

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Ачилов М.Т., Камалов Б.Т., Тошев Х.Ш., Мардиев Р.О.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самаркандский
филиал РНЦЭМП

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11523400>

Аннотация: Приведены результаты хирургического лечения 56 больных раком желудка. Всем больным выполнена радикальная гастрэктомия с наложением пищеводно-кишечного анастомоза по методу М.И. Давыдова и лимфодиссекцией в объеме D₂.

Ключевые слова: рак желудка; гастрэктомия; индекс массы тела; качество жизни.

POSSIBILITIES FOR IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER GASTRECTOMY

Abstract: The results of surgical treatment of 56 patients with gastric cancer are presented. All patients underwent radical gastrectomy with esophageal-intestinal anastomosis according to the method of M.I. Davydov and lymph node dissection in volume D₂.

Keywords: stomach cancer; gastrectomy; body mass index; the quality of life.

ВВЕДЕНИЕ

Рак желудка, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению заболеваемости, попрежнему сохраняет ведущее место в структуре онкологических заболеваний.

Единственным радикальным методом лечения рака желудка до настоящего времени является хирургический. Гастрэктомия – одна из основных операций в арсенале хирургического лечения больных раком желудка – достигает 70% от всех радикальных операций.

Современная тенденция к стандартизации хирургической техники и высокому технологическому оснащению операционной предопределяет получение близких или идентичных результатов после различных радикальных операций по поводу рака желудка. Различия в последствиях хирургического лечения лучше всего проявляются при изучении качественных итогов. Качество жизни больного после операции является важным критерием эффективности хирургического вмешательства и может быть использовано для сравнения программ лечения и оценки результатов лечения. На основании данных качества жизни могут быть описаны функциональные и психологические проблемы, с которыми сталкивается хирургический больной. Индивидуальный мониторинг качества жизни больного позволяет врачу убедиться в правильности и эффективности хирургического вмешательства, проследить течение периода ранней и поздней реабилитации, а в случае необходимости внести коррективы в программу реабилитационных мероприятий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены результаты хирургического лечения 56 больных раком желудка, оперированных в отделении хирургической Самаркандской филиале РНЦЭМП и частной клинике Константа, доктор О, мед центре Гамма Мед, 2-ой городской больнице Супер, Жамбайским ТТБ, Пастдаргомском ТТБ в период с 2017 по 2023 год. Всем больным выполнена радикальная гастрэктомия с наложением пищеводно-кишечного анастомоза по методу М.И. Давыдова и лимфодиссекцией в объеме D₂. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от варианта тонкокишечной пластики.

В первую группу вошли 25 больных раком желудка, которым выполнена реконструкция пи-щеварительного тракта длинной петлей тонкой кишки с брауновским соустьем.

Вторую группу составили 13 больных, которым выполнена реконструкция длинной петлей тонкой кишки с брауновским анастомозом, с наложением “заглушки” на приводящую петлю по А.А. Шалимову.

В третью группу включено 18 больных, которым пластика пищеварительного тракта выполнена выделенной по Ру петлей тонкой кишки.

При распределении больных по стадиям рака желудка получены следующие данные: во всех группах преобладали пациенты III стадии заболевания (64,2%; 59,3% и 61,1%, соответственно). Количество больных II и IV стадиями рака желудка составило 19,2%, 25,1, 22,3 и 16,6, 15,6, 16,6% для групп соответственно. В послеоперационном периоде каждые три месяца, в течение первых девяти месяцев, после хирургического лечения (в случае явки больного) проводили контрольное обследование, включающее изучение динамики массы тела, количественное определение общего белка и анкетирование качества жизни.

Оценка динамики массы тела выполнена методом расчета процента массы тела в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с массой тела пациента при выписке из стационара. При этом масса тела пациента при выписке принималась за 100%. Число меньше 100% означало отрицательную динамику массы тела, больше 100% – положительную. Также проводилась количественная оценка общего белка в крови при выписке, через три, шесть и девять месяцев после операции. Уровень качества жизни определяли анкетированием. Все пациенты до операции заполняли анкеты-вопросники, характеризующие общее качество жизни и симптомы, связанные с основным заболеванием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В первой группе у 6 из 25 пациентов отмечалось осложненное послеоперационное течение. Из них двое умерли в ближайшем послеоперационном периоде: причиной смерти одного больного явилась мерцательная аритмия тахисистолической формы, желудочковая экстрасистолия, второго – ранняя спаечная кишечная непроходимость.

Во второй группе осложнения отмечены у одной из 13 пациентов, в раннем послеоперационном периоде умерло один больной. В одном случае причиной смерти явилась левосторонняя застойная пневмония.

В третьей группе пациентов осложнения раннего послеоперационного периода отмечены двух из 18. В одном наблюдении послеоперационный период осложнился ранней динамической кишечной непроходимостью, которая после проведения комплексной интенсивной терапии разрешилась на 6-е сутки после операции. В одном случае отмечен реактивный плеврит слева.

Для объективной оценки отдаленных функциональных исходов различных методов реконструкции нами проанализированы изменения массы тела в отдаленном послеоперационном периоде и при выписке из стационара.

Динамика массы тела различалась в зависимости от способа операции. Через три месяца после гастрэктомии в первой и второй группах отмечено снижение массы $95,2 \pm 0,78\%$ и $99,7 \pm 0,17\%$ соответственно, а в третьей группе повышение – $100,5 \pm 0,26\%$

Известно, что рак желудка вызывает существенное нарушение процессов абсорбции и белковообразовательной функции печени с выраженными проявлениями гипопотеинемии.

Нарушение белкового обмена у пациентов после гастрэктомии связано с выключением гепатопанкреатодуоденального звена из процессов пищеварения и ускоренным пассажем пищи по тонкой кишке. С целью верификации белкового обмена было проведено исследование сывороточного белка в крови у пациентов трех групп. В первой группе уровень общего белка варьировал от 59,1 до 85 г/л, во второй – от 65,3 до 82,3 г/л, в третьей – от 62,1 до 78,2 г/л.

Общее содержание белка в крови у больных третьей группы почти не отклонилось от нормы. В разные сроки после операции в этой группе больных выявлены преимущества в динамике изменений, более раннем достижении предоперационного уровня концентрации и большими абсолютными значениями по сравнению с показателями в предыдущих группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у больных третьей группы качество жизни было лучше по сравнению с другими группами на протяжении всего срока наблюдений. У пациентов первой и второй групп, несмотря на высокий уровень качества жизни в ранние сроки после операции, в последующем, на протяжении дальнейшего периода наблюдения, этот показатель ухудшался, что связано с реканализацией приводящей петли в различные сроки после операции и развитием у больных постгастрэктомических синдромов. Качество жизни у пациентов первой группы улучшается с течением времени, но так и не достигает таких показателей, как в третьей группе. Таким образом, результаты исследований достоверно показывают, что концентрация общего белка в сыворотке крови, индекс массы тела и уровень качества жизни достоверно выше в третьей группе. Метод пластики пищеварительного тракта выделенной по Ру петель тонкой кишки практически полностью исключает попадание желчи в область пищеводно-кишечного анастомоза и сам пищевод, что позволяет предупредить появления рефлюкс-эзофагита, анастомозита и других заболеваний, связанных с забросом желчи. Эвакуация пищи из Ру петли продолжительнее, чем при петлевой пластике, в результате чего значительно реже встречается демпинг-синдром, улучшаются процессы абсорбции, создаются более оптимальные условия для быстрой нормализации белкового обмена и повышения массы тела, что, несомненно, положительно отражается на качестве жизни пациентов, у которых оно достоверно выше, чем у пациентов других групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ионова Т.Н., Новик А.А., Суханос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. – 2000. – Т.2. – №1–2. – С. 25–27.
2. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных // Матер. IV Рос. онк. конф. – М., – 2000. – С.125–12
3. М.Т.Ачилов.,Г.К.Ахмедов., Ж.И.Алимов Гастрэктомия при желудочных кровотечениях. //НАУКА И МИР Международный научный журнал,№7 (83)2020г. С.62
4. Янгиев Б.А. Ачилов М.Т. Шоназаров И.Ш. Мизамов Ф.О. Рузиев П.Н., Гастрэктомия при желудочных кровотечениях // Биология ва тиббиет муаммолари 2021. №6.1 (133). С.531-533