

САГІТАЛЬНА ГАСТРОПЛАСТИКА З ВИКОРИСТАННЯМ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ РІВНЯ D2 ЯК ВАРІАНТ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ ГАСТРЕКТОМІЙ У ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

Думанський Ю.В., Балашова О.І., Кічик Д.В., Малацай С.В., Терещенко М.С.

Комунальний заклад «Клінічний онкологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради, м. Дніпро, Україна, e-mail: icharzt@gmail.com

Резюме. В роботі відображена оцінка результатів виконання радикальних хірургічних втручань у хворих на рак шлунка. Пацієнтам I групи (n=304) формували езофаго-єсноанастомоз за Бондарем Г.В., II (n=112) – після гастректомії виконували сагітальну гастропластику. У пацієнтів II групи терміни знаходження на стаціонарному лікуванні та у відділенні інтенсивної терапії в післяопераційному періоді достовірно не відрізнялись від показників хворих I групи. Протягом перших 20 діб раннього післяопераційного періоду пацієнти, котрим виконали сагітальну гастропластику, приймали одноразово достовірно більшу кількість їжі, ніж хворі I групи.

Ключові слова: рак шлунка, гастректомія, гастропластика, лімфодисекція D2.

Вступ. Сьогодні рак шлунка займає одну з провідних позицій в структурі захворюваності та смертності від онкологічних захворювань [1]. За частотою ця локалізація займає п'яте місце в структурі онкологічної патології, при цьому, з урахуванням того, що більшість пацієнтів мають запущений пухлинний процес, прогноз, як правило, песимістичний [2].

Одним із основних факторів, що впливають на віддалені результати хірургічного лікування шлунка, є радикальність виконання хірургічного втручання, а також методика, що дозволяє домогтися задовільних функціональних результатів [3,4]. При цьому необхідність виконання лімфодисекції доведена великою кількістю досліджень і є невід'ємним етапом операції при цій патології [5].

Мета дослідження. Проаналізувати результати виконання гастректомії з сагітальною гастропластикомією лімфаденектомією на рівні D2 у хворих на рак шлунка.

Матеріали і методи. За період з 2013 по 2017 рр. в хірургічному відділенні №1 КЗ «КОД» ДОР» з приводу злоякісних пухлин шлунка було виконано 416 гастректомій-лімфодисекцією в обсязі D2. За даними гістологічних досліджень визначали високодиференційовану і помірно-диференційовану аденокарциному в 283 (68,0 %) випадках, низькодиференційовану аденокарциному з персневидноклітинним компонентом в 133 (32,0 %). Залежно від способів виконання операції хворі були розділені на дві групи. Так, I групу склали 304 (73,1 %) пацієнти з формуванням езофаго-єсноанастомозу за Бондарем Г.В., II – 112 (26,9 %) хворих, яким після видалення шлунка виконували сагітальну гастропластику. Достовірних відмінностей у віковому та гендерному складі досліджуваних груп не було (p>0,05). У всіх хворих через тиждень після операції оцінювали одноразовий об'єм їжі, який хворий міг прийняти за один прийом. Також була проведена оцінка результатів хірургічних втручань тавиживаність цієї категорії хворих в віддалені терміни.

Результати. Виконання сагітальної гастропластики не супроводжувалось більш довгим знаходженням хворих на стаціонарному лікуванні в післяопераційному періоді. Характеристика показників представлена в таблиці 1. Таким чином, у пацієнтів II групи тривалість хірургічного втручання в середньому була вищою на 11,8 %, однак це не супроводжувалось більш довгим знаходженням хворих у відділенні ВАІТ.

Результати оцінки середнього об'єму їжі, який хворі могли приймати одноразово в післяопераційному періоді, відображені в графіку нижче (рис. 1).

Таблиця 1

Терміни лікування хворих та тривалість операції в досліджуваних групах

Показник	Група I			Група II		
	min	max	med	min	max	med
Тривалість операції (хв.)	135	210	172,4±22,2	150	235	192,7±19,1
Тривалість знаходження хворих у ВАІТ (діб)	1	3	2,1±0,3	1	3	2,2±0,3
Тривалість стаціонарного лікування (діб)	9	14	11,3±2,1	9	14	11,1±2,2

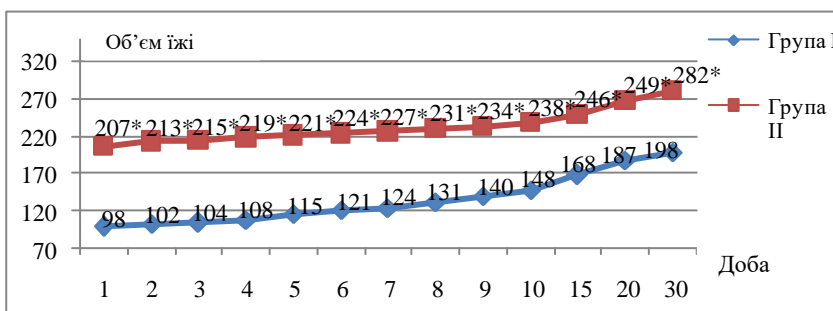


Рис. 1. Об'єм одноразово прийнятої їжі (мл) хворими в післяопераційному періоді

Примітка. * – Достовірність відмінностей між групами за критерієм Стьюдента (t) (p<0,05).

Виконання сагітальної гастропластики призводило до достовірно більшої кількості їжі, яку пацієнти приймали одноразово протягом перших 30 днів у післяопераційному періоді, при цьому відмічена тенденція до зростання показників кожну добу після втручання. Одно- і п'ятирічна виживаність після виконання гастректомії за методикою Г.В.Бондаря склали 88,5% та 52,0%, при виконанні гастректомії з сагітальною гастропластиком, відповідно 89,0% та 52,3%.

Висновки. Виконання гастректомії з сагітальною гастропластиком істотно покращує якість життя, при цьому за безпосередніми та віддаленими результатами практично не відрізняючись від стандартної екстирпації шлунка за методикою Г.В.Бондаря.

References:

1. Suda K., Kashchenko V., Ishikawa K. et al. Technical aspects of totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymph node dissection. *Endosc. Surg.* 2015. 3. P.43-57.
2. Kononets P.V., Kanner D.YU. Laparoskopicheskaya subtotal'naya rezektsiya zheludka pri ruke s sokhraneniym kranial'noy pechenochnoy arterii: tekhnicheskiye aspekty. *Klin. i eksperiment. khir. Zhurn. im. akad. B.V. Petrovskogo.* 2016. 4. P.39 - 47.
3. Карачун А., Кащенко В.А., Пелипась Ю.В. Технические аспекты лапароскопических вмешательств при раке желудка. *Научн.-практ. журн. медико-биологического агентства "Клиническая больница".* 2016; 16 (2): 6-19.
4. Seevaratnam R., Vocicariu A., Cardoso R. A meta-analysis of D1 versus D2 lymph node dissection Gastric Cancer. *Gastric Cancer.* 2012; 15(1):60-69.
5. Waddell T., Verheij M., Allum W. et al. Gastric cancer: ESMO-ESSO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology.* 2013; 24(6): 57-63.

УДК 616.33-006-008.8-089.844

САГИТАЛЬНАЯ ГАСТРОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛИМФОДИССЕКЦИИ УРОВНЯ D2 КАК ВАРИАНТ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ГАСТРЕКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Думанский Ю.В., Балашова О.И., Кичик Д.В., Малацай С.В., Терещенко М.С.

Коммунальное учреждение «Клинический онкологический диспансер» Днепропетровского областного совета, г. Днепр, Украина, e-mail: icharzt@gmail.com

Резюме. В работе отражена оценка результатов выполнения радикальных хирургических вмешательств у больных раком желудка. Пациентам I группы (n = 304) формировали эзофаго-еюноанастомоз за Бондарем Г.В., II (n = 112) – после гастректомии выполняли сагитальную гастропластику. У пациентов II группы сроки нахождения на стационарном лечении и в отделении интенсивной терапии в послеоперационном периоде достоверно не отличались от показателей больных I группы. В течение первых 30 суток раннего послеоперационного периода пациенты, которым выполнили сагитальную гастропластику, принимали однократно достоверно большее количество пищи, чем больные I группы.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, гастропластика, лимфодиссекция D2.

UDC616.33-006-008.8-089.844

SAGITTAL GASTROPLASTY WITH LYMPH NODE DISSECTION OF D2 LEVEL AS AN OPTION FOR RECONSTRUCTION AFTER GASTRECTOMY IN GASTRIC CANCER PATIENTS

Yu.V. Dumansky, O.I. Balashova, D.V. Kichik, S.V. Malatsai, M.S. Tereshchenko

Communal Institution "Clinical Oncology Dispensary" of Dnipropetrovsk Oblast Council, Dnipro, Ukraine, e-mail: icharzt@gmail.com

Abstract. Gastric cancer is one of the leading positions in the structure of morbidity and mortality from oncological diseases. By frequency, this localization occupies the fifth place in the structure of cancer pathology, considering that most patients have an advanced cancer prognosis is usually pessimistic. One of the main factors influencing long-term results of surgical treatment of the stomach is the radicalism of surgical intervention, as well as a technique that allows satisfactory functional results to be achieved. The need for lymphatic dissection is proved by a large number of studies and is an indispensable stage of surgery in this pathology.

The aim of the study was to analyze the results of gastrectomy with sagittal gastroplasty and lymph node dissection at D2 level in patients with gastric cancer.

For the period from 2013 to 2017, in the surgical department No. 1 of the "KOD "DOR" 416 gastrectomy with lymph node dissection D2 for the gastric cancer were performed. Depending on how the surgery was performed, the patients were divided into two groups. Thus, the group I consisted of 304 (73.1%) patients with formation of esophago-jejunoanastomosis by G.V. Bondar. Group II - 112 (26.9%) patients who after gastrectomy underwent sagittal gastroplasty. There were no significant differences in the age and gender composition of the studied groups (p > 0.05). An evaluation of the results of surgical interventions and survival of this category of patients in the long term was carried out.

A longer stay of patients did not accompany performance of the sagittal gastroplasty in the postoperative period. In patients of Group II, the duration of surgery was on average 11.8% higher, but it was not accompanied by a longer presence of patients in the Department of Anesthesiology and Reanimation. Performance of the sagittal gastroplasty led to a significantly higher amount of food that patients took once in the first 30 days in the postoperative period, with a tendency to increase the rates for every day after the intervention. One- and five-year survival after performed gastrectomy according to the method of G.V. Bondar accounted for 88.5% and 52.0%, with gastrectomy with sagittal gastroplasty, respectively 89.0% and 52.3%.

Thus, implementation of gastrectomy with sagittal gastroplasty significantly improves the quality of life and at the same time, for immediate and distant results, practically no difference from the standard gastrectomy by G.V. Bondar.

Keywords: gastric cancer, gastrectomy, gastroplasty, D2 lymph node dissection.

Стаття надійшла в редакцію 04.09.2018 р.