго и у незначительного количества больных. Отсутствие желудка серьезным образом отражается на моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и на её нервной регуляции. Полное отсутствие желудочной секреции на усвояемость пищи и на стимуляцию кроветворения /3/.

В организме нет органа, который мог бы компенсировать функции желудка после гастрэктомии. Кроме этого в результате оперативного удаления ЖКТ возникает ряд функциональных осложнений, которые в совокупности приводят к подавлению иммунологического статуса организма, диспепсическим явлениям, анемии, отсутствию аппетита, алиментарному истощению, значительной потере веса, ограничению физических возможностей, ухудшению качества жизни и потере трудоспособности /2/.

Для профилактики данного явления после операции имеется множество вариантов медикаментозной коррекции и диетотерапии. Однако до настоящего времени не разработан ни один стандартный подход отличающийся эффективностью.

В последнее время в литературе все также обсуждается метод энтеропластики после гастрэктомии, который надежным образом ликвидирует возможные функциональные осложнения, повышает возможности физической реабилитации и качества жизни /2/.

В связи с этим, мы перед собой поставили цель разработать оригинальный способ желудок-заменяющего резервуара с включением в систему пищеварения 12-перстной кишки и в сравнительном аспекте изучить её непосредственное влияние на возможность физиологической реабилитации, качество жизни и на состояние трудоспособности.

Материал и методы. В отделении абдоминальной хирургии РОНЦ в период с 2003 по 2010 г.г. 90 больным раком желудка при T3N2M0 произведена стандартная радикальная гастрэктомия с формированием желудок-заменяющего резервуара путем энтеропластики. Больные были в возрасте от 28 до 78 лет. Мужчин 58 (64,4%), женщин 32 (35,6%). Диагноз установлен на основании стандартных методов исследования с использованием компьютерной томографии и диагностической лапароскопии. Диагноз гистологически верифицирован до операции у всех больных. У 65 (72,2%) больных выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки и у 35 (27,8%) больных незрелая диффузная форма.

Контрольную группу составили 96 больных оперированных в период 2008-2009 г.г. также при T3N2M0. В исследование, как в основную, так и в

контрольную группу включены больные только со стадией T3N2M0. По полу, возрасту и другим прогностическим факторам, влияющим на течение и исход заболевания, сравниваемые группы были идентичными.

Всем больным произведена стандартная радикальная гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме Д2. Эзофагоюноанастомоз сформирован по разработанной нами модификации классического способа Гильяровича. С этой целью в основной группе отступая 15 см от Трейцовой связки резецирована петля тощей кишки длиной 40 см. Трансплантату придается Л-образная форма и в средней части формируется эзофагоюноанастомоз по разработанной нами модификации. Далее приближаются отводящая и приводящая петли кишечника, и между ними длиной до 16 см формируется резервуар путем энтеропластики. После чего между отводящей петлей и культей 12-перстной кишки накладывается дуоденоэнтероанастомоз, а культя приводящей петли на уровне резервуара ушивается механическим аппаратом и сверху механические швы укутываются серозно-мышечными слоями. Культи резецированных кишок после Трейцовой связки анастомозируются по типу конец в конец.

Принципиальными особенностями оперативного вмешательства в основной группе является сформированный резервуар, который укладывается на месте удаленного желудка и включение в систему пищеварения 12-перстной кишки.

В контрольной группе выполнена стандартно-радикальная гастрэктомия с формированием эзофагоюноанастомоза по разработанной нами модификации без создания резервуара.

Критериями оценки эффективности в основной и контрольной группе являлись:

1. Частота функциональных осложнений.
2. Послеоперационная реабилитация.
3. Прибавление или уменьшение массы тела.
4. Состояние трудоспособности.

Результаты. К функциональным осложнениям, которые возникают вследствие агастрального состояния прямого соединения пищевода с тощей кишкой, относятся рефлюкс эзофагит, демпинг синдром, диспепсические

явления и агастральная анемия. Зачастую исход и течение послеоперационного периода зависят от интенсивности этих синдромов. Поэтому возникновение этих синдромов и методы борьбы по коррекции этих функциональных осложнений являются весьма актуальными.

Частота агастральных функциональных
Наблюдение за пациентами по изучению вышеуказанных критериев продолжалось в течение 1 года.
Сведения о частоте возникновения функциональных осложнений в сравниваемых группах приведены в табл. 1.

Таблица 1
осложнений в сравниваемых группах

Разновидности агастральных функциональных осложнений	Основная группа, п=90		Контрольная группа, п=96	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Рефлюкс эзофагит			72	75*
Демпинг синдром			29	30,2*
Диспепсические явления	8	8,8	39	37,5*
Анемия	28	31,1	86	89,6*

* - Разница статистически достоверна между сравниваемыми группами ($P < 0,05$).

И так, в основной группе благодаря формированию резервуара практически полностью были предотвращены такие грозные осложнения как рефлюкс эзофагит и демпинг синдром, которые в большинстве случаев являлись причиной стойкой инвалидности и более серьезных осложнений.

А в контрольной группе рефлюкс эзофагит наблюдался у 75% больных, а демпинг синдром у 30,2%.

Диспепсические явления в основной группе наблюдались всего у 8 (8,8%) больных. В основном легкую степень диспепсических явлений наблюдали в течение 1 месяца после операции и после правильного подбора лечения эти явления у всех больных прошли.

В контрольной группе это осложнение возникло у 39 (37,5%) больных, то есть по сравнению с основной группой почти в 5 раз больше. Наблюдения показали, что после коррекции диетотерапии у 17 (43,8%) больных удалось ликвидировать или заметно снизить явления диспепсии, а у 22 (56,4%) больных продолжались в период наблюдения, несмотря на проводимую медикаментозную и диетотерапию.

Анемия, связанная с отсутствием желудочной секреции, которая стимулирует гемопоэз, в основной группе возникла у 28 (31,1 %) больных. На фоне медикаментозной коррекции и

группе, где анемия наблюдалась у 86 (89,6%) случаев привела к стойкому излечению только у 32 (37,2%) больных. У остальных 56 (62,8%) больных лечение оказалось малоэффективным или же вовсе неэффективным.

Наблюдение за послеоперационным реабилитационным процессом у пациентов основной и контрольной групп, включающее в себя отсутствие жалоб, связанных с перенесенной операцией, удовлетворительный аппетит, прибавление веса, неограниченное и безболезненное движение, нормальные гемо и иммунологические показатели, которое продолжалось год, показало, что у пациентов полная или частичная реабилитация физического и физиологического состояния произошла в разные сроки после операции. Сведения об этом приведены в табл.2.

Полученные цифры показали, что во 2 квартале после операции вышеуказанные критерии соответствовали в норме уже у 64,4% (58) больных основной группы, в то время у пациентов контрольной группы из 96 пациентов ни у одного за указанный срок не отмечалась полная реабилитация.

Таблица 2
инном процессе в сравниваемых группах ловины 59,3% (57) больных.

Анализ показывает, что в основной группе за счет пластической операции и включения в систему пищеварения 12-перстной кишки, которая предотвращает самые грозные функциональные осложнения, процесс послеоперационной

Сведения о послеоперационном реабил

Степень реабилитации	Основная группа, п=90				Контрольная группа, п=96			
	3 мес	6 мес.	9 мес.	12 мес	3 мес.	6 мес.	9 мес.	12 мес
Полная реабилитация	-	58 (64,4%)	90 (100%)	90 (100%)	-	-	22 (24,9%)	39 (40,6%)
Частичная реабилитация	90 (100%)	92 (35,5%)	-	-	96 (100%)	96 (100%)	74 (77,1%)	57 (59,3%)

Спустя год в основной группе этот показатель остался без изменений 100%, а в контрольной группе он составил чуть больше поприема готовой желудочной секреции удалось корригировать анемию практически у всех 28 больных. Лечение им было рекомендовано 2 раза в год, а прием желудочной секреции постоянно. Такой же подход и в контрольной

реабилитации происходит более

быстро и у всех оперированных пациентов, в то же время у пациентов контрольной группы медленно и только лишь у 59.3% пациентов.

Прибавление веса является одним из главных критериев физической реабилитации. При хорошей реабилитации больной не только будет

восстанавливать потерянный вес до операции. но и может набрать еще много килограмм. Изучение этого показателя в сравниваемых группах приведено в табл. 3.

Таблица 3

Показатели прибавления и уменьшения массы тела в сравниваемых группах в зависимости от срока проведения операции

Изменения массы тела	Основная группа, n=90				Контрольная группа, n=96			
	ДО 3 мес	до 6 мес.	до 9 мес.	до 12 мес	до 3 мес	до 6 мес.	до 9 мес.	до 12 мес
Без изменения	11 (12,2%)	3 (3,3%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	16 (16,6%)	10 (10,4%)	6 (6,2%)	2 (2,1%)
Прибавление 1-3 кг	70 (77,7%)	53 (58,8%)	9 (10,0%)	7 (7,7%)	5 (5,2%)	12 (12,5%)	19 (19,8%)	24 (25,0%)
Прибавление 3-7 кг	-	28 (31,3%)	66 (73,3%)	55 (61,1%)	-	3 (3,1%)	6 (6,2%)	8 (8,3%)
Прибавление 7-10 кг	-	-	12 (13,3%)	19 (21,1%)	-	-	•	-
Прибавление больше 10 кг	-	-	-	8 (8,8%)	-	-	-	-
Уменьшение 1-3 кг	9 (10,0%)	6 (6,6%)	2 (2,2%)	-	54 (56,2%)	39 (40,6%)	35 (36,4%)	32 (33,3%)
Уменьшение 3-7 кг	-	-	•	-	19 (19,8%)	22 (22,9%)	21 (21,8%)	22 (22,9%)
Уменьшение 7-10 кг	•	-	-	-	-	6 (6,2%)	7 (7,3%)	5 (5,2%)
Уменьшение больше 10 кг	-	-	-	-	-	4 (4,2%)	2(2,1%)	3 Ш%1

К 12 месяцам все больные основной группы прибавили вес от 3 до 12 кг. за исключением 1 больного, у которого вес остался без изменения. Причем без изменения если после операции в течение 3 месяцев у 11 (12,2%) больных, то в срок 12 месяцев, только 1 пациент остался без изменения. Если в течение 3 месяцев после операции у 70 (70,7%) больных отмечалось прибавление веса от 1 до 3 месяцев, то в последующем этот показатель стал уменьшаться за счет перехода пациентов другие весовые категории. Если спустя 3 месяца прибавление до 7 кг было зафиксировано у 28 (31,1%) больных, то к 12 месяцам этот показатель составил 61,1% (55) больных, до 10 кг у 21,1% (19) больных, больше 10 кг у 8,8% (8) больных.

А в контрольной группе к 12 месяцам прибавка веса от 1 до 7 кг наблюдалась всего у 34 (35,4%) больных, у остальных 62 (34,6%) больных отмечено уменьшение массы тела от 1 до 10 кг и больше.

Как известно, после гастрэктомии у всех больных снижалась трудоспособность и более чем у 70% больных отмечается стойкая потеря трудоспособности. Только 25-30% пациентов могут вернуться на работу или же переходить на легкую работу, где в основном интеллектуальный труд без физической нагрузки.

Изучение сохранения трудоспособности в сравниваемых группах показало, что в течение 6 месяцев после операции из основной группы 31,1% (28) пациентов вернулись на занимаемую должность, а через 12 месяцев 62,2% (56) пациентов нашли у себя физические возможности и вернулись на работу.

А в контрольной группе эти показатели составили соответственно 8,3% (8) и 20,8% (20) пациентов. То есть по сравнению с контрольной группой в основной группе в 3 раза больше пациентов могли вернуться в производство благодаря хорошей физической реабилитации.

Выводы. Формирование желудка- заменяющего резервуара с включением в систему пищеварения 12-перстной кишки практически полностью предотвращает возникновение таких грозных осложнений как рефлюкс эзофагит, демпинг синдром и достоверно снижает частоту возникновения анемии и диспепсических явлений.

Благодаря созданию резервуара у пациентов по сравнению с контрольной группой быстрее наступает реабилитация, практически у всех восстанавливается масса тела и более чем у 62,0% пациентов физические и интеллектуальные возможности позволяют вернуться к производству.

Литература

1. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка. Современная онкология. 2000. 2.1.
2. Джураев М.Д. с соавт. Реконструктивно-восстановительная хирургия рака желудка. Материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского форума «Санкт-Петербург - Гастро 2007». № 1-2. 2007. С.36-