

© Ю. А. Винник, В. В. Олексенко*

УДК 616.33-006.6-089:617.6

Ю. А. Винник, В. В. Олексенко*

ВАРИАНТ УЛУЧШЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского»

(г. Симферополь)

Данная работа является самостоятельно выполняемой докторской диссертацией «Оптимизация хирургического лечения больных раком желудка» протокол №5 заседания Проблемной комиссии «Онкология» МОЗ и НАМН Украины от 02.12.11.

Вступление. Данные получаемые в ходе проведения медико-социальной экспертизы онкологических больных после радикального хирургического вмешательства, позволяют иметь объективную информацию отражающую социально-экономические показатели отдаленных результатов лечения, в частности больных раком желудка [1]. Так определены показатели к утрате трудоспособности и установления группы инвалидности, способствует, в конечном итоге, разработке оптимальных индивидуальных программ реабилитации. Продиктовано это не только все возрастающим числом больных с впервые выявленным раком желудка, но и тем фактом, что большая часть этих пациентов составляют наиболее трудоспособное население, при этом, основным радикальным методом лечения рака желудка остается хирургический, а на долю гастрэктомии приходится до 2/3 всех радикальных хирургических вмешательств при данной патологии [2]. Учитывая все возрастающее совершенствование оперативной техники, включая применение комбинированных операций с обширными лимфодиссекциями, позволяющих, с одной стороны, увеличить выживаемость, с другой стороны, увеличивается число больных успешно перенесших радикальное лечение, но имеющих серьезные функциональные нарушения пищеварения, неизбежно развивающиеся вследствие перестройки желудочно-кишечного тракта, что приводит этих пациентов не только к временной нетрудоспособности, но и к стойкой ее утрате и, в конечном итоге, к инвалидности [3]. У этой категории лиц, экспертиза трудоспособности процедура непростая. Единственный четкий критерий стойкой утраты трудоспособности онкологических больных – отдаленное метастазирование или наличие местно неоперабельных рецидивов, что позволяет перевести больного в IV клиническую группу и определить I группу инвалидности до конца жизни [4]. В тоже время, у пациентов без признаков прогрессии злокачественного процесса, находящихся в III клинической группе, экспертиза трудоспособности в отдаленные сроки наблюдений, вследствие нечеткости объективных критериев позволяющих

проанализировать их социальный и трудовой статус, вызывает наибольшее затруднение.

Понимая, что инвалидность легче предупредить, чем проводить реабилитационные мероприятия как консервативного, так и хирургического характера, для предупреждения развития основных постгастрэктомических осложнений, таких как демпинг-синдром, агастральная астения, рефлюкс-эзофагит многие исследователи предлагают методики создания пищевых резервуаров во время гастрэктомии, выполняющих ряд функций, среди которых главными являются накопление принимаемой пищи, ритмичное ее поступление в тонкий кишечник и предупреждение энтеро-эзофагеального рефлюкса [5]. Другие исследователи прямо высказываются, что реконструктивные методики существенно не влияют на отдаленные функциональные результаты, а ввиду сложности таких вмешательств не рекомендуют гастропластические операции для широкого применения [7]. Большое число лиц с постгастрэктомическими нарушениями свидетельствует об отсутствии оптимального способа реконструкции пищеварительного тракта направленного на улучшение отдаленных функциональных результатов хирургического лечения больных раком желудка. Одним из аргументов в пользу того или иного варианта постгастрэктомической реконструкции может быть оценка трудоспособности больных в отдаленные периоды жизни после операции.

Цель исследования – провести экспертно-реабилитационную оценку состояния больных раком желудка успешно перенесших радикальное хирургическое лечение в объеме гастрэктомии в отдаленные периоды наблюдений и с позиции социально-экономических показателей дать оценку новому способу гастропластики.

Объект и методы исследования. Исследование больных раком желудка проходивших обследование и лечение в период с 2006 по 2012 год включительно, носило проспективный характер. Больные подлежащие радикальному хирургическому лечению в объеме гастрэктомии, были разделены на две сопоставимые по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии, основным характеристикам опухоли, объему лимфодиссекции (D2) и основному этапу гастрэктомии группы, различия между которыми заключались в методике реконструктивного этапа включающего способ гастропластики. В

общей сложности обследовано 336 больных от 25 до 83 лет (61,29±8,80) – 189 (56,2%) мужчин от 25 до 83 лет (61,38±8,67) и 147 (43,8%) женщин от 27 до 82 лет (61,17±8,99), прослеженных и освидетельствованных в специализированной МСЭК на протяжении от одного до трех лет.

Взяв за основу наиболее распространенный способ реконструкции пищеварительного тракта начальной двустольной петлей тощей кишки, имеющийся в литературе как способ Schlatter, мы разработали и внедрили в клиническую практику новую технологию реконструктивного этапа при выполнении гастрэктомии предусматривающую воссоздание резервуарной функции удаленного желудка. Технология создания тонкокишечного резервуара для принимаемой пищи и методика формирования пищеводно-кишечного анастомоза обеспечивающих депонирование принимаемой пищи в начальном отделе тощей кишки и воссоздание основных элементов функционального сфинктера, предотвращающих энтеро-эзофагеальный рефлюкс, ранее была описана нами в предыдущих публикациях (Патент №50085 від 25. 05. 2010) [6]. Пациенты, оперированные с применением новой технологии постгастрэктомической реконструкции составили основную группу (n=93). Остальные лица (n=243), оперированные по стандартной методике реконструкции составили контрольную группу.

В **таблице 1** представлен возрастной состав больных раком желудка прошедших радикальное хирургическое лечение в объеме гастрэктомии. Среди больных основной группы мужчин было 51 (54,8±5,2%), женщин – 42 (45,2±5,2%) пациента, среди больных контрольной группы – 138 (56,8±3,2%) и 105 (43,2±3,2%) больных соответственно полу (p>0,05).

Таблица 1

Распределение больных исследуемых групп раком желудка по полу и возрасту

Возраст	Основная группа (n=93)				Контрольная группа (n=243)			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
	51	100	42	100	138	100	105	100
Трудоспособный	24	47,1	15	35,7	62	44,9	36	34,3
Пенсионный	27	52,9	27	64,3	76	55,1	69	65,7
Средний возраст	60,62±7,79		59,08±10,42		61,52±8,84		61,62±8,67	
	59,92±8,96				61,57±8,77			

Количество больных наиболее перспективного в плане трудовой реабилитации возраста – мужчины до 60 лет и женщины до 55 лет, как в основной (39 – 41,9±5,1%), так и в контрольной (98 – 40,3±3,1%) группе были в одинаковом соотношении (p>0,05). В целом, пациенты основной и контрольной группы были сопоставимы по полу и возрасту (p>0,05).

Отсутствие первичной инвалидности среди больных раком желудка зарегистрировано у 88 (94,6±2,3%) пациентов – у 48 (94,1%) мужчин и 40 (95,2%) женщин основной группы и у 229 (94,2±1,5%) пациентов – у 129 (93,5%) мужчин и 100 (95,2%) женщин контрольной группы. Основываясь на данных представленных в **таблице 2**, частота и структура первичной инвалидности среди пациентов обеих групп не имела достоверных различий (p>0,05).

Распределение больных исследуемых групп в соответствии с основными характеристиками рака желудка представлено в **таблице 3**.

На основании данных **таблиц 1-3** можно заключить, что основные характеристики отражающие половую и возрастную состав, трудовую и социальную принадлежность, стадию, форму роста, локализацию и гистологическую структуру опухоли среди пациентов основной и контрольной группы свидетельствовали о сопоставимости этих групп наблюдений (p>0,05). В связи с этим, есть все основания считать, что данные полученные в ходе динамического наблюдения, спустя 12, 24 и 36 месяцев после операции и соответственно трактовка отдаленных результатов лечения больных раком желудка, напрямую зависели от особенностей выполнения гастрэктомии и, в частности, ее реконструктивного этапа.

На протяжении всего периода отдаленного наблюдения за пациентами обеих групп, проводился анализ историй болезни, поликлинических карт, актов МСЭК, анкетных данных, полученных путем опроса пациентов, данных лабораторных и инструментальных исследований. Клинические исследования включали в себя исследования основных гемодинамических показателей, в специально разработанных анкетах-опросниках пациенты лично отмечали наличие или отсутствие у них характерных для постгастрэктомических осложнений жалоб. Лабораторные биохимические исследования предусматривали определение уровня гликемии, показатели красной крови. Оценивалось продвижение рентгенконтрастной пищевой смеси, а также

Таблица 2

Частота и структура первичной инвалидности у больных раком желудка

	Основная группа						Контрольная группа					
	Всего		Мужчины		Женщины		Всего		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	93	100	51	100	42	100	243	100	138	100	105	100
Инвалиды	5	5,4	3	5,9	2	4,8	14	5,8	9	6,5	5	4,9
I группа	1	1,1	1	1,9	-	-	2	0,8	1	0,7	1	0,9
II группа	3	3,2	2	3,9	1	2,4	8	3,3	5	3,6	3	2,9
III группа	1	1,1	-	-	1	2,4	4	1,6	2	1,4	2	1,9

Таблица 3
Распределение больных исследуемых групп по основным характеристикам злокачественного процесса

Показатели	Основная группа (n=93)	Контрольная группа (n=243)	Всего больных (n=336)
Опухоль в стадии T1	7 (7,5%)	15 (6,2%)	22 (6,5%)
Опухоль в стадия T2	29 (31,2%)	79 (32,5%)	108 (32,1%)
Опухоль в стадия T3	45 (48,4%)	115 (47,3%)	160 (47,6%)
Опухоль в стадия T4	12 (12,9%)	34 (14,0%)	46 (13,7%)
Регионарные лимфоузлы N1	46 (49,5%)	119 (49,0%)	165 (49,1%)
Регионарные лимфоузлы N0	47 (50,5%)	124 (51,0%)	171 (50,9%)
Экзофитная форма роста	15 (16,1%)	44 (18,1%)	59 (17,6%)
Эндофитная и смешанная форма	78 (83,9%)	199 (81,9%)	277 (82,4%)
Нижняя треть желудка	9 (9,7%)	21 (8,6%)	30 (8,9%)
Средняя треть желудка	69 (74,2%)	174 (71,6%)	243 (72,3%)
Верхняя треть желудка	15 (16,1%)	48 (19,8%)	63 (18,8%)
Аденокарцинома	59 (63,4%)	157 (64,6%)	216 (64,3%)
Дифференцировка G1	5 (8,5%)	13 (8,3%)	18 (8,3%)
Дифференцировка G2	38 (64,4%)	97 (61,8%)	135 (62,5%)
Дифференцировка G3	16 (27,1%)	47 (29,9%)	63 (29,2%)
Перстневидно-клеточный рак	28 (30,1%)	70 (28,8%)	98 (29,2%)
Лимфома	6 (6,5%)	16 (6,6%)	22 (6,5%)

естественной пищи меченной радиоизотопом через эзофагоэноанастомоз в начальные отделы тощей кишки и по всей тонкой кишке, в положение Тренделенбурга определялось наличие энтеро-эзофагального рефлюкса.

Статистическая обработка материалов исследований выполнялась в соответствии с современными международными стандартами практики проведения клинических исследований.

Результаты исследований и их обсуждение.

Спустя 12 месяцев после гастрэктомии, из пациентов основной группы умерло 6 (6,5%) больных, исключив 5 пациентов с первичной инвалидностью, обследовано 82, из них 33 пациента трудоспособного возраста, среди больных контрольной группы, в этот срок наблюдения умерло 17 (7,0%) больных, исключив 14 пациентов с первичной инвалидностью, обследовано 212, из них 86 пациентов трудоспособного возраста. Признаки распространения рака желудка были диагностированы у 13 (15,9%) больных основной группы, что составляло 13,9% от

числа первичных пациентов и у 38 (17,9%) больных контрольной группы, или у 15,6% больных от числа первичных. Данные пациенты были переведены в IV клиническую группу с определением им I или II группы инвалидности до конца жизни.

Через 24 месяца, среди пациентов основной группы умерло еще 8 (8,6%) пациентов. Исключив из обследованных 82 больных в первый год наблюдения умерших и 13 пациентов переведенных в IV клиническую группу, нами обследован 61 больной, из них 27 пациентов трудоспособного возраста, распространение злокачественного процесса диагностировано у 17 (27,0%) пациентов, или у 18,3% от числа первичных больных. Среди пациентов контрольной группы, в этот период наблюдения, умерло еще 23 (9,5%) больных. Исключив из 212 обследованных в первый год наблюдения умерших и 38 пациентов переведенных в IV клиническую группу, обследован 151 больной, из них 65 пациентов трудоспособного возраста, распространение злокачественного процесса диагностировано у 44 (29,1%) пациентов, или у 18,1% от числа первичных больных.

Спустя 36 месяцев, среди пациентов основной группы умерло еще 7 (7,5%) пациентов. Исключив из 61 обследованного во второй год наблюдения умерших и 17 пациентов переведенных в IV клиническую группу, обследовано 37 больных, из них 19 пациентов трудоспособного возраста, распространение злокачественного процесса диагностировано у 9 (27,3%) пациентов, или у 9,6% от числа первичных больных. Среди пациентов контрольной группы, в этот период наблюдения, умерло еще 19 (7,8%) больных. Исключив из 151 обследованного во второй год наблюдения умерших и 44 пациентов переведенных в IV клиническую группу, обследовано 88 больных, из них 46 пациентов трудоспособного возраста, распространение злокачественного процесса диагностировано у 26 (29,5%) пациентов, или у 10,7% от числа первичных больных.

Следовательно, в первый год после операции нами обследовано 69 (74,2% от числа первичных) пациентов основной группы и 174 (71,6%) пациента контрольной группы, во второй год – 44 (47,3%) и 107 (44,0%) соответственно группам наблюдений, через три года – 28 (30,1%) и 62 (25,5%) больных без признаков распространения рака желудка.

Спустя 12 месяцев после операции, инвалидами были признаны 35 (42,7±5,5%) из 82 обследованных больных основной группы и 111 (52,7±3,4%) из 212 пациентов контрольной группы. Причина инвалидности среди пациентов основной группы в 33,3% (13 больных) случаях была прогрессия злокачественного процесса в 62,9% (22) случаев другие, не связанные с онкопроцессом причины. Среди пациентов контрольной группы, причина инвалидности в 34,2% (38) случаях была прогрессия рака желудка, в 65,8% (73) случаях причины не связанные с раком желудка.

Через 24 месяца, инвалидами были признаны 24 (39,3±6,3%) из 61 обследованного пациента

основной и 72 (47,7±4,0%) из 151 пациента контрольной группы. Причина инвалидности среди пациентов основной группы в этот срок наблюдения в 70,8% (17) случаях была прогрессия рака желудка, в 29,2% (7) случаях другие причины. Прогрессия рака желудка, как причина инвалидности среди пациентов контрольной группы была в 61,1% (44) случаях, а в 38,9% (28) случаях – это были другие причины.

Спустя 36 месяцев инвалидность была зарегистрирована у 11 (29,7±7,5%) из 37 обследованных больных основной и у 35 (39,8±5,2%) из 88 больных контрольной группы. Прогрессия рака желудка, как причина инвалидности среди пациентов основной и контрольной группы была в 81,8% (9) и 74,3% (26) случаях, однако в 18,2% (2) и в 25,7% (9) случаях, соответственно группам наблюдений, это были не связанные с основным заболеванием причины.

Как видно из представленных данных, на протяжении первых трех лет после радикального хирургического лечения, число лиц признанных инвалидами, среди пациентов основной группы сокращалось и было меньше числа инвалидов группы контроля. Учитывая, что основные причины инвалидности среди больных обеих групп были связаны, либо с прогрессией рака желудка, либо с функциональными нарушениями, как следствие полного удаления желудка, которые мы рассмотрим далее, можно отметить, что сокращение числа лиц признанных инвалидами среди пациентов основной группы шло за счет уменьшения количества пациентов, у которых причина инвалидности не была связана с раком желудка. Так, если в первый год прогрессия рака желудка, как причина инвалидности была у третьей части лиц, как основной (33,3%), так и контрольной группы (34,2%), а подавляющее число пациентов основной (62,9%) и контрольной группы (65,8%) были признаны нетрудоспособными вследствие других причин, то к третьему году наблюдения 25,7% инвалидов в контрольной и 18,2% в основной группе, были признаны инвалидами вследствие причин не

связанных с прогрессией рака желудка, то есть это лица находящиеся в III клинической группе и которые могут быть потенциально трудоспособными.

В **таблице 4** представлена частота и структура инвалидности среди пациентов основной и контрольной группы находящихся на момент переосвидетельствования в III клинической группе.

Анализируя данные **таблицы 4** можно отметить, что с увеличением времени прошедшего после операции число пациентов в III клинической группе признанных инвалидами не по причине прогрессии злокачественного процесса, как среди пациентов основной, так и среди больных контрольной группы сокращалось, что свидетельствует о возвращении их к трудовой деятельности после долечивания или реабилитации. При этом среди мужчин стойкая утрата трудоспособности была у большего числа лиц по сравнению с женщинами.

Спустя 12 месяцев после операции, из 39 больных трудоспособного возраста в основной группе, исключив двух пациентов с первичной инвалидностью и двух умерших больных, нами обследовано 35 пациентов. В этот срок наблюдения, из 98 больных трудоспособного возраста в контрольной группе, исключив 5 больных с первичной инвалидностью и 7 умерших больных, обследовано 86 пациентов. Через 24 месяца, среди пациентов основной группы, исключив 5 больных, которым в первый год была установлена прогрессия рака желудка и одного умершего, мы обследовали 29 пациентов. Среди пациентов контрольной группы, исключив 13 больных, которым в первый год была диагностирована прогрессия рака желудка и 8 умерших, нами обследовано 65 пациентов. Спустя 36 месяцев, исключив, среди пациентов основной группы 5 больных с диагностированными метастазами во второй год наблюдения и 3 умерших, мы имели возможность обследовать 21 пациента. В этот же срок наблюдения, среди пациентов контрольной группы,

Таблица 4

Частота и структура инвалидности среди больных раком желудка III клинической группы в отдаленные периоды наблюдений после радикальной гастрэктомии

Период	Основная группа						Контрольная группа					
	Всего		Мужчины		Женщины		Всего		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Период	12 месяцев											
Обследовано	69	100	38	100	31	100	174	100	96	100	78	100
Инвалиды	22	31,9	12	31,6	10	32,3	73	41,9	41	42,7	32	41,0
II группа	18	26,1	9	23,7	9	29,0	55	31,6	32	33,3	23	29,5
III группа	4	5,8	3	7,9	1	3,2	18	10,3	9	9,3	9	11,5
Период	24 месяца											
Обследовано	44	100	24	100	20	100	107	100	60	100	47	100
Инвалиды	7	15,9	4	16,7	3	15,0	28	26,2	17	28,3	11	23,4
II группа	5	11,4	3	12,5	2	10,0	16	14,9	10	16,7	6	12,8
III группа	2	4,5	1	4,2	1	5,0	12	11,2	7	11,7	5	10,6
Период	36 месяцев											
Обследовано	28	100	16	100	12	100	62	100	36	100	26	100
Инвалиды	2	7,1	1	6,3	1	8,3	9	14,5	6	16,7	3	11,5
II группа	1	3,6	-	-	1	8,3	6	9,7	4	11,1	2	7,7
III группа	1	3,6	1	6,3	-	-	3	4,8	2	5,5	1	3,8

исключив 12 больных с распространением злокачественного процесса и 7 умерших, нами обследовано 46 пациентов.

В первый год после операции, среди пациентов основной группы 28,6±7,6% (10) больных трудоспособного возраста, были признаны инвалидами, при этом, прогрессия рака желудка, как причина стойкой утраты трудоспособности, констатирована у 50% (5) больных, у остальных 50% (5) больных причина инвалидности не была связана с онкопроцессом. Из пациентов контрольной группы, среди лиц трудоспособного возраста, инвалидами были признаны большее число больных – 39,5±5,3% (34), с преобладанием числа – 61,8% (21) больных у которых причина утраты трудоспособности была связана с функциональными нарушениями и только у 38,2% (13) пациентов инвалидность установлена, как следствие прогрессии рака желудка. С увеличением срока прошедшего после радикального лечения, причины стойкой утраты трудоспособности среди лиц трудоспособного возраста менялись не только в их соотношении, но и прослеживалась прямая зависимость от выбора способа гастропластики. Так через два года, число лиц признанных нетрудоспособными, среди пациентов основной группы сократилось до 24,1±7,9% (7), причиной инвалидности у большинства пациентов – 71,4% (5) была прогрессия злокачественного процесса, и только двое пациентов (28,6%) были признаны инвалидами по другим не связанным с онкопроцессом причинам. Среди пациентов контрольной группы, число инвалидов сократилось до 27,7±5,6% (18), причина инвалидности у 33,3% (6) была связана с функциональными нарушениями со стороны пищеварительной системы и в 66,7% (12) случаях с прогрессией рака желудка. Через три года, число больных с инвалидностью, среди пациентов основной группы, сократилось до 19,0±8,6% (4), при этом, во всех случаях стойкая утрата трудоспособности была вызвана исключительно прогрессирующим злокачественным процессом. В этот срок наблюдения, среди пациентов контрольной группы число лиц признанных инвалидами составило 26,1±6,5% (12), основной причиной стойкой утраты трудоспособности в этот период времени было распространение злокачественного процесса – 75,0% (9), но у 25,0% (3) пациентов диагностированы различные постгастрэктомические осложнения ставшие причиной стойкой утраты трудоспособности.

Так, в первый год после радикального лечения потенциально трудоспособными, были признаны 30 (85,7±5,9%) пациентов основной и 73 (84,9±3,9%) пациента контрольной группы, то есть без признаков прогрессии рака желудка, в III клинической группе. При этом смогли вернуться к выполнению своей профессиональной деятельности 83,3±6,8% (25) пациентов основной и 71,2±5,3% (52) пациентов контрольной группы. Через два года, из 24 (82,8±7,0%) пациентов основной и 53 (81,5±4,8%) пациентов контрольной группы находящихся в III клинической группе, вернулись к работе 91,7±5,6%

(22) лиц основной и 88,7±4,3% (47) лиц контрольной группы. Через три года после операции, признаны трудоспособными все 17 пациентов основной и 91,9±4,5% (34) из числа 37 больных контрольной группы состоящих в III клинической группе. С увеличение времени прошедшего после гастрэктомии, среди потенциально трудоспособных пациентов, чей возраст предусматривал выполнение своей профессиональной деятельности и у них не было признаков распространения рака желудка, не смогли вернуться к труду и были признаны инвалидами вследствие различных постгастрэктомических функциональных осложнений – в первый год 16,7±6,8% (5) больных основной и 28,8±7,3% (21) больных контрольной группы, во второй год 8,3±5,6% (2) и 11,3±7,7% (6) больных, соответственно группам наблюдений, а спустя три года после операции, среди пациентов основной группы лиц с утратой трудоспособности по причине функциональных нарушений не наблюдалось, в противоположность им – 8,1±4,5% (3) больных контрольной группы имели противопоказания к работе связанные с последствиями полного удаления желудка и соответствующими изменениями со стороны пищеварительной системы.

Через 12 месяцев после гастрэктомии индекс массы тела в диапазоне от 18,5 до 25,0 кг/м², что соответствовало показателям нормы, был установлен у 46 (66,7±5,7%) пациентов основной и у 96 (55,2±3,8%) больных контрольной группы. Индекс массы тела от 17,5 до 18,49 кг/м², что соответствовало I степени дефицита массы тела – у 18 (26,1%) пациентов основной и у 52 (29,9%) пациентов контрольной группы, в диапазоне от 16,0 до 17,49 кг/м², что соответствовало II степени дефицита массы тела – у 5 (7,2%) пациентов основной и у 21 (12,1%) пациента контрольной группы, менее 16,0 кг/м², что соответствовало III степени дефицита массы тела – среди пациентов основной группы зафиксировано не было, а среди пациентов контрольной группы диагностировано у 5 (2,9%) больных. Так, из 69 пациентов основной и 174 пациентов контрольной группы, у которых не было диагностировано распространение злокачественного процесса в первый год после гастрэктомии инвалидами признаны – 22 (31,9±5,6%) и 73 (41,9±3,7%) пациентов, соответственно группам наблюдений и в этот период времени дефицит массы тела был зарегистрирован у 23 (33,3±5,7%) и 78 (44,8±3,8%) больных. В этот период времени у 26 (37,7±5,8%) больных основной и у 84 (48,3±3,8%) больных контрольной группы диагностированы различные постгастрэктомические осложнения, причем не редко у одного больного имело место сочетание нескольких патологических синдромов. Так, через год после операции демпинг-синдром диагностирован у 8 (11,6%) больных основной и у 37 (21,3%) пациентов контрольной группы. Легкая степень тяжести демпинг-синдрома наблюдалась у 6 (8,7%) больных основной и у 24 (13,8%) больных контрольной группы, средняя степень тяжести – у 2 (2,9%) и у 9 (5,2%)

пациентов соответственно группам наблюдений и тяжелая форма данного осложнения была диагностирована только у 4 (2,3%) больных контрольной группы. Гипогликемический синдром диагностирован у 7 (10,1%) и у 26 (14,9%) больных, астено-вегетативный синдром – 15 (21,7%) и у 42 (24,1%) пациентов, энтеро-эзофагеальный рефлюкс – у 5 (7,2%) и у 22 (11,6%) больных соответственно группам наблюдений.

Спустя 24 месяца индекс массы тела в диапазоне 18,5-25,0 кг/м² был установлен у 36 (81,8%±5,8) и 76 (71,0±4,4%) больных соответственно группам наблюдений, 17,5-18,49 кг/м² – у 6 (13,6%) и у 22 (20,6%) больных, 16,0-17,49 кг/м² – у 2 (4,5%) и у 6 (5,6%) больных и менее 16,0 кг/м² – только у 3 (2,8%) больных контрольной группы. То есть во второй год после операции из 44 больных основной и 107 больных контрольной группы, инвалидами были признаны 7 (15,9±5,5%) и 28 (26,2±4,2%) больных, в этот период времени дефицит массы тела был зарегистрирован у 8 (18,2±5,8%) и у 31 (28,9±4,4%) больного соответственно группам наблюдений. В этот период времени, проявления основных постгастрэктомических осложнений наблюдалось у 9 (20,5±6,1%) и у 33 (30,8±4,5%) пациентов соответственно группам. Так, демпинг-синдром диагностирован у 6 (13,6%) и 23 (21,5%) пациентов соответственно, в легкой степени – 5 (11,4%) и у 13 (12,1%) больных, в средней степени – у одного (2,3%) пациента основной и у 6 (5,6%) больных контрольной группы и тяжелая степень тяжести была диагностирована только у 4 (3,7%) больных контрольной группы. Гипогликемический синдром диагностирован среди 4 (9,1%) и 15 (14,0%) пациентов соответственно группам наблюдений, астено-вегетативный синдром – у 9 (20,5%) и у 25 (23,4%), энтеро-эзофагеальный рефлюкс – у 3 (6,8%) и у 11 (10,3%) больных соответственно.

Через 36 месяцев индекс массы тела в диапазоне 18,5-25,0 кг/м² был установлен у 25 (89,3±5,8%) и у 51 (82,3±4,8%) пациента соответственно группам наблюдений, 17,5-18,49 кг/м² – у 3 (10,7%) и у 7 (11,3%) пациентов, 16,0-17,49 кг/м² – только у 3 (4,8%) пациентов контрольной группы и менее 16,0 кг/м² – у одного больного контрольной группы, что составило 2,8%. Так через три года после гастрэктомии из 28 пациентов основной и 62 пациентов контрольной группы, инвалидами были признаны двое (7,1±4,9%) больных основной и 9 (14,5±4,5%) больных контрольной группы, в этот период времени дефицит массы тела был зарегистрирован у трех (10,7±5,8%) пациентов основной и у 11 (17,7±4,8%) пациентов контрольной группы. Спустя три года проявления основных постгастрэктомических осложнений наблюдались у 5 (17,9±7,2%) и у 33 (30,8±5,9%) пациентов соответственно группам наблюдений. Демпинг-синдром диагностирован у 3 (10,7%) и у 12 (19,4%) пациентов соответственно, в легкой степени – у 2 (7,1%) и у 7 (11,3%), в средней степени – у одного (3,6%) пациента основной

и у 5 (8,1%) больных контрольной группы, тяжелая форма данного осложнения в этот период наблюдения зарегистрирована не была. Гипогликемический синдром диагностирован у двух (7,1%) больных основной и у 8 (12,9%) больных контрольной группы, астено-вегетативный синдром – у 6 (21,4%) и у 14 (22,6%) больных, энтеро-эзофагеальный рефлюкс – у двух (7,1%) пациентов основной и у 6 (9,7%) больных контрольной группы.

На основании полученных данных прослеживается зависимость между частотой диагностированных постгастрэктомических расстройств и частотой стойкой утраты трудоспособности и инвалидности в первые три года после операции. Причем, среди пациентов основной группы частота различных функциональных нарушений, также как и число пациентов признанных инвалидами было меньше по сравнению с аналогичными показателями среди пациентов контрольной группы. Меньшее число лиц признанных инвалидами вследствие функциональных нарушений среди пациентов основной группы, по сравнению с пациентами контрольной группы говорит о положительном влиянии предлагаемой методики постгастрэктомической реконструкции на улучшение социальных и соответственно экономических показателей по сравнению с традиционным способом реконструкции пищеварительного тракта и необходимости продолжать дальнейшее изучение в этом направлении.

Выводы. Основные причины потери трудоспособности и инвалидности больных раком желудка после радикального хирургического лечения в отдаленные периоды жизни, являются прогрессия злокачественного процесса и постгастрэктомические функциональные осложнения. Как один из путей улучшения отдаленных результатов лечения рака желудка, должны быть мероприятия направленные не только на повышение абластики выполнения гастрэктомии, что позволит уменьшить риск распространения и рецидива рака желудка, но и совершенствование технологии проведения реконструктивного этапа, направленного на сокращение частоты и степени тяжести неизбежно развивающихся функциональных нарушений. Более высокие показатели положительной трудовой направленности, среди пациентов оперированных с применением новой методики гастропластики, по сравнению с традиционным способом постгастрэктомической реконструкции свидетельствуют, что данный вариант позволяет улучшить социально-экономические показатели выполнения гастрэктомии в отдаленные периоды жизни у радикально прооперированных больных раком желудка.

Перспективы дальнейших исследований. В следующих исследованиях планируется провести обобщение и сопоставление данных полученных при клинико-инструментальных и лабораторных исследованиях у больных раком желудка после гастрэктомии с применением различных вариантов гастропластики в отдаленные периоды наблюдений.

Список литературы

1. Артюшенко Ю. В. О трудовом прогнозе после резекции желудка по поводу рака / Ю. В. Артюшенко // Клиническая медицина. – 1974. – Т. 52, №5. – С. 72-74.
2. Бондарь Г. В. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, А. Ю. Попович, В. Г. Бондарь В. Г. // Онкология. – 2006. – Т. 8, №2. – С. 171-175.
3. Жерлов Г. К. Функциональные аспекты хирургии рака желудка / Г. К. Жерлов, Д. В. Зыков, С. С. Ключков, К. М. Аутлев // Российский онкологический журнал. – 2003. – №4. – С27-31.
4. Захарьян А. Г. Трудовая реабилитация радикально оперированных больных раком желудка / А. Г. Захарьян, В. И. Столяров, А. Е. Колосов // Хирургия. – 1994. – №2. – С. 11-12.
5. Колюхов Г. В. Варианты тонкокишечной пластики при гастрэктомии по поводу рака желудка: дис. канд. мед. наук: 14.00.14 / Колюхов Григорий Владимирович. – М., 2006. – 142 с.
6. Олексенко В. В. Оценка эффективности создаваемого тонкокишечного резервуара после гастрэктомии / В. В. Олексенко // Хірургія України. – 2012. – №2. – С. 41-49.
7. Kodera Y. Use of a segment of transverse colon as a gastric substitute after total gastrectomy: an audit of 18 patients / Y. Kodera, Y. Yamamura, Y. Kanemitsu, Y. Shimuzu, K. Hirai // Gastric cancer. – 2001. – №4(2). – P. 60-65.

УДК 616.33-006.6-089:617.6

ВАРИАНТ УЛУЧШЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Винник Ю. А., Олексенко В. В.

Резюме. Проведена экспертно-реабилитационная оценка состояния здоровья 336 больных раком желудка в первые три года после гастрэктомии. В основной группе (n=93) применена новая методика гастропластики, в контрольной (n=243) – традиционная. Установлены основные причины потери трудоспособности и доказано, что на результаты трудовой реабилитации существенное влияние может оказывать способ гастропластики. Так, положительная трудонаправленность, среди пациентов основной группы возобновивших работу составила в первые три года 83,3±6,8%, 91,7±5,6%, 100%, среди пациентов контрольной группы соответственно 71,2±5,3%, 88,7±4,3%, 91,9±4,5%.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, трудоспособность, инвалидность.

УДК 616.33-006.6-089:617.6

ВАРИАНТ ПОЛІПШЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

Вінник Ю. О., Олексенко В. В.

Резюме. Проведена экспертно-реабілітаційна оцінка стану здоров'я 336 хворих на рак шлунка у перші три роки після гастректомії. В основній групі (n=93) застосована нова методика гастропластики, в контрольній (n=243) – традиційна. Встановлено основні причини втрати працездатності та доведено, що на результати трудової реабілітації істотний вплив може надавати спосіб гастропластики. Так, позитивна трудонаправленість, серед пацієнтів основної групи відновили роботу склала в перші три роки 83,3±6,8%, 91,7±5,6%, 100%, серед пацієнтів контрольної групи відповідно 71,2±5,3%, 88,7±4,3%, 91,9±4,5%.

Ключові слова: рак шлунка, гастректомія, працездатність, інвалідність.

UDC 616.33-006.6-089:617.6

OPTION IMPROVEMENT OF SOCIO-ECONOMIC INDICATORS OF RADICAL SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CANCER OF THE STOMACH

Vinnik Y. A., Oleksenko V. V.

Summary. Carried out the expert and rehabilitation assessment of the health of 336 patients with stomach cancer in the first three years after gastrectomy. In the main group (n=93) applied a new method of gastroplasty in the control group (n=243) – traditional. Establishes the main causes of disability and it is proved that on the results of the work rehabilitation significant influence can provide a way to gastroplasty. So, the positive to work, among the patients of the main group of resuming the work amounted in the first three years of 83,3±6,8%, 91,7±5,6%, 100%, among the patients of the control group, respectively 71,2±5,3%, by 88,7±4,3%, 91,9±4,5%.

Key words: gastric cancer, gastrectomy, capacity for work, disability.

Стаття надійшла 27.08.2012 р.

Рецензент – проф. Баштан В. П.