

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ**  
**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ**  
**ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**

УДК

616.329-006.04-089.843-032:611.33 (043.3)

**Винниченко Олександр Ігорович**

*«Функціональні прояви інтраоракального шлунка  
використаного для пластики стравоходу у хворих на рак стравоходу  
та кардіоезофагеальний рак»*

14.01.03 – хірургія

**Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра**

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор

Кононенко Микола Григорович

**СУМИ – 2011**

## ЗМІСТ

Перелік умовних позначень	2
Вступ	3
Розділ 1	6
Огляд літератури	6
1.1. Статистичні дані по раку стравоходу та кардіоезофагеальному раку	6
1.2. Сучасні методи лікування хворих на РС та КЕР	9
1.3. Можливості та особливості хірургічного лікування хворих на РС та КЕР	12
1.4. Переваги шлунка використаного в якості трансплантата	16
1.5. Поняття про якість життя хворих онкологічного профілю	18
Розділ 2	21
Матеріали та методи дослідження	21
Розділ 3	27
Результати дослідження	27
Розділ 4	38
Обговорення результатів дослідження	38
Висновки	41
Список використаних джерел	42
Додаток 1	51
Додаток 2	53

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

EORTC – European Organization for Research and Treatment Cancer (Європейська організація дослідження та лікування раку)

QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire – Core 30 (опитувальник якості життя)

ДПК – дванадцятипала кишка

КЕР – кардіоезофагеальний рак

РС – рак стравоходу

РШ – рак шлунка

ЯЖ – якість життя

## ВСТУП

В структурі захворюваності злоякісними новоутворами рак стравоходу (РС) займає 6 місце в світі. В 2000 році було зареєстровано 412 тисяч таких хворих, із яких померло 337 тисяч осіб. Це склало 5,4% від злоякісних новоутворів усіх локалізацій. Приблизно 80% всіх випадків реєструються в країнах, що розвиваються.

В країнах СНД РС складає 3-4% від усіх злоякісних новоутворів та займає 12-14 місце в структурі онкозахворюваності, а в структурі смертності – 7 місце серед чоловіків та 13 місце серед жінок.

У більшості хворих (75-80%) діагноз встановлюється в 3-4 стадії захворювання. Можливості застосування у таких пацієнтів радикального лікування є обмеженими. Паліативне лікування, основною метою якого є позбавлення пацієнта від дисфагії та надання можливості харчування природнім шляхом, залишається одним із небагатьох досягнень хірургії раку стравоходу для вказаної групи пацієнтів.

Комбінація хірургічного методу лікування хворих на РС з променевим та хіміотерапевтичним не додають значно в подовженні тривалості життя. Хірургічний метод продовжує залишатися методом вибору.

Серед хірургічних операцій з метою одномоментного видалення стравоходу та його заміщення найбільш коректним втручанням, як із загальнохірургічних, так і з онкологічних засад, є операція езофагогастропластики.

Численні варіанти езофагогастропластики (операція Lewis, Ohsawa-Garlock, McManus'a) об'єднують використання в якості трансплантата шлунка. Останній має гарні пластичні властивості, його транслокація (переміщення) в грудну порожнину чи на шию в найменшому ступені порушує природній процес просування їжі травним трактом та її травлення.

Проте відомо, що підготовка шлунка до трансплантації, процес його переміщення в грудну порожнину і функціонування в нових умовах

супроводжується суттєвими змінами, а саме: порушується його резервуарна здатність, секреторна властивість, кровозабезпечення, іннервація, форма тощо.

Саме функціональні результати езофагогастропластики вагомо визначають якість життя пацієнтів із раком стравоходу, оперованих як радикально, так і з паліативною метою. Дані літератури з наведеного питання є вкрай недостатніми.

**Мета роботи:** визначити функціональні прояви інтраторакального шлунка, використаного в якості трансплантата після резекції стравоходу з приводу раку та можливості їх корекції, що може сприяти покращенню якісних показників життя оперованих хворих.

**Задачі дослідження:**

1. Вивчити частоту та характер функціональних змін після езофагогастропластики.
2. Порівняти характер клінічних проявів та вимушених при езофагогастропластиці анатомічно-функціональних перетворень шлунка, використаного для пластики.
3. З'ясувати можливості корекції функціональних порушень у хворих на рак стравоходу після проведеної езофагогастропластики.
4. Оцінити якість життя пацієнтів через 3, 6 та 12 місяців після хірургічного лікування.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Результати роботи розширюють та поглиблюють розуміння суті патогенетичних ланок функціонування інтраторакального шлунка у хворих на рак стравоходу після проведеної езофагогастропластики.

**Практичне значення одержаних результатів.** Вперше показано, що існує кореляція між анатомо-функціональними перетвореннями шлунка, використаного для пластики резеційованого стравоходу із функціональними порушеннями у хворих після езофагогастропластики. Запропоновані схеми їх корекції використані в практичній діяльності Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

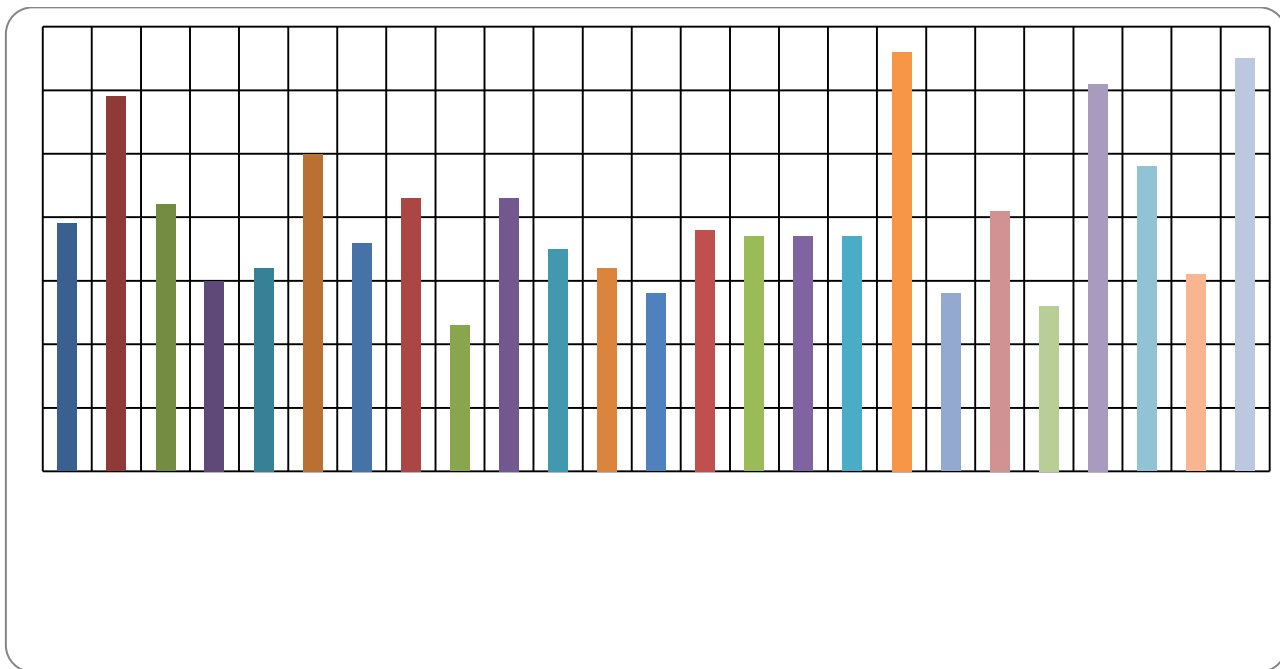
## РОЗДІЛ 1

### Огляд літератури

#### *1.1 Статистичні дані щодо раку стравоходу та кардіоезофагеального раку.*

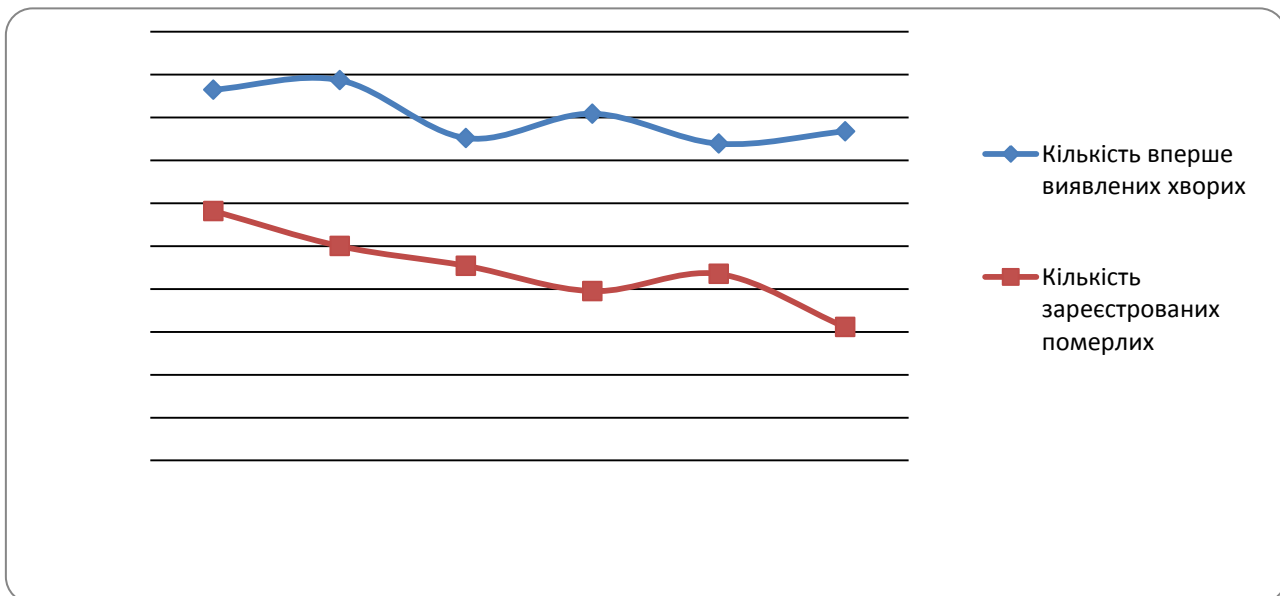
Захворюваність злоякісними новотворами неухильно зростає. Щорічно в світі реєструється 8 млн. нових випадків злоякісних пухлин та більш ніж 5,2 млн. смертей від них [1, 6, 79]. Рак стравоходу складає 3% та займає 6 місце в структурі захворюваності злоякісними новотворами в світі, серед пухлин шлунково-кишкового тракту—3-є місце (після раку шлунка та прямої кишки). За даними IARC — Міжнародного агентства по вивченню раку (Ліон, Франція), щорічно на планеті РС захворює 400 тисяч людей, помирає 300 тисяч [19, 38]. Чоловіки хворіють частіше ніж жінки у співвідношенні 5-10:1. Особи старше 70 років складають 40%. Пік захворюваності приходить на вік 50-60 років. Для жодної пухлини не характерна така географічна залежність, як для раку стравоходу. Між різними країнами захворюваність може відрізнятись у 15-20 разів [42, 43, 50]. Приблизно 80% всіх випадків реєструються в країнах, що розвиваються. Найбільш високі показники зареєстровані в Ірані, Монголії, Киргизії, Казахстані, північних районах Китаю (провінції Хонан, Юнан) – так званий «Азіатський пояс раку стравоходу»[13, 15, 17, 72]. У розвинених країнах відносно висока захворюваність раком стравоходу (>10 на 100 тис. населення) реєструється у Франції (Кальвадос, Бретань), Швейцарії, Фінляндії та серед темношкірих чоловіків у США [50, 52, 66]. Показники смертності від раку стравоходу близькі до показників захворюваності. Причиною цього феномену є виключно несприятливий прогноз захворювання. 5-річна популяційна виживаність раком стравоходу коливається від 5% в Європі до 10% в США і не має тенденції по покращення.

Так само як і в цілому світі, в Україні рак стравоходу займає 3-4 місце серед злоякісних новоутворень травного тракту [1, 4, 6, 7, 18]. Захворюваність на рак стравоходу в 2009 році склала 3,9 на 100 тис. населення [4]. Навіть в межах нашої країни захворюваність розподіляється нерівномірно (малюнок 1). Сумська область займає одну з лідируючих позицій по захворюваності РС.



Малюнок 1: Захворюваність РС в Україні в 2009 р.

За період з 2004 по 2009 рік дещо зменшилась кількість тих, що захворіли РС та кількість померлих (малюнок 2).



Малюнок 2: Захворюваність та смертність на РС в Україні за період з 2004 по 2009 р



Рак шлунка (РШ) залишається на другому місці серед онкологічних захворювань, що призводять до летальних наслідків. У розвинених країнах рак шлунка не входить навіть у десятку найпоширеніших злоякісних пухлин, але у країнах, що розвиваються, де проживає основна кількість населення планети, РШ займає місце в першій трійці [1, 2, 12, 15, 38]. Щорічно в світі реєструється біля 800 тисяч вперше виявлених хворих на РШ, помирає більш ніж 600 тисяч. За останні 50 років поширеність РШ у США знизилась з 33 до 10 на 100 тис. населення чоловіків (у 3,3 рази) та з 30 до 5 на 100 тис. населення жінок (у 6 разів) [40, 41]. В країнах, що розвиваються також спостерігається тенденція до зниження поширеності та захворюваності РШ. Але це зниження не є гомогенним. Є тенденція до зниження захворюваності «дистально розташованих» (ті, що локалізуються в тілі та антральному відділі) форм РШ, на котрі припадає переважна більшість випадків у структурі захворюваності, та до збільшення захворюваності «проксимально розташованих» форм (рак кардії та стравохідно-шлункового переходу) [1, 25]. Ріст захворюваності в цій групі за останні 2 десятиліття ХХ сторіччя перевищує ріст частоти інших онкозахворювань - більш ніж 350% [12, 14]. Локалізація пухлини в проксимальних відділах шлунка спостерігається в 15% всіх раків цього органу. Захворюваність на рак кардіального відділу шлунка в Україні співставна з захворюваністю на рак стравоходу [12]. Найбільша кількість хворих РШ віком від 30 до 60 років, а на вік 40-50 років припадає до 25% від загальної кількості; чоловіки хворіють в 2 рази частіше, ніж жінки.

Можливість прожити 5 років після встановлення діагнозу лише у 3 – 8 % пацієнтів [8, 10, 25].

## *1.2 Сучасні методи лікування хворих на РС та РШ із розповсюдженням на стравохід.*

Можливість лікування таких хворих є досить обмеженою. Це пов'язано з такими факторами:

- ◆ відсутність патогномічних симптомів захворювання в його ранніх стадіях;
- ◆ пізня маніфестація симптомів захворювання, в зв'язку з чим за допомогою 60-80% хворих звертаються в 3-4 стадії захворювання. Так, симптом дисфагії, що є основним і часто першим проявом хвороби, з'являється лише в момент розповсюдження пухлини на 2/3 порожнини стравоходу. Як показують спостереження, хворі звертаються до лікаря при появі дисфагії не одразу, а в середньому через 15 тижнів. Тому на момент встановлення діагнозу більшість пацієнтів мають метастази як в регіонарні лімфатичні вузли, так і віддалені органи.
- ◆ облітерація стравоходу пухлиною викликає швидку втрату маси тіла, регургітацію вжитої їжі та порушення функції трахеобронхіального дерева. Окрім того, хвороба виникає в більшості пацієнтів, котрі хронічно та надмірно вживають алкоголь, палять цигарки. Переважають пацієнти віком 55-65 років, які мають додаткові інші серйозні порушення функції життєво важливих органів та систем.
- ◆ анатомічні особливості будови та розташування стравоходу у безпосередньому контакті із життєво важливими органами та структурами викликає, з одного боку, стримане ставлення хірургів до втручань у цій зоні, а з іншого, приводить до значної кількості ускладнень у найближчому післяопераційному періоді [65, 67, 72].

На відміну від переважної більшості інших злоякісних новоутворень, оптимальна терапія для раку цієї локалізації не сформульована і є предметом дискусії у світовій літературі не тільки по другорядних, але й по багатьох основних питаннях [36, 39, 60, 71, 76].

За останні десятиліття в такому складному розділі хірургії, як хірургія стравоходу намітився відчутний прогрес. Вже детально розроблені та апробовані основні типи операцій при різних рівнях ураження стравоходу. Вдосконалення техніки та методики знеболення, а також вивчення характеру та терапії післяопераційних ускладнень сприяли значному покращенню безпосередніх результатів хірургічних втручань на стравоході [3, 7, 9, 29, 61, 72]. Більш активною стала хірургічна тактика лікування захворювань стравоходу, все більш широко використовується його одномоментна пластика, високого рівня досягла оперативна техніка, намітилася тенденція до покращення найближчих та віддалених результатів операцій [71, 78, 83]. Незважаючи на досягнуті успіхи, коло невирішених проблем, пов'язаних із лікуванням хворих на рак стравоходу, залишається ще дуже великим. У найбільшому огляді літератури щодо результатів лікування, проведений Earlam and Cunha-Melo в 1980 році, зазначено, що безпосередня післяопераційна летальність складала 29%, а 5-річна виживаність всього 4%. В іншому огляді (Muller et al., 1990) показано, що за десять років роль хірургічного лікування значно виросла і 5 річна виживаність в середньому досягла 20% [74]. Післяопераційна летальність в теперішній час у різних клініках складає від 5 до 10% [8, 21, 39, 52, 63].

Актуальною залишається проблема ранніх післяопераційних ускладнень: ще високою є частота таких ускладнень як серцево-судинна та легенева недостатність, недостатність швів стравохідно-шлункового анастомозу [12, 14, 19, 21, 23, 27, 72]. Практично невивченим залишається група ранніх та віддалених функціональних ускладнень, пов'язаних із заміщенням резеційованого стравоходу шлунком. Не до кінця вивчена проблема якості життя хворих на РС та КЕР після проведеного хірургічного лікування.

Комбіноване та комплексне лікування хворих на РС та РШ з поширенням на стравохід практично не покращили відділені результати, тобто виживаність пацієнтів. Передопераційна променева терапія не виявила переваг в порівнянні

із результатами лише хірургічного лікування. Більш перспективними вважались різні схеми неoad'ювантної хіміотерапії, проте і вона не покращила виживаність [2, 6, 8, 13, 39, 55]. Незважаючи на досягнення нових технологій в променевій терапії, розробці принципово відмінних за своєю дією нових хіміопрепаратів та їх комбінацій, хірургічне лікування продовжує залишатися методом вибору в лікуванні пацієнтів і злоякісним ураженням стравоходу. І тому, якщо на сучасному етапі розвитку онкологічної науки в більшості випадків не вдається досягти позитивних результатів 5 річної виживаності пацієнтів на РС та РШ із розповсюдженням на стравохід, то наукові розробки в цій галузі повинні бути спрямовані на вирішення другої, не менш важливої проблеми – покращення якості життя прооперованих пацієнтів. Остання залежить від декількох чинників, а саме :

- оптимального балансу між можливостями хірургічного видалення органу та шляхів метастазування і онкологічною доцільністю суперрадикальних операцій;
- правильного вибору органу для заміщення резеційованого стравоходу, його підготовки до переміщення в грудну порожнину з урахуванням анатомо-морфологічної трансформації як органів верхнього поверху черевної порожнини, так і органів грудної порожнини;
- забезпечення оптимального функціонування резеційованого стравоходу та переміщеного шлунка на всіх етапах післяопераційного спостереження.

На сучасному етапі загальним принципом лікування хворих на РС, а саме відновленню нормального пасажу травним шляхом, профілактиці ускладнень, в тому числі летальних, найкращим чином відповідає езофагогастропластика. Проте вищезазначені ускладнення, відсутність єдиних критеріїв відбору пацієнтів на лікування, які б базувались на об'єктивності прогнозу, недостатня інформація про функціонування новоствореного комплексу “ кукса стравоходу-кукса шлунка ”, роблять актуальними дане дослідження.

### ***1.3 Можливості та особливості хірургічного лікування хворих на РС та КЕР.***

Основним методом лікування хворих на місцево-поширений РС та РШ з переходом на стравохід є хірургічний метод. Сучасний спектр операцій при раку стравоходу дуже широкий, але в цілому їх можна поділити на два типи: резекція стравоходу та субтотальна езофагектомія. При резекції пересікають стравохід зазвичай на 4-6 см проксимальніше верхнього краю пухлини. Субтотальна езофагектомія передбачає, незалежно від локалізації пухлини, майже повне видалення стравоходу, за виключенням невеликої ділянки шийного відділу. При локалізації ракової пухлини в грудному відділі стравоходу використовують:

- операцію типа Льюїса (одномоментна субтотальна езофагектомія із лапаротомного та правобічного торакотомного доступу, пластика ізоперистальтичним широким шлунковим стеблом с формуванням стравохідного сполучення в куполі правого гемітораку з 2-х та 3-х зональною лімфодисекцією);
- трансторакальну езофагектомію з стравохідно-шлунковим анастомозом на шиї;
- траншіатальну езофагектомію з стравохідно-шлунковим анастомозом на шиї;
- резекцію нижньо- та середньогрудних відділів стравоходу косим лівобічним лапароторакотомним доступом за Осави-Гарлоком [19-21].

Двохетапні екстирпації стравоходу (операція Добромислова-Торека) з езофаго- та гастростомією (перший етап) і пластикою органа тонкою чи товстою кишкою (другий етап) нині не використовують.

Не дивлячись на вдосконалення хірургічної тактики, інструментарію, знеболення та післяопераційної інтенсивної терапії, летальність при радикальних хірургічних втручаннях, виконаних з приводу раку шийної частини та верхньогрудного відділу стравоходу, залишається високою (20-

30%). Віддалені результати цих операцій також маловтішні: 5-річна виживаність зазвичай не перевищує 5-7%.

Із-за складності хірургічного втручання при локалізації пухлини в шийному та верхньогрудному відділах стравоходу перевагу надають хіміопроменевому лікуванню. Як показали клінічні спостереження, його результати мало поступаються хірургічному методу [26, 47, 52, 55, 72].

При ураженні верхньогрудного відділу стравоходу найчастіше застосовують трансторакальну та трансхіатальну резекцію стравоходу. Трансторакальна резекція включає в себе лапаротомію та торакотомія праворуч з формуванням стравохідно-шлункового анастомозу під куполом правої плевральної порожнини або на шиї. При трансхіатальній резекції грудний відділ стравоходу виділяють «всліпу», а анастомоз формують на шиї. Трансхіатальний доступ дуже обмежує огляд операційного поля, не дає можливості адекватно абластично видалити пухлину та виконати адекватну лімфодисекцію вище рівня біфуркації трахеї. Тому показник частоти локорегіональних рецидивів дуже високий - більше 60%. Мобілізація місцево-поширеної пухлини стравоходу із цього обмеженого доступу є досить складною, а інколи і неможлива. Тим більш небезпечними є комбіновані операції з резекцією суміжних структур. Тому в торакальних відділеннях України трансхіатальна резекція пухлини стравоходу не виконується [18, 20].

Лівобічний косий лапароторакотомний доступ за Осава-Гарлоком при ураженні нижньогрудного відділу стравоходу навряд чи можна вважати адекватним, враховуючи частоту лімфогенного метастазування. Верхньою межею лімфодисекції служать лімфатичні вузли біфуркаційної групи, видалення котрих, включаючи нижче лежачі лімфоколектори, не можуть забезпечити радикальність втручання. Важкі технічні умови формування стравохідного анастомозу на рівні біфуркації трахеї та дуги аорти завжди впливають на вибір хірургом рівня проксимальної резекції, який часто є нижче потрібного. Зважаючи на вищеперераховане, цей доступ не може бути

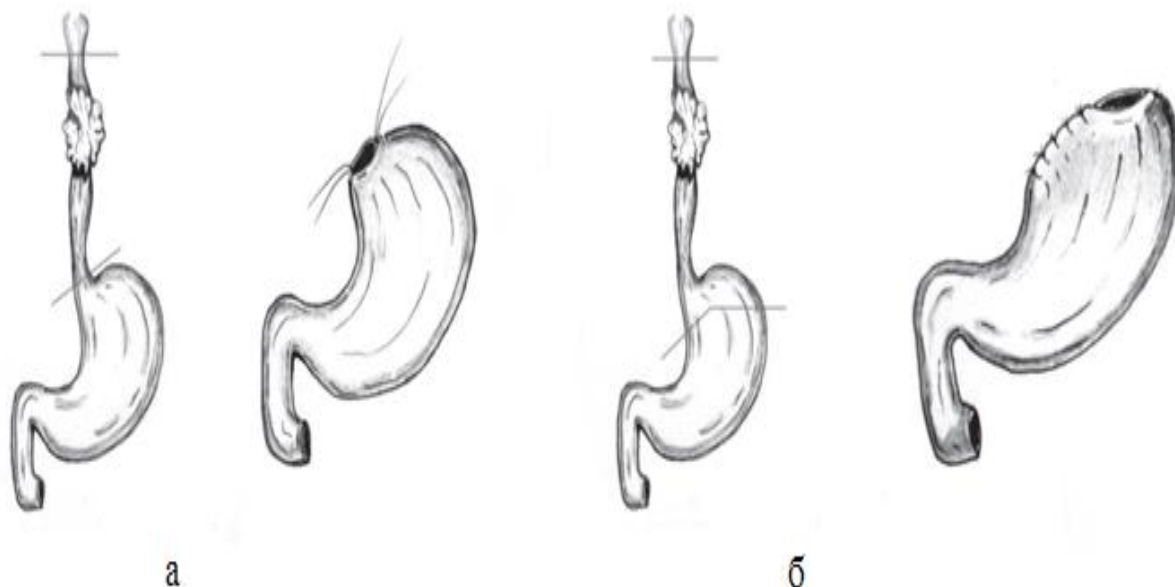
рекомендованим для радикальної резекції стравоходу, навіть при ураженні нижньогрудного відділу стравоходу.

Оптимальною, відповідно до вимог онкологічної абластики при раку грудного відділу стравоходу є загальноновизнана трансторакальна резекція (комбінований лапаротомний та правобічний торакотомний доступ за Льюїсом, який при необхідності можна доповнити шийним розрізом). Правобічна торакотомія отримала широке впровадження з 1946 року, коли Льюїс вперше виконав резекції стравоходу з пухлиною та внутрішньо плевральну пластику стравоходу шлунком. В останні 2-3 десятиліття операція Льюїса стала майже домінуючою в багатьох клініках. Летальність після цих операцій у різних авторів від 1,8% до 26,2%, хоча в останні роки в більшості клінік вона не перевищує 5-6% [12, 14, 16, 23, 63, 75].

Це оперативне втручання передбачає виконання абдомінального та правобічного торакального доступів, розтин медіастінальної плеври, перев'язку та перетин непарної вени, видалення парагастральних та параезофагеальних лімфатичних вузлів, виділення та видалення стравоходу з пухлиною, накладення внутрішньоплеврального стравохідно-шлункового анастомозу [20, 32]. Переваги цього методу в тому, що він дозволяє здійснити широкий огляд операційного поля, безпечно мобілізувати грудний відділ стравоходу на всьому протязі та виконати лімфодисекцію в необхідному обсязі, а при необхідності – провести резекцію суміжних уражених органів, зберегти легеневі гілки блукаючого нерва (вкрай важливо для профілактики післяопераційних дихальних розладів), надійно сформувати анастомоз в плевральній порожнині, а також дотримуватися при ураженні середньо- та нижньогрудного відділу стравоходу необхідної межі проксимальної резекції (мінімум 8 см) [20, 28].

Для попередження неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу Б.А.Королев (1959 р) та А.А.Шалімов (1962 р) запропонували проводити резекцію дна шлунка із-за недостатнього його кровопостачання. На малюнку

показані межі видалення стравоходу та шлунку при операції Льюїса в модифікації А.А.Шалімова (малюнок 3)



**Малюнок 3: Схема резекції стравоходу та шлунка при операції Льюїса (а) та в модифікації Шалімова (б).**

Вибір хірургічного методу при ураженні проксимального відділу шлунка та дистального відділу стравоходу не стандартизовано і часто визначається традиціями хірургічної клініки. Згідно сучасним уявленням, він повинен забезпечувати абластичний резекційний етап з урахуванням пухлинного ураження стравоходу, доступ до лімфатичних колекторів як черевної порожнини, так і середостіння, а також адекватні умови для виконання пластичного етапу операції. При раку шлунка з переходом на стравохід більшість хірургів віддають перевагу операції гастректомії, яку виконують із комбінованого абдоминоторакального доступу за Осава-Гарлоком з проведенням абдомінальної та медіастінальної лімфодисекції D2 до рівня біфуркації трахеї [11, 14, 59, 62, 81].

Осава в 1932 році вперше запропонував косий торакоабдомінальний доступ, при якому черевна порожнина розтинається від пупка до хряща 7 ребра зліва, а грудна порожнина — по 7-му міжребер'ю з пересіченням реберної дуги



та діафрагми, тобто виконується лапаро-торако-діафрагмотомія. Гарлок в 1936 році виконував резекцію дистального відділу стравоходу, використовуючи лише торакальний доступ ліворуч. В 1946 р. він опублікував результати лікування хворих раком стравоходу з використанням доступу, запропонованого Осава. В літературі цей метод стали називати способом Осава-Гарлока.

Але, не дивлячись на беззаперечні переваги доступу за Осава-Гарлоком, тораколапаротомія зліва з однолегеневою штучною вентиляцією може бути дуже важким втручанням при наявності протипоказань до торакотомії (більшість хворих раком шлунка з переходом на стравохід – люди похилого віку зі зниженими функціональними резервами внаслідок супутніх захворювань). Тому у такого контингенту пацієнтів з пухлиною T1-T2 (інфільтровано не весь м'язовий шар органу) виконують трансхіатальну езофагектомію з лапаро-шийного доступу з езофаго-гастроанастомозом на шії.

#### ***1.4 Переваги шлунка використаного в якості трансплантата***

Використання шлунка як трансплантата для заміщення резецизованого стравоходу має переваги над іншими органами, що застосовуються з тією ж метою. Вони постульовані в роботах Акіуама Н. et al. 1980 [36, 37]. Найбільш оптимальною, онкологічно та функціонально виправданою є пластика стравоходу широким стеблом шлунка з резекцією кардіального відділу та малої кривизни до рівня 5-ї гілки лівої шлункової артерії. Такий об'єм резекції шлунка необхідний для видалення регіональних лімфатичних вузлів паракардіальної групи та малого сальнику. Цим прийомом також збільшують довжину трансплантату, апікальний кінець якого після мобілізації дванадцятипалої кишки (ДПК) за Кохером, можна перемістити в купол плевральної порожнини і навіть на шию. Інтрамуральний кровотік при збережених правих шлункових судинах дуже гарно зберігається, отже ішемічні порушення в стінці трансплантату зустрічаються вкрай рідко. Фундальна

частина шлунка, що залишається після резекції, є гарним пластичним матеріалом для надійного формування та вкриття стравохідно-шлункового анастомозу.

В багатьох хірургічних клініках апробована пластика стравоходу ізоперистальтичною вузькою трубкою із великої кривизни шлунка [3, 6, 13, 21, 29, 37, 44, 52, 66].

Проте, підготовка шлунка до заміщення стравоходу супроводжується досить значними трансформаціями органа, а саме:

1. У зв'язку із перев'язкою лівої шлункової, лівої шлунково-сальникової, та коротких артерій шлунка, кровозабезпечення його зменшується на 40-50%.
2. Із-за часткової резекції дна та тіла органа, ємкість шлунка та маса парієтальних клітин суттєво зменшується.
3. Внаслідок двобічної повної ваготомії та часткової симпатеکتомії змінюється інервація шлункового трансплантату, порушується його моторика, виникають функціональні розлади, що впливає на якість життя хворих.
4. Змінюється форма шлунка – він набуває вигляду витягнутої трубки.
5. Орган переміщується в грудну порожнину, де існує негативний тиск.

Дані літератури свідчать, що на евакуаторно-моторну функцію інтраторакального шлунка впливають такі чинники:

1. Двобічна стовбурава ваготомія, що є вимушеною при резекції чи езофагектомії, завжди ускладнюється пілороспазмом. Для його профілактики виконують пілороміотомію. Ця ідея належить Dragstedt LR et Camp EH., 1948, які довели, що після ваготомії, виконаної з приводу виразкової хвороби ДПК, у 25% прооперованих виникають симптоми затримки евакуації із шлунка. [51]. Чи дійсне це ствердження для пацієнтів після ваготомії та езофагогастропластики залишається невідомим до теперішнього часу.

2. Спорожнення інтраторакального (після ваготомії) шлунка залежить переважно від положення тіла пацієнта, а не від дренуючих орган процедур. Це доведено Hinder, який обстежив 10 пацієнтів в термін 6-27 місяців після езофагогастропластики [57, 58].
3. Пілороміотомію (нескладне втручання) рекомендовано робити всім пацієнтам після ваготомії, незважаючи на те, що її ефект буде виправдано в рідких випадках. Але ускладнення, вразі невиконання цієї маніпуляції, можуть бути значними, як наприклад, потрапляння шлункового вмісту до трахеобронхіального дерева, що є основою для розвитку аспіраційної пневмонії.
4. Формування трансплантату із великої кривизни шлунка, яке проводиться за допомогою зшивальних апаратів, змінює його форму (шлунок набуває вигляд трубки шириною від 2 до 5 см), його ємкість зменшується на 30-40%. Довжина трансплантату може сягати 30-35 см і бути достатньою для виведення на шию.
5. Значне зменшення ємкості шлунка викликає в післяопераційному періоді відчуття переповнення за грудиною, неможливість приймати ту кількість їжі і в тому темпі, що було зазвичай у пацієнта до операції.
6. Евакуація вмісту з інтраторакального шлунка відбувається швидше, ніж із нормально анатомічно розташованого. Причин цього декілька. Одна з них – резекція дна шлунка, яке в звичайних умовах виконує релаксаційну функцію, тим самим зменшуючи тиск в органі і швидкість евакуації.

### ***1.5. Поняття про якість життя хворих онкологічного профілю***

В Європі під якістю життя розуміють інтегральну характеристику фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування людини [33, 34], тоді як американські дослідники визначають якість життя як фізичне, емоційне, соціальне, фінансове та духовне благополуччя людини [35]. До теперішнього часу існує більше 15 тис. публікацій, які присвячені оцінці якості

життя пацієнтів у різних розділах клінічної медицини. Особливо важлива оцінка якості життя хворих в онкології. Майже половина всіх досліджень після 1980 року з метою оцінки якості життя пов'язана з лікуванням онкологічних хворих.

Забезпечення високої якості життя онкологічних хворих, особливо працездатного віку, актуальна та багатогранна проблема. Вона має велике медико-соціальне та економічне значення. Визначення якості життя в дослідженнях є одним із важливих критеріїв оцінки ефективності лікування в онкології. Поряд із традиційними клінічними критеріями (безпосередній ефект лікування – «відповідь пухлини», безрецидивна виживаність, 3- та 5-річна виживаність) якість життя – один із надійних критеріїв оцінки результатів лікування. На конференції Національного інституту раку США (NCI) та Американського Суспільства Клінічної онкології (ASCO) в 1990 році було сказано, що якість життя – другий за значимістю критерій оцінки результатів протипухлинної терапії після виживаності та є більш важливим, ніж первинна «пухлинна відповідь». В багатоцентрових рандомізованих дослідженнях якість життя може бути додатковим і навіть основним критерієм оцінки ефективності терапії в залежності від цілей, задач та результатів протоколу. Якість життя є основним критерієм, особливо коли не виявлена достовірна різниця виживаності між групами хворих, включених в протокол дослідження [33-35, 84].

Серед способів оцінки якості життя найбільш загальноприйнятими та розповсюдженими є опитувальники, що заповнюються хворими. Існують загальні опитувальники, що можуть бути використані для оцінки якості життя при різних захворюваннях, та спеціальні – для певної групи хвороб або одного стану. Найбільш поширеними опитувальниками в онкології є американський опитувальник FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) та європейський – EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire – Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer). Теоретична концепція,

яка покладена в основу опитувальника, полягає в тому, що якість життя є багатовимірною інтегрованою характеристикою людини. При наявності такого важкого захворювання, як рак, деякі параметри якості життя набувають визначне значення, їх можна ідентифікувати та виміряти. На основі оцінки якості життя, проведеної самим хворим, можна отримати інтегрально-цифрову характеристику стану його здоров'я.

Опитувальник EORTC QLQ-C30 апробований у багатьох міжнародних клінічних дослідженнях [33, 34], що показали можливість його застосування для різних культур. Він відповідає критеріям надійності, обґрунтованості та реалізованості. Опитувальник може використовуватися для оцінки якості життя хворих незалежно від типу онкологічного захворювання. Сучасна версія 3.0 EORTC QLQ-C30 включає 30 питань та складається з 5 функціональних шкал (фізичне, когнітивне, ролеве, емоційне та соціальне благополуччя), 3 симптоматичних шкал (слабкість, нудота/блювання, біль), шкал загальної якості життя та поодиноких пунктів.

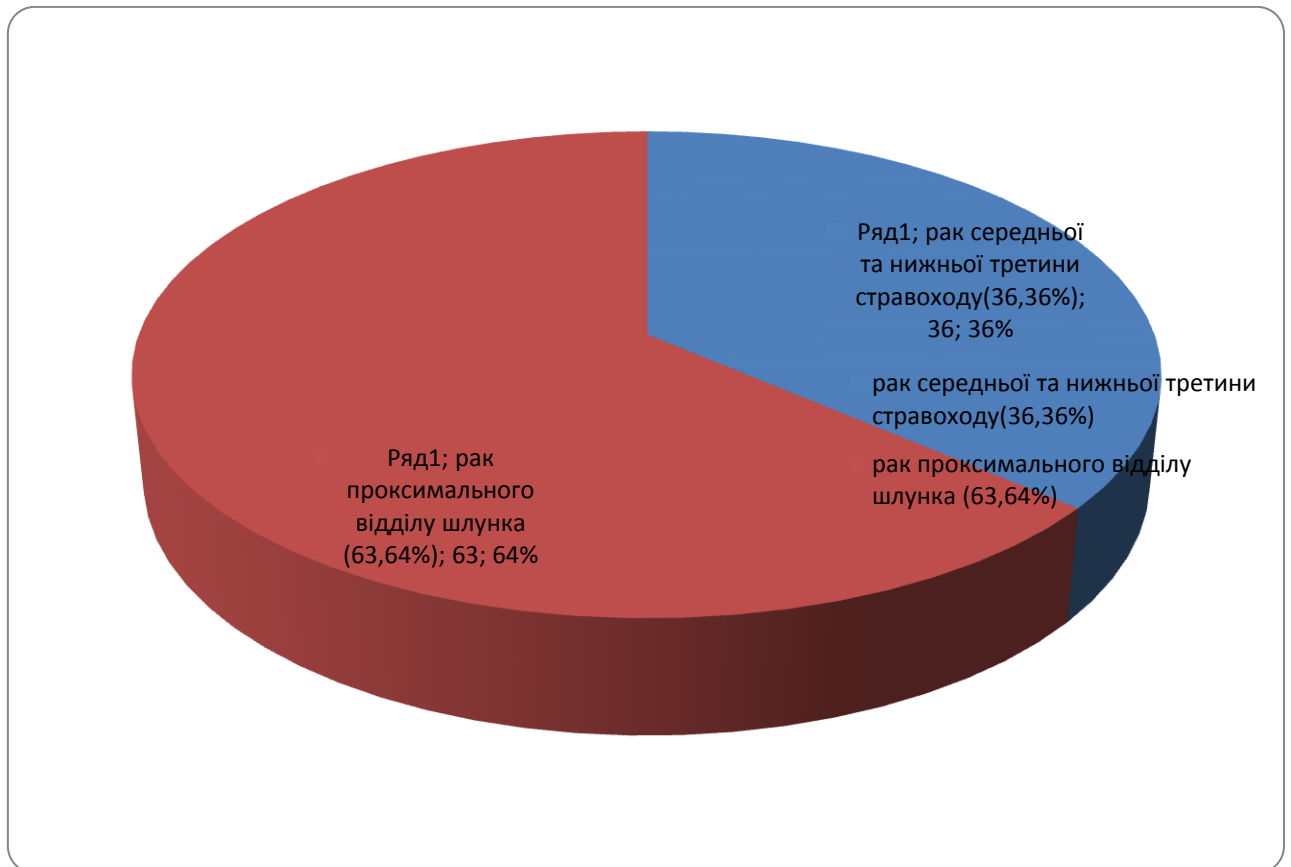
В основу опитувальника FACT-G покладена концепція та методологія, що є основою EORTC QLQ-C30. Сучасна версія FACT-G складається з 27 питань і дозволяє оцінити якість життя за 4 шкалами – фізичного, соціального, емоційного та функціонального благополуччя. Обидва опитувальники є модульними. Тобто, до базового опитувальника може бути доданий модуль – декілька додаткових питань, специфічних для того чи іншого виду пухлини, або програми лікування. Для хворих на рак стравоходу найбільш розповсюдженими є модулі QLQ-OES18 та QLQ-OES24.

## РОЗДІЛ 2

### Матеріали та методи дослідження

За 2005 – 2009 роки в торакальному відділенні Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру знаходилось на хірургічному лікуванні 99 хворих на рак стравоходу (РС) та кардіоезофагеальний рак (КЕР) I-III стадії. Всім пацієнтам виконані радикальні операції — проксимальна резекція шлунка з резекцією нижньогрудного відділу стравоходу (операція Осави-Гарлока або операція Льюїса).

Розподіл хворих за локалізацією пухлини показано на малюнку №4



**Малюнок 4:** Розподіл хворих за локалізацією пухлини

В досліджуваній групі вік хворих був від 42 до 73 років (середній вік –56 років), переважно (54,5%) від 51 до 59 років. Більшість (81) було чоловіків.

Розподіл хворих на РС та КЕР за статтю та віком показано в таблиці 1

Таблиця 1

## Розподіл хворих на РС та КЕР

Вік (років)	До 40 р.	41-49 р.	50-59 р.	60-69 р.	>70 р.	Загалом
Чоловіки	-	9	43	24	5	81
Жінки	-	1	11	6	-	18
Загалом	-	10	54	30	5	99

Класифікація РС та КЕР за стадією та TNM представлена в таблицях 2 та 3.

Таблиця №2

## Розподіл хворих на РС за стадією та TNM

Стадія пухлини	TNM	Кількість хворих n=36	Відсоток від загальної кількості хворих із РС
I стадія	T1N0M0	4	11,1%
	Всього	4	11,1%
II стадія	T2-3N0M0	6	16,7%
	T1-2N1M0	8	22,2%
	Всього	14	38,9%
III стадія	T3N1M0	11	30,6%
	T4N0-1M0	7	19,4%
	Всього	18	50%

## Розподіл хворих на КЕР за стадією та TNM

Стадія пухлини	TNM	Кількість хворих n=63	Відсоток від загальної кількості хворих КЕР
IA стадія	T1N0M0	2	3,2%
IB	T1N1M0	5	7,9%
	T2N0M0		
	Всього	7	11,1%
II стадія	T1N2M0	27	42,9%
	T2N1M0		
	T3N0M0		
	Всього	27	42,9%
IIIА стадія	T2N2M0	24	38,1%
	T3N1M0		
	T4N0M0		
IIIВ стадія	T3N2M0	5	7,9%
	T4N1M0		
	Всього	29	46,0%

При розподілі пацієнтів по класифікації TNM виявлено, що у більшості пацієнтів діагностовано II (41,4%) або III (47,5%) стадію захворювання.



Найчастішим симптомом у досліджуваних хворих була дисфагія. 87 (87,9%) хворих скаржились на труднощі під час прийому їжі. Із них у 54 (54,5%) осіб виникали труднощі при проходженні твердої їжі, у 27 (27,3%) при вживанні і рідкої їжі, у 6 (6,1%) була дисфагія рідиною. Зниження маси тіла помітили 52 (52,5%) хворих, із них 7 відмітили, що їх вага зменшилась більш ніж на 10%. Скарги на зригування під час або після їжі висловлювали 20,2% хворих (20 осіб). Біль та важкість за грудиною була у 34 хворих. Одинофагія (біль при ковтанні) була присутня у 8 хворих (8,1%). Осиплість голосу спостерігалась у 4 пацієнтів.

Серед 99 пацієнтів жодних скарг не було лише у 3 пацієнтів (3,03%), у яких під час проходження профілактичного огляду була діагностована пухлина першої стадії.

У 83 (83,8%) осіб були виявлені різні супутні захворювання, найчастіше серцево-судинної, дихальної та ендокринної системи (ІХС, гіпертензивна хвороба, хронічні неспецифічні захворювання легень, цукровий діабет, патологія нирок). У 63 хворих (63,63%) була анемія різного ступеню. У 7 хворих у минулому діагностована ахалазія стравоходу. Передопераційне променево лікування отримали 25 осіб.

У всіх хворих діагноз раку був верифікований морфологічно до операції. Плоскоклітинний рак виявлено у 33 (91,67%) із 36 хворих на рак стравоходу та у 9 (14,29%) із 63 на рак кардіального відділу шлунка. Залозистий рак діагностовано у 3 (8,33 %) хворих на РС та у 54 (85,71%) хворих на КЕР.

Всі хворі були досліджені за певним алгоритмом. При рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту визначали місцеве поширення пухлини вздовж стравоходу та шлунку, а також можливість використання шлунка для пластики. Для виключення внутрішньочеревних метастазів проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. При підозрі на інвазію пухлини в сусідні структури середостіння виконували комп'ютерну томографію органів грудної клітини.

Для вивчення якості життя хворих використовувалась анкета-опитувальник Європейської організації дослідження та лікування раку (EORTC-QLQ-C30), яка складається з 30 питань. Цей опитувальник апробовано при широкому спектрі онкологічних захворювань у багатьох міжнародних клінічних дослідженнях. Він простий для заповнення, зручний для обробки та інтерпретації даних. Сучасна версія складається з основних шкал: п'яти функціональних шкал, які відображають фізичний, ролевий, когнитивний, емоційний та соціальний статус; трьох симптоматичних шкал, що включає в себе стомлюваність, біль, нудоту та блювання; шкала загального стану здоров'я та рівня якості життя. Також для оцінки включені додаткові симптоми: задишка, порушення сну, зниження апетиту, закрепи, пронос, а також фінансові труднощі, що викликали саме захворювання та його лікування. Для оцінки специфічних симптомів, що відображають якість життя хворих на РС та КЕР додатково використовували модуль QLQ-EOS18. Він складається з 4 симптоматичних шкал (дисфагія, харчування, рефлюкс та біль) та 6 поодиноких питань (проблеми з ковтанням слини, сухістю в роті, смаком, кашлем та мовленням).

Для простоти інтерпретації всі бали були лінійно трансформовані в шкалу, що включає від 0 до 100 одиниць ( $S_y$ ) наступним чином (максимально можлива кількість балів в шкалі прийнято за 100, в кожному окремому випадку загальний бал вираховувався від максимально можливого):

$$S_y = \frac{(S_x - S_{\min})}{S_{\max} - S_{\min}} * 100$$

де  $S_y$  – кількість балів за шкалою,  $S_{\min}$  – мінімально можлива кількість балів за шкалою,  $S_{\max}$  – максимально можлива кількість балів за шкалою,  $S_x$  – отримана кількість балів за шкалою анкети.

Таким чином, для п'яти функціональних шкал та для шкали рівня якості життя більш високі показники відповідають високому рівню функціональної

активності та якості життя, а для симптоматичних шкал висока оцінка відповідає більшій виразності симптому.

## РОЗДІЛ 3

### Результати дослідження

Операція Осава-Гарлока виконана у 63 (63,64%) хворих. Показом до цієї операції була наявність пухлини в кардіальному відділі шлунку. При локалізації пухлини в нижній або середній третині грудного відділу стравоходу виконувалась операція Льюїса. Вона проведена у 36 (36,36%) випадках. Рак верхньогрудного відділу стравоходу ми, як і більшість українських та російських авторів, вважаємо неоперабельним у зв'язку з його анатомічними особливостями (близькість розташування життєво важливих органів та швидке проростання в них). Всі хворі з даною локалізацією раку були направлені в хіміотерапевтичне або в радіологічне відділення, де отримували спеціальне лікування. У 27 (27,3%) хворих операції були комбінованими, при проростанні пухлини в сусідні органи, з видаленням селезінки, хвоста підшлункової залози, частини діафрагми та її ніжок, лівої долі печінки.

Для пластики резеційованого стравоходу в торакальному відділенні СОКОД використовуємо лише ізоперистальтичний шлунок. Для забезпечення оптимального загоєння анастомозу притримуємося наступних принципів:

1. Збереження судин дистальної половини шлунка (a.et v.gastricae dextra та a. et v.gastroepiploicae dextra) для забезпечення надійного кровозабезпечення кукси шлунку (шлункового трансплантату).
2. Виключення натягу та травмування грубими затискачами стравоходу та шлунка, які зшили.
3. Обмеження при накладанні езофаго-гастроанастомозу кількості швів до мінімуму (не більше 8-10 швів). Оскільки при збільшенні їх кількості порушується мікроциркуляція в його зоні із реальною загрозою неспроможності.

Накладення стравохідно-шлункового анастомозу за весь досліджуваний період виконувалось вручну (ручний стравохідно-шлунковий анастомоз за

М.І.Давидовим), без апаратів для зшивання органів. Використання останніх дещо скорочує тривалість операції, але погіршує умови регенерації в ділянці анастомозу і не попереджує його неспроможність. Дані літератури свідчать, що у віддаленому періоді при механічному шві в ділянці анастомозу частіше розвиваються стриктури.

Езофагогастропластику «цілим» шлунком викнали у 12 хворих (при ураженні середньогрудного відділу стравоходу), тубулізованим шлунком – у 87 прооперованих. Пілороміотомію проводили всім хворим.

Післяопераційні ускладнення представлені в таблиці 4.

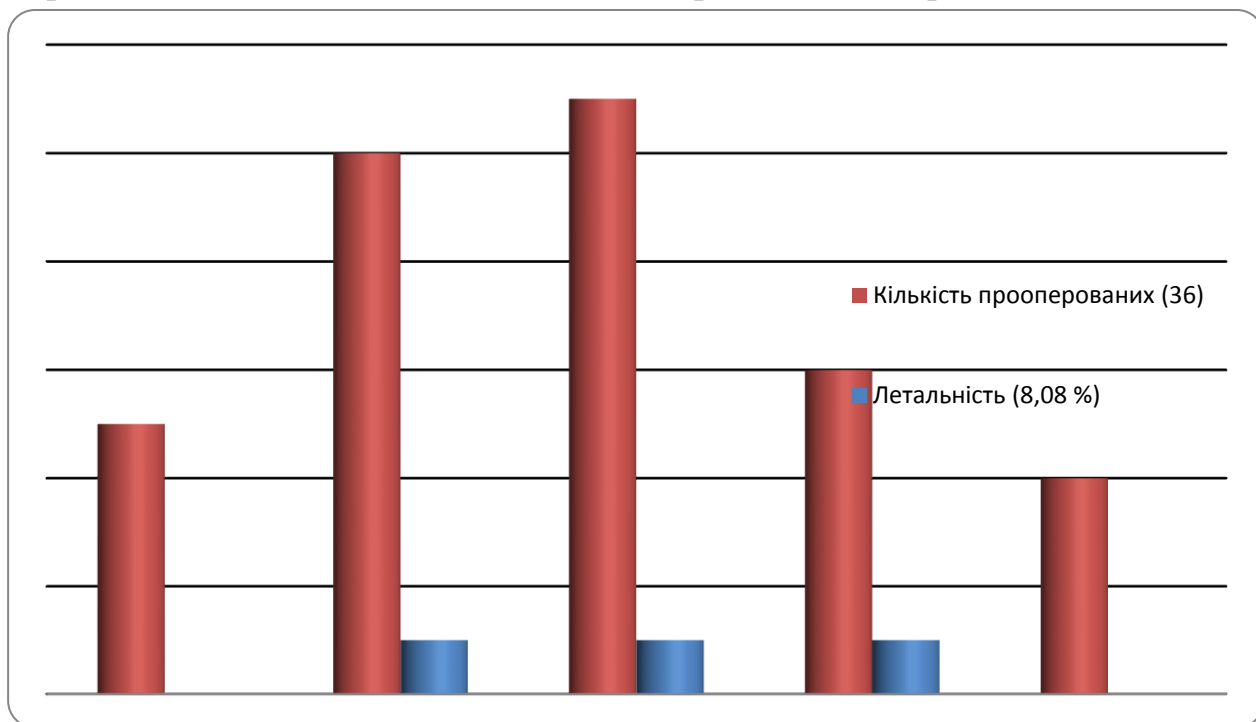
Таблиця №4

Структура післяопераційних ускладнень

Вид ускладнення	Абсолютна кількість/ (кількість померлих)	Питома вага (%)
Неспроможність швів анастомозу	4 (4)	4,04% (4,04 %)
Пневмонія	14	14,14%
Плеврит	7	7,07%
Гостра серцева недостатність	3 (1)	3,03% (1,01%)
Панкреонекроз та парапанкреонекроз	1 (1)	1,01% (1,01%)
Тромбоемболія легеневої артерії	2 (2)	2,02% (2,02%)
Внутрішньоплевральні кровотечі	1	1,01%
Емпієма плеври	1	1,01%
Загальна кількість	33 (8)	33,33% (8.08%)

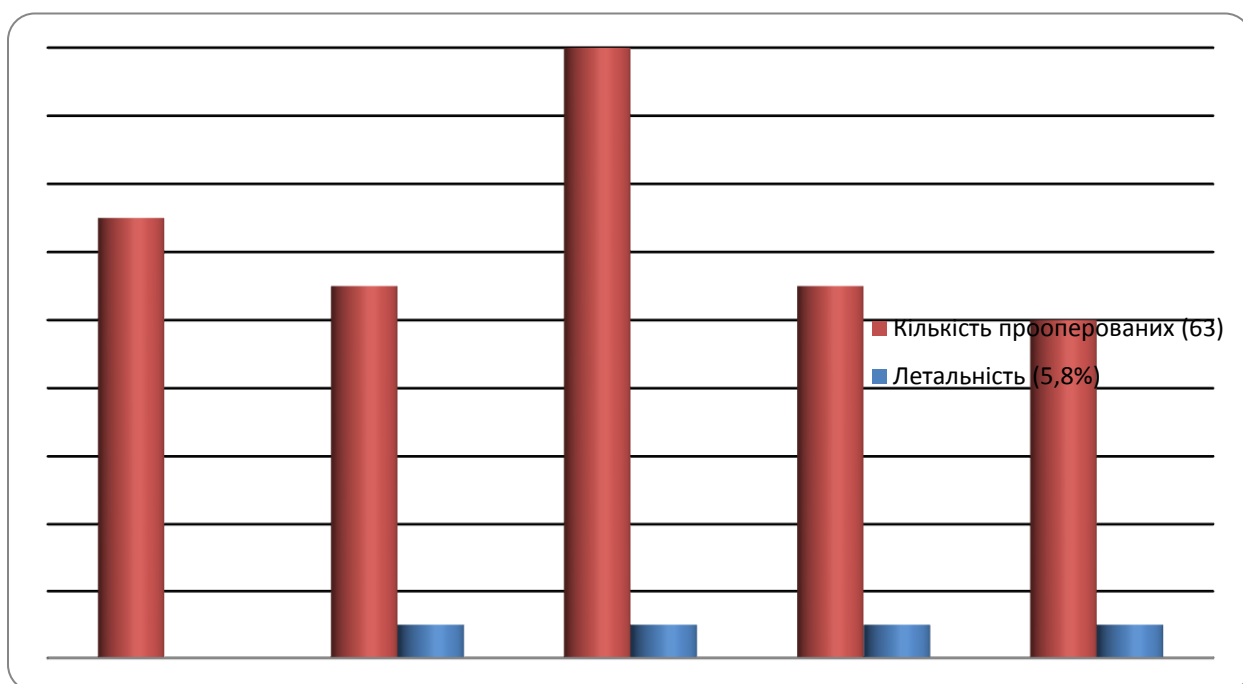
Післяопераційні ускладнення діагностовано у 33,3% хворих

Загальна післяопераційна летальність після хірургічного лікування хворих на РС та КЕР склала 8,08%, померло 8 із 99 хворих: 3 із 36 (8,3%) після операції Льюїса, та 5 із 63 (5,8%) після операції Осави-Гарлока (малюнок 5, 6).



Така структура післяопераційної летальності в СОКОД відповідає світовим показникам летальності.

**Малюнок 5: Структура післяопераційної летальності (операція Льюїса)**



**Малюнок 6: Структура післяопераційної летальності (операція Осави-Гарлока)**

Найбільш грізним ускладненням операції Льюїса та Осава-Гарлока є частковий некроз трансплантата та неспроможність швів стравохідно-шлункового анастомозу. По 2 випадки неспроможності швів анастомозу зафіксовано після операції Льюїса та Осава-Гарлока. Всі хворі (4,04%) з цим ускладненням померли.

Іншою важливою проблемою післяопераційного періоду є легенево-плевральні ускладнення. В наших дослідженнях вони були діагностовані у 23 (23,23%) хворих. Один хворий після операції Льюїса помер від гострої серцевої недостатності. Два хворих після операції Осава-Гарлока померли від тромбоемболії легеневої артерії. Основними причинами розвитку післяопераційних ателектатичних пневмоній поряд із тривалістю операції та постторакалотомічним больовим синдромом є гіповентиляція та вимушене стиснення правої (операція Льюїса) або лівої (операція Осава-Гарлока) легені, а також тривала штучна вентиляція легень. Для профілактики та зниження кількості післяопераційних бронхопневмоній ми рекомендували ранню активізацію хворих, стимуляцію самостійного відкашлювання мокроти з проведенням інгаляцій, вібромасаж грудної клітки.

Причиною смерті одного хворого після операції Осава-Гарлока був панкреонекроз хвоста підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини та арозивна кровотеча.

Клініко-рентгенологічну оцінку функціонального стану переміщеного шлунка ми проводили всім хворим через 7 днів після операції та безпосередньо перед їх випискою із стаціонару. В строки 1-3 місяці після операції езофагогастропластики тубулізованим шлунком основним типом евакуації був порційно-прискорений. У хворих, яким проведено езофагогастропластику цілим шлунком, евакуація залишалась непереривною та порційно-затриманою. У двох хворих це проявлялось гіпотонією трансплантата з невеликим гастростазом. У 13 (14,28%) хворих в ранньому та пізньому післяопераційному періоді спостерігались функціональні порушення у вигляді пілороспазму (у 5

хворих), діареї з ознаками демпінг-синдрому легкого ступеню (у 6 хворих), гастростазу (у 2 хворих), які носили транзиторний характер і не потребували додаткового хірургічного втручання.

Для комплексної динамічної оцінки функціональних результатів внутрішньогрудної езофагогастропластики в строки 3-12 місяців після виписки ми проаналізували дані 64 пацієнтів, що прожили щонайменше 1 рік після операції і хоча б 3 рази протягом року проходили контрольне обстеження в СОКОД. 17 (18,68%) хворих із 91 померло протягом року: від рецидиву захворювання – 10 (11%), від причин, що не пов'язані з РС або КЕР – 3 (3,3%), від невідомих причин – 4 (4,4%). Доля двох хворих нам невідома. 10 хворих проходили контрольне обстеження менш ніж 3 рази. Із 64 пацієнтів через 1 рік після хірургічного втручання у 58 (63,73%) рецидиву захворювання не спостерігалось, а у 6 – рецидив виявлено.

Отже, нами були вивчені функціональні прояви інтраторакального шлунка в динаміці протягом року у 64 хворих (таблиця №5).

Таблиця №5

Функціональні порушення через 3, 6 та 12 місяців  
після оперативного лікування

Симптоми	Через 3 міс		P <sub>(3-6міс)</sub>	Через 6 міс		Через 12 міс		P <sub>(3-12міс)</sub>
	К-ть	%		К-ть	%	К-ть	%	
Безсимптомне протікання	3	4,7%	p>0,05	5	7,8%	11	17,2%	p<0,05
Дисфагія	29	45,3%	p<0,05	16	25%	10	15,6%	p≤0,01
а) твердою їжею	23	35,9%	p≤0,05	13	20,3%	8	12,5%	p≤0,001
б) напівгустою їжею	6	9,4%	p>0,05	3	4,7%	2	3,1%	p>0,05
Відчуття переповнення	15	23,4%	p>0,05	11	17,2%	6	9,4%	p<0,05



шлунку після їжі									
Печія		41	64,1%	p>0,05	49	76,6%	45	70,3%	p>0,05
Демпінг-синдром	Діарея	19	29,7%	p>0,05	16	25%	9	14,1%	p<0,05
	Абдомінальний біль/ кольки	23	35,9%	p>0,05	20	31,3%	16	25%	p>0,05
	Нудота	27	42,2%	p>0,05	23	35,9%	18	28,1%	p>0,05
	Запаморочення	18	28,1%	p>0,05	15	23,4%	10	15,6%	p>0,05
	Потовиділення	13	20,3%	p>0,05	12	18,7%	6	9,4%	p>0,05
Демпінг-синдром (загальна кількість)		33	51,6%	p>0,05	28	43,7%	13	20,3%	p≤0,01

Через 3 місяця після операції, лише у 3 пацієнтів не було жодних скарг. Через 6 та 12 місяців – відповідно у 5 та 11. У всіх 64 хворих протягом перших 3 місяців зберігалось зниження маси тіла. Маса тіла, яка була до хірургічного втручання через 6 місяців відновили лише 5 пацієнтів, через 12 місяців – 7. Важливо, що, 3 пацієнти відмітили збільшення ваги на 6-8 кг у порівнянні із передопераційним станом.

Дисфагія твердою їжею спостерігалась у 23, 13 та 8 хворих через 3, 6 та 12 місяців відповідно. При вживанні напівгустої їжі дисфагія була у 6, 3 та 2 хворих в досліджуваному періоді. З метою ліквідації або зменшення проявів дисфагії таким прооперованим проводили дилатацію стравохідно-шлункового анастомозу. 24 (37,5%) особам було виконано щонайменше одну післяопераційну ділятацію.

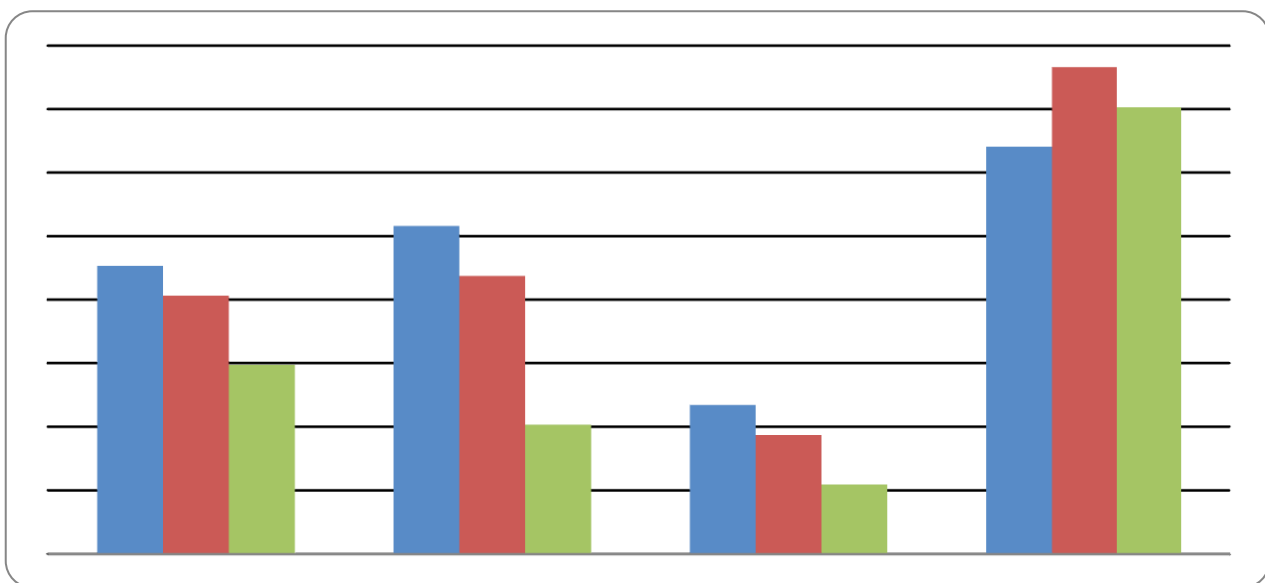
Печія — найбільш частий симптом після езофагогастропластики. Ми вважаємо, що це зумовлено пілоропластикою з рефлюкс-гастритом та рефлюкс-езофагітом. Її виконували всім хворим для запобігання пілороспазму і

гастростазу із-за пересічення обох блукаючих нервів (стовбурова ваготомія). Через 3 місяці після операції печія спостерігалась у 41 (64,1%) хворого, у 35 (54,7%) – вона була інтермітуюча, в 6 (9,4%) – тривалою. Через 6 місяців скарги на печію були у 49 (76,6%) хворих, а через 1 рік – у 45 (70,3%). Всі ці хворі потребували прийому антацидів для зменшення симптомів печії.

На відчуття переповнення шлунку після їжі через 3 місяці скаржились 15 (23,4%) хворих, через півроку 11 (18,7%) хворих, а через 1 рік – 6 (9,4%).

Демпінг-синдром виявлено у 33 (51,6%) хворих після 3 місяців, через 6 місяців – у 28 (43,7%), а через 1 рік – у 13 (20,3%) осіб. Шлунково-кишкові прояви демпінг-синдрому спостерігались у вигляді: а) діареї – у 19, 16, та 9 пацієнтів через 3, 6, 12 місяців відповідно; б) абдомінального болю – у 23, 20, 16 хворих в) нудоти – у 27, 23 та 18 хворих відповідно. Вазомоторні прояви зареєстровано у вигляді: а) потовиділення – у 13 хворих через 3 місяці, у 12 – через 6, та у 6 – через 12 місяців. б) запаморочення – у 18, 15 та 10 хворих відповідно через 3, 6 та 12 місяців).

29(45,3%) хворих у зв'язку з вищеперерахованими симптомами приймали їжу меншими порціями, але частіше. 7 хворих після їжі вимушені були займати горизонтальне положення.



*Малюнок 7: Клінічні симптоми езофагогастропластики через 3, 6 та 12 місяців після операції.*

Стеноз езофагогастроанастомозу виявлено через 6-12 місяців після операції у 22 хворих (34,3%). Це було пов'язано з езофагітом, що виникає внаслідок рефлюкс-езофагіту, який діагностовано за весь період лікування у 31 (48,4%) хворого.

За допомогою анкет-опитувальників EORTC-C30 та модулю до нього QLQ-EOS18 нами була проаналізована якість життя 36 хворих через 3, 6 та 12 місяців після операції, у яких впродовж 1 року не було рецидиву захворювання. Розподіл хворих по віку, статі та стадії захворювання приведені у таблиці 6.

Таблиця 6

Розподіл хворих по віку, статі та по клінічній стадії захворювання

Параметр		Кількість	Відсоток
Вік хворих (на момент операції)	<40	0	0
	40-49	9	25%
	50-59	19	52,8%
	60-69	6	16,7%
	>70	2	5,5 %
Стать	Чоловіки	27	75%
	Жінки	9	25%
Клінічна стадія	I	8	22,2%
	II	17	47,2%
	III	11	30,6%

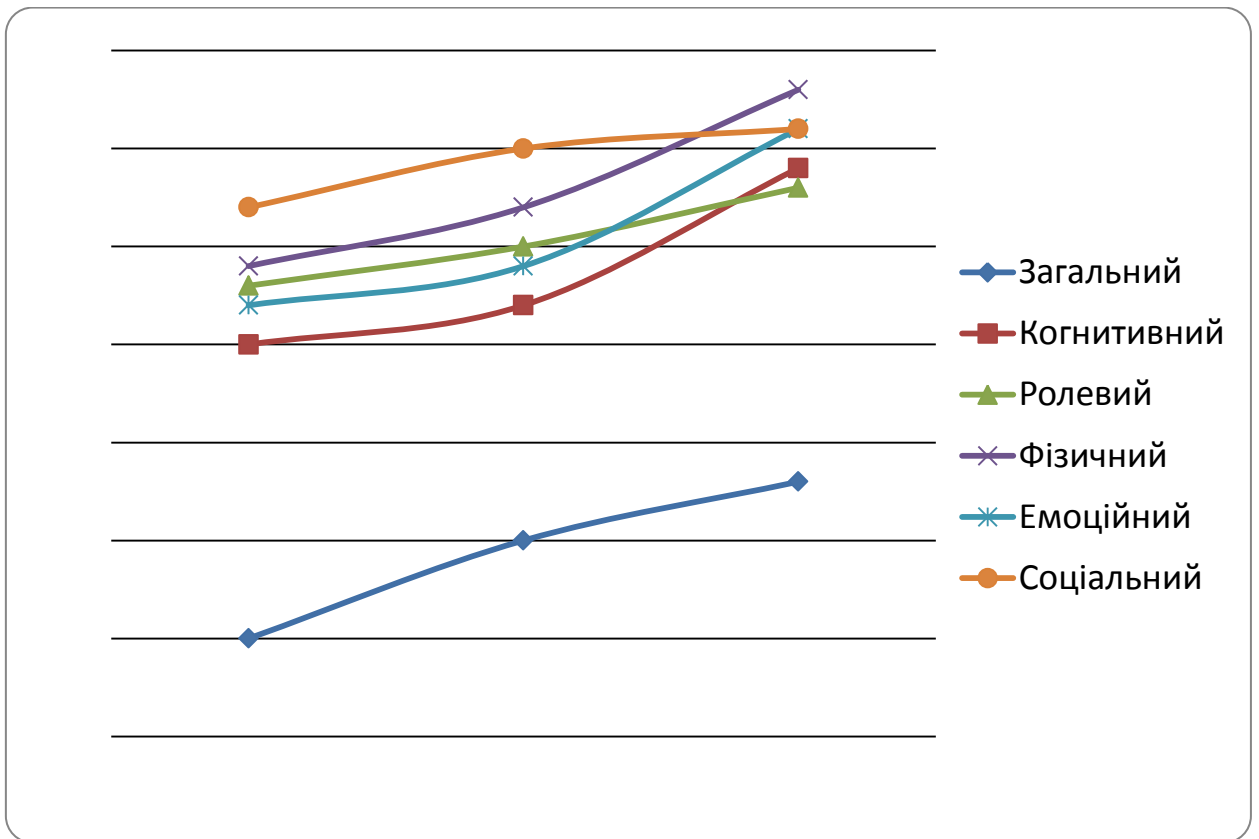
Після короткого пояснення змісту анкети-опитувальника та принципів її заповнення більшість пацієнтів змогли заповнити анкету без сторонньої допомоги. Результати викладені в таблиці 7, на малюнках 8, 9, 10.

Таблиця 7

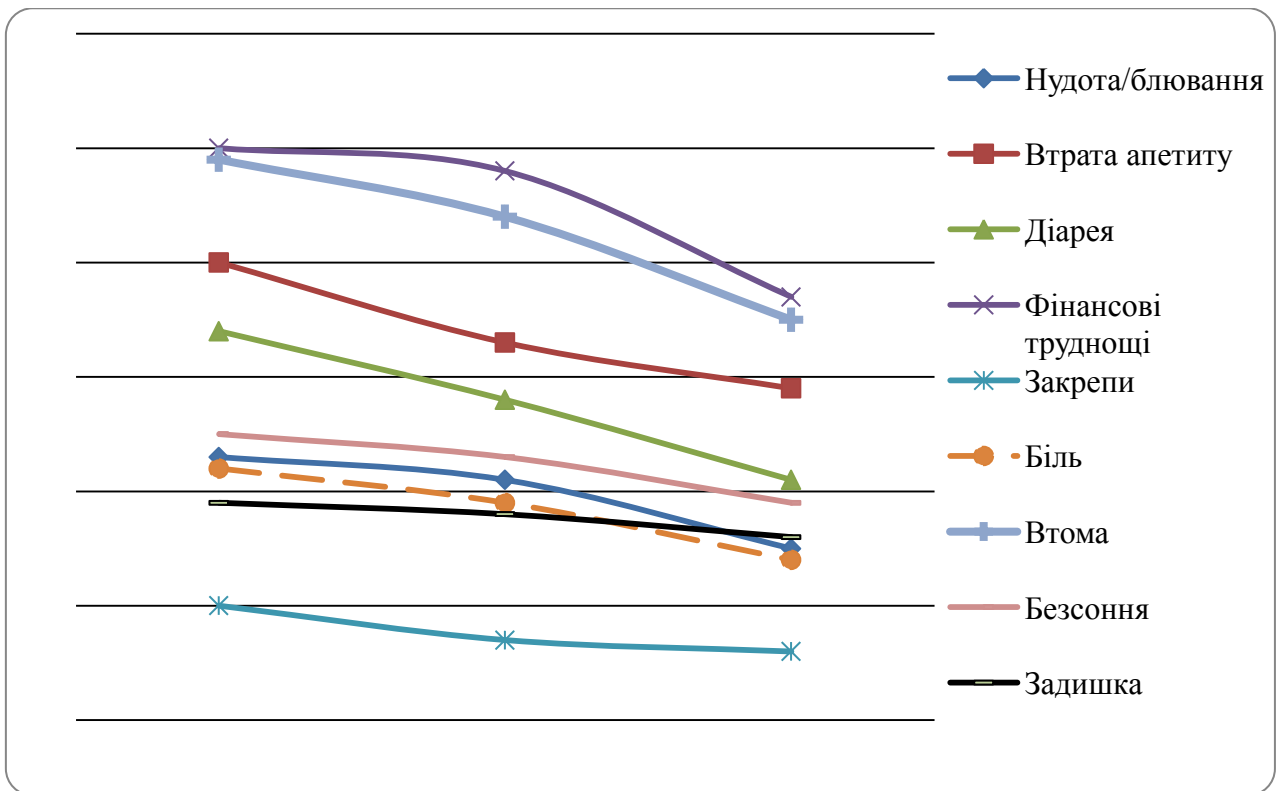
Показники якості життя у хворих на РС та КЕР в динаміці (EORTC QLQ-C30 та модуль QLQ-EOS18)

Розділ ЯЖ	Через 3 міс.	Через 6 міс	Через 12 міс
Когнитивний	70	72	79
Ролевий	73	75	78
Фізичний	74	77	83
Емоційний	72	74	81
Соціальний	77	80	81
Загальний	55	60	63
Нудота/блювання	23	21	15
Втрата апетиту	40	33	29
Діарея	34	28	21
Фінансові труднощі	50	48	37
Закрепи	10	7	6
Біль	22	19	14
Втома	49	44	35
Безсоння	25	23	19
Задишка	19	18	16
Модуль QLQ-EOS18			
Дисфагія	39	31	26

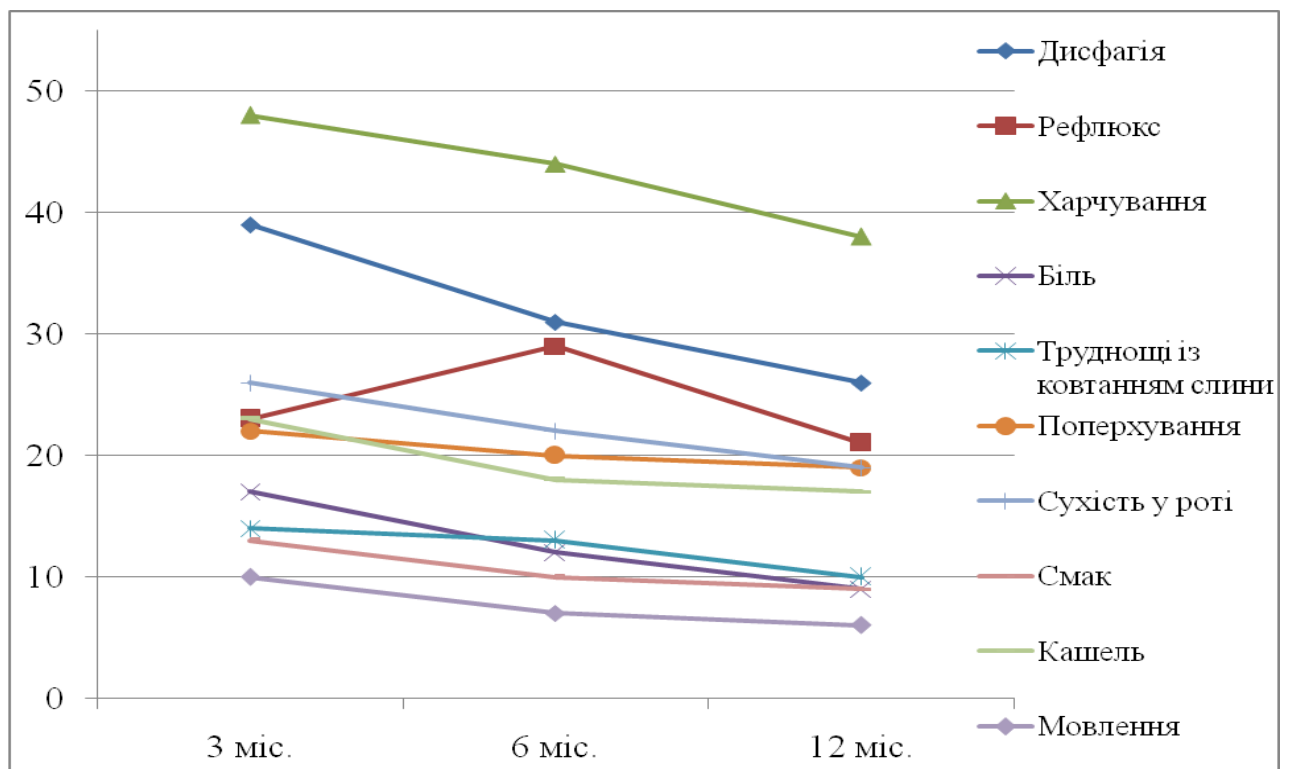
Харчування	48	44	38
Рефлюкс	23	29	21
Біль	17	12	9
Труднощі з ковтанням слини	14	13	10
Поперхування	22	20	19
Сухість у роті	26	22	19
Смак	13	10	9
Кашель	23	18	17
Мовлення	10	7	6



Малюнок 8: Показники ЯЖ у хворих на РС та КЕР в динаміці для функціональних шкал (EORTC QLQ-C30)



Малюнок 9: Показники ЯЖ у хворих на РС та КЕР в динаміці для окремих симптомів (EORTC QLQ-C30)



Малюнок 10: Показники ЯЖ у хворих на РС та КЕР в динаміці для окремих симптомів (модуль QLQ-EOS18)

## РОЗДІЛ 4

### Обговорення результатів дослідження

Одне з найважливіших завдань хірургічного лікування раку стравоходу та раку кардіального відділу шлунка – це відновлення прохідності травного тракту для покращення якості життя цих пацієнтів. Використання шлунку в якості трансплантаційного матеріалу для заміщення резеційованого стравоходу є одним з найкращих методів, беручи до уваги рівень післяопераційної летальності та ускладнень.

Ми ретроспективно проаналізували дані 64 хворих із РС та КЕР, яким було проведено езофагогастропластику. Пацієнти були клінічно обстежені через 3, 6 та 12 місяців після оперативного лікування.

Через 3 післяопераційні місяці майже 52% хворих скаржились на наявність діареї, нудоти, абдомінального болю та запаморочення після їжі. Ці симптоми вказують на наявність демпінг-синдрому. Причиною його розвитку є швидке надходження в верхній відділ тонкої кишки неперетравленої їжі. Дослідження Holscher et al. показали, що для інтраторакального шлунку, навіть без пілороміотомії, характерне прискорення евакуації шлункового вмісту у порівнянні з нормальним шлунком. Основна причина прискореної евакуації – це часткова резекція дна шлунка, що виконує функцію резервуару. Це призводить до порушення релаксації та, як наслідок, до раннього росту внутрішньошлункового тиску.

Демпінг-синдром досить рідко залишається проблемою, що значно погіршує якість життя хворих. Виконання пацієнтами наших рекомендацій щодо дієти та режиму харчування призводять до зменшення інтенсивності цих функціональних порушень. Основні рекомендації складаються з наступного:

- більш часте (до 10 разів на день) вживання їжі, але меншими порціями;
- ретельне пережовування їжі та обов'язкове запивання водою;

- необхідність знаходитись у вертикальному положенні після прийому їжі;
- необхідність спати із підвищеним головним кінцем.

За нашими дослідженнями, демпінг-синдром виникає частіше у молодших осіб та осіб жіночої статі.

Скарги на відчуття переповнення шлунку під час або після їжі (23,4% в нашій досліджуваній групі пацієнтів) пов'язане зі зменшенням резервуарної функції шлунку та збільшення внутрішньошлункового тиску після їжі.

Через 3 місяці після оперативного втручання значна кількість хворих (29,7%) скаржилось на наявність діареї. Діарею ми пов'язуємо зі стоволовою ваготомією та порушенням координованого скорочення жовчного міхура та евакуацією шлункового вмісту.

Ми визначили, що гастроезофагеальний рефлюкс є менш вираженим у хворих з високим розміщенням стравохідно-шлункового анастомозу у порівнянні з анастомозом на рівні непарної вени. Остання група пацієнтів частіше мала симптоми езофагіту, що були підтверджені ендоскопічним дослідженням.

В період з 3 по 6 післяопераційний місяць ми спостерігали тенденцію до зменшення функціональних порушень. Зменшилась загальна кількість скарг на дисфагію, відчуття переповнення шлунку після їжі, демпінг-синдром, але статистично достовірним є зменшення лише дисфагії.

До 12 місяця переважна кількість симптомів стають менш вираженими, компенсація є більш стійкою. Спостерігалось статистично достовірне зменшення демпінг-синдрому, діареї, відчуття переповнення шлунку. Виключенням є печія та рефлюкс, які через 12 післяопераційних місяців залишались на досить високому рівні (51%). Це пов'язано з закидом шлункового вмісту в стравохід у зв'язку з відсутністю ефективних методів забезпечення клапанної функції на рівні стравохідно-шлункового анастомозу.



Проаналізувавши дані 36 хворих, що заповнили опитувальники EORTC QLQ-C30 та QLQ-EOS18, ми виявили, що якість життя хворих через 3 післяопераційних місяці є достатньою (34% хворих оцінили якість життя як добру, 66% – як задовільну). До 12 місяців якість життя хворих покращується – 72% хворих оцінили якість життя як добру, 28% - як задовільну.

Результати нашої роботи підтверджують онкологічну адекватність та обґрунтованість виконання операції Осави-Гарлока та операції Льюїса хворим із раком стравоходу та кардіоезофагеальним раком. Функціональні порушення, що виникають після переміщення шлунку в плевральну порожнину є високими в перші післяопераційні місяці, але протягом року відбувається адаптація хворих до вказаних змін, якість життя хворих значно покращується.

## ВИСНОВКИ

1. Трансторакальна резекція стравоходу з одномоментною езофагогастропластиком (операції Льюїса та Осава-Гарлока) – онкологічно обгрунтований метод лікування хворих на рак стравоходу середньо-, нижньогрудної локалізації та кардіоезофагеального раку шлунка.
2. Шлунок є надійним трансплантаційним матеріалом для заміщення резеційованого стравоходу.
3. Після операції езофагогастропластики в ранньому післяопераційному періоді в 14,28% оперованих спостерігаються функціональні порушення у вигляді пілороспазму, гастростазу та діареї, що носять транзиторний характер.
4. Серед хвороб оперованого стравоходу найбільш клінічно значимими є стеноз стравохідно-шлункового анастомозу (спостерігалися у 25% хворих), рефлюкс-езофагіт (у 48,4%) та демпінг-синдром (у 20% хворих).
5. Серед пацієнтів, яким виконана езофагогастропластика, 34% потребують комплексної (медикаментозної, дієтичної, інструментальної) корекції.
6. Для об'єктивної оцінки результатів лікування раку стравоходу та КЕР поряд з летальністю, 3- та 5-річною виживаністю необхідно оцінювати якість життя хворих, що є важливим інтегральним показником, який відображає суб'єктивну оцінку пацієнтом свого стану.
7. Кількість функціональних порушень після езофагогастропластики зменшується в період із 3 до 6 місяців. Якість життя пацієнти оцінили як добру в 34% та задовільну – в 66%.
8. В період з 6 по 12 післяопераційний місяць настає більш стійка компенсація, що підтверджується статистично достовірним зниженням таких симптомів як дисфагія, діарея та демпінг-синдром. Якість життя в цей період хворі оцінили як добру – в 72% та задовільну – в 28%.

## Список використаних джерел

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Статистика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в 2000 году // Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. – М., 2001. – С. 85-100.
2. Баймухамедов А.А. Оптимизация лечебной тактики при распространенном кардиоэзофагеальном раке: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999. 265 с. Д
3. Бойко В. В., Далавурак В. П., Савви С. А. Опыт эзофагопластики при рубцовой стриктуре и раке пищевода // Клінічна хірургія.— 2007.— № 2–3.— С. 43.
4. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 11 - "Рак в Україні, 2008-2009"
5. Василенко И.В., Садчиков В.Д., Галахин К.А. и др. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз. –К.:Книга плюс, 2001.–с.9–54.
6. Ганул В.Л., Киркилевский С.И., 2003, Рак стравоходу. Посібник для онкологів та хірургів.
7. Ганул В. Л., Киркилевский С. И. Рак пищевода: Руководство для онкологов и хирургов. – К.: Книга Плюс, 2003.
8. Ганул В. Л., Киркилевский С. И., Смоланка И. И. Комбинированное и комплексное лечение больных раком легкого и грудной части пищевода// Онкология. – 2000. – Т. 2, № 1–2. – С. 29–33.
9. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия.— К.:Здоров'я, 1988.— 200 с.
10. Годжаманов Я.К. «Хирургическое лечение рака грудного отдела пищевода. Современные факторы прогноза» Дисс. на соиск. канд. мед. наук, Москва, 2002г.

11. Давыдов М.И. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей в торакоабдоминальной клинике // Вопросы онкологии. 2002. Т. 48, № 4–5. С. 468–479.
12. Давыдов М.И., Тер–Ованесов М.Д. Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза. Москва, 2005 г.
13. Давыдов М.И., Тер–Ованесов М.Д., Стилиди И.С., Полоцкий Б.Е. Рак пищевода: современные подходы к диагностике и лечению. Русский медицинский журнал. М., 2007 г.
14. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Стилиди И.С., Полоцкий Б.Е., Тер–Ованесов М.Д. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза.– Вестник Российского Онкологического Научного Центра имени Н.Н.Блохина РАМН.–N1,2003.–с.82–89.
15. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников Н.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ – М., 1996.
16. Исаков В.А. (Отделение гастроэнтерологии Московского областного научно-исследовательского клинического института) Скрининг рака желудка: проблемы и перспективы. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2002г, №2, с.37-43.
17. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных заболеваний в кн. Канцерогенез.–М.: Научный мир, 2000.–с.26–30,34–56.
18. Кіркiлевський С. І., Ковальчук А. В., Кондрацький Ю. М. Сучасні способи формування стравохідних анастомозів при операціях з приводу раку стравоходу та кардіального відділу шлунка// Онкологія. – Т. 5, № 1. – С. 10–13.
19. Киркилевский С.И., Медицинская газета «Здоровье Украины» Рак пищевода: современное состояние проблемы, февраль 2008 г, стр.53-54.

20. Стариков В.И. Рак пищевода: диагностика и перспективы лечения. Международный медицинский журнал № 1'2006 стр.66-70
21. Стилиди И.С., Бохан В.Ю., Тер Ованесов М.Д. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода. Практическая онкология, 2003, Т4 №2-С.70-74
22. Стилиди И. С., Сулейманов Э. А., Бохан В. Ю. Рак пищевода: этиология, диагностика, лечение // Вместе против рака.— 2005.— № 3.— с. 37 – 41.
23. Тер-Ованесов М.Д. Факторы прогноза хирургического лечения рака проксимального отдела желудка: Автореферат дис. доктора мед. наук. М., 2007. 54 с.
24. Тер-Ованесов М.Д., Давыдов М.И., Леснидзе Э.Э. Индекс лимфогенного метастазирования (ИЛИМ) как прогностический фактор хирургического лечения рака желудка, способный нивелировать феномен миграции стадии // Материалы V съезда онкологов стран СНГ. Ташкент, 2008. С. 36.
25. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. – М., 2001.– С. 295.
26. Урсол Г. Н. Рак пищевода // Харківська хірургічна школа.— 2009.— № 4.1.— С. 124–126
27. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода.— М.: Медицина, 2000.— 350 с.
28. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Годжело Э.А. Ранний рак и предопухолевые заболевания желудка – М.:ИздАТ, 2002.–256 с.
29. Чернявский А. А., Рыжов М. К., Пегов С. А. Хирургическое лечение рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода // Хирургия.— 2004.— № 1—С. 19–24.
30. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. -М.: 2003.

31. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., Какорина Е.П. Основные показатели онкологической помощи населению России в 2000 г. // Рос. онкол. журн. – 2002, № 1. – С. 35-41.
32. Шалимов А. А. Саенко В. Ф. Хирургия пищеварительного тракта.— К.: Здоровье, 1987.— 563 с
33. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinic trials in oncology. *O Natl Cancer Inst* 1993; 85:365-75
34. Aaronson NK, Cull A, Kaasa S, Sprangers M. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology. *Int. O Ment Health* 1994; 23: 75-84
35. Aaronson NK, Meyerowitz BE, Bard M, et al. Quality of life research in oncology. *Cancer* 1991; 67: 839-43
36. Akiyama H. Surgery for carcinoma of the esophagus. *Curr Probl Surg* 1980; 17:54-120.
37. Akiyama H, Miyazono H, Tsurumaru M, Hashimoto C, Kawanura T. Use of the stomach as an esophageal substitute. *Ann Surg* 1978; 188: 606-10.
38. Anonymous International Agency for Research on Cancer. Alcohol drinking, in evaluation of carcinogenic risks to humans. International Agency for Research on Cancer, 1998:44
39. Ando N, Iizuka T, Ide H et al. Surgery plus chemotherapy Compared with Surgery Alone for Localized Squamous Cell carcinoma of the Thoracic Esophagus: A Japan Clinical Oncology Group Study JCOG9204 *J. Clin.Oncology* 2003, 21: 4592-4596
40. Baba M, Aikou T, Natsugoe S et al. Appraisal of ten-year survival following esophagectomy for carcinoma of the esophagus with the emphasis on quality of life. *World J Surg* 1997; 21:282-6.

41. Bemelman WA, Taat CW, Slors JFM, Lanschot JJB, Obertop H. Delayed postoperative emptying after esophageal resection is dependent on the size of the gastric substitute. *J Am Coll Surg* 1995; 180:461-4.
42. Blot WJ. Epidemiology and genesis of esophageal cancer. In: Roth JA, Ruckdeschel JC, Weisenburger TH, eds. *Thoracic oncology*. Philadelphia: WB Saunders, 1995:278.
43. Blot WJ, McLaughlin JK. The changing epidemiology of esophageal cancer. *Semin Oncol* 1999;26:2.
44. Bonavina L, Anselmino M, Ruol A, Bardini R, Borsato N, Peracchia A. Functional evaluation of the intrathoracic stomach as an esophageal substitute. *Br J Surg* 1992; 79(6):529-32.
45. Cella DF. Quality of life outcomes: measurement and validation. *Oncology* 1996; 11: 233-46
46. Chessa L, Leoni C, Serrano S, Iurilli L, Queirolo A, Catrambone GN. Gastric emptying after esophagectomy without pyloroplasty (meeting abstract). In: *International Congress on Cancer of the Esophagus: Recent Advances in Biology, Prevention, Diagnosis and Treatment*. June 7-10, 1992, Genoa, Italy, 1992.
47. Cheung HC, Siu KF, Wong J. Is pyloroplasty necessary in esophageal replacement by stomach? A prospective, randomized controlled trial. *Surgery* 1987; 102: 19-24.
48. DeMeester TR. Esophageal Carcinoma: Current controversies. *Semin Surg Oncol* 1997; 13:217-33.
49. Deshmane VH, Sharma S, Shinde SR, Vyas JJ. Functional results following esophagogastrectomy for carcinoma of the esophagus. *J Surg Oncol* 1992; 50:153-5.
50. Devesa SS, Blot WJ, Fraumeni JFJ. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States. *Cancer* 1998;83:2049.
51. Dragstedt LR, Camp EH. Follow up of gastric vagotomy in the treatment of peptic ulcer. *Gastroenterology* 1948; 11:460-5.

52. Ellis FH, Jackson RC, Krueger JT. Carcinoma of the esophagus -results of treatment. *New Engl J Med* 1959; 260:351-8.
53. Finley RJ, Lamy A, Clifton J, Evans KG, Fradet G, Nemels B. Gastrointestinal function following esophagectomy for malignancy. *Am J Surg* 1995; 169:471-5.
54. Gammon MD, Schoenberg JB, Ahsan H, et al. Tobacco, alcohol, and socioeconomic status and adenocarcinomas for the esophagus and gastric cardia. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:1277.
55. Giuli R, Gignoux M. Treatment of carcinoma of the esophagus. Retrospective study of 2400 patients. *Ann Surg* 1980; 192:44-52.
56. Gupta S, Chattopadhyay TK, Gopinath PG, Kapoor VK, Sharma LK. Emptying of the intrathoracic stomach. *Am J Gastroenterol* 1989; 36:921-3.
57. Hinder RA. The effect of posture on the emptying of the intrathoracic vagotomized stomach. *Br J Surg* 1976; 63:581-4.
58. Hinder RA, Bremner CG. A radioisotope method of measuring intragastric volumes using the Volemetron. *Gut* 1973; 14:113-5.
59. Holsher AH, Bollschweiler E, Siewert JR. Carcinoma of the gastric cardia. *Ann Chir Gynaecol* 1995; 84(2):185-92.
60. Hunstman G David, Fatima Carneiro, Frank R.Lewis et al. Early gastric cancer in young, asymptomatic carriers of germ-line E-cadherin mutations. *The New England Journal of Medicine*. N25, Vol. 344:1904–1909, 2001
61. Johnson C.D., I. Taylor. Recent Advances in Surgery. Mitsuru Sasako. Surgery for gastric cancer. No. 23 Surgery for Gastric Cancer. 2000.p.11–21.
62. Kim K, Park SJ, Kim BT, et al. Evaluation of lymph node metastases in squamous cell carcinoma of the esophagus with positron emission tomography. *Ann Thorac Surg* 2001;71:290–4.
63. King RM, Pairolero PC, Trastek VF, Payne S, Bernatz PhE. Ivor Lewis esophagogastrectomy for carcinoma of the esophagus: early and late functional results. *Ann Thorac Surg* 1987; 44:119-22.



64. Lagergren J., Bergstrom R., Lindgren A., Nyren O. "Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma." *The New England Journal of Medicine*, 1999; Vol 340, #11: 825–831;
65. Law S, Cheung MC, Fok M, Wong J. Pyloroplasty and pyloromyotomy in gastric replacement of the esophagus after esophagectomy: a randomized controlled trial. *J Am Coll Surg* 1997; 184: 630-6.
66. Lerut T. Oesophageal carcinoma - post and present studies. *Eur J Surg Oncol* 1996; 22:317-25.
67. Liebermann-Meffert DMI, Meier R, Siewert JR. Vascular anatomy of the gastric tube used for esophageal reconstruction. *Ann Thorac Surg* 1992; 54:1110-5.
68. Linder F, Belsey R, Ong GB. Panel discussion on treatment of oesophageal carcinoma. *Langenbecks Arch Chir* 1982; 357:237-57.
69. Lorentz TG, Fok J, Wong J. Anastomotic leakage after resection and bypass for esophageal cancer: lessons learnt from the past. *World J Surg* 1989; 13:412-7.
70. Mannell A, San-Garde BA. The thoracic stomach: a study of gastric emptying, bile reflux and mucosal change. *Brit J Surg* 1984; 71:438-41.
71. Maruyama K., Sasako M., Kinoshita T. Can sentinel node biopsy indicate rational extent of lymphadenectomy in gastric cancer surgery? Fundamental and new information on lymph node dissection // *Langenbecks Arch. Surg.* 1999. –Vol. 38 (4). P. 149–157.
72. McLarty AJ, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Pairolero PC, Harmsen WS. Esophageal resection for cancer of the esophagus: long-term function and quality of life. *Ann Thorac Surg* 1997; 63:1568-72.
73. Moorehead RJ, Wong J. Gangrene in esophageal substitute after resection and bypass procedures for carcinoma of the esophagus. *Hepato-gastroenterol* 1990; 37:364-7.
74. Muller JM., Zieren HU, Jacobi CA, Zieren J. Quality of life following resection of oesophageal carcinoma. *Brit J Surg* 1996; 83:1772-5.

75. Nakagoe Tohru, Fukushima Kiyoyasu, Terumitsu Sawai et al. Increased expression of sialyl Lewisx antigen as a prognostic factor in patients with stage 0, I, and II gastric cancer. *Cancer Letters* 175 (2002) 213–221
76. Nishikawa M, Murakami T, Tangoku A, Hayash H, Adachi J, Suzuki T. Functioning of the intrathoracic stomach after Esophagectomy . *Arch Surg* 1994; 129:837-41.
77. Nishimaki T., Suzuki T., Hatakeyama K. – Rational Extent of Lymphadenectomy in Radical Esophagectomy for Carcinoma of the Thoracic Esophagus. In *Recent Advances in Diseases of the Esophagus*. Eds. Peracchia A. Monduzzi Editore Selected Papers of the 6th World Congress of the ISDE, 1995; 383–389;
78. Nishimura O, Yokoi H, Maebeya S, Shimizu T, Nakayama H, Hirooka N. [Gastroesophageal reflux after esophageal surgery-evaluations based on esophageal transit scintigram]. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1989; 37:710-6.
79. Peto R. The causes of cancer ECCO/-1999 Vol/446 S125
80. Rajman I, Siddique I, Ajani J, Lynch P. Palliation of malignant dysphagia and fistulae with coated expandable metal stents: experience with 101 patients. *Gastrointest Endosc* 1998;48:172.
81. Saha S., Dehn T.C. Ratio of invaded to removed lymph nodes as a prognostic factor in adenocarcinoma of the distal esophagus and esophagogastric junction // *Dis. Esophagus*. 2001. Vol. 14 (1). P. 32–36.
82. Siewert J.R. Classification of the adenocarcinoma of the oesophagogastric junction // *Br. J. Surg*. 1998. № 85. P. 1457–1459
83. Siewert JR, Stein HJ, Liebermann-Meffert D, Bartels H. Esophageal reconstruction: the gastric tube as esophageal substitute. *Dis Esoph* 1995; 8:11-9.
84. Sprangers MAG, Cull A, Bjordal K. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment guidelines for developing questionnaire modules. *Quality of life Res* 1993; 2:287-95

85. Sudo T, Shobu R, Kanazawa H, Kuyama T. Plasma Gastrin and secretin changes after esophagectomy. *Amer J Gastroenterol* 1986; 81:963-7.
86. Sugimachi K, Ikeda M, Kai H, Ueo H, Okudaira Y, Inokuchi K. Assessment of the blood flow in various gastric tubes for esophageal substitute. *J Surg Research* 1982, 33:463-8.
87. Sugimachi K, Maekawa S, Koga Y, Ueo H, Inokuchi K. The quality of life is sustained after operation for carcinoma of the esophagus. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 162:544-6.
88. Thomas DM, Langford RM, Russell RCG, Le Quesne LP. The anatomical basis for gastric mobilization in total oesophagectomy. *Br J Surg* 1979; 66:230-3.
89. Tsujinaka T, Kido Y, Ogawa Y, Shiosaki H, Mori T. A giant tracheogastric tube fistula caused by a penetrated peptic ulcer after esophageal replacement. *Am J Gastroenterol* 1988; 83:862-4.

## Опитувальник EORTC QLQ-C30 (Version 3)

Нас цікавлять деякі речі, що стосуються Вас і Вашого здоров'я. Будь ласка, самостійно дайте відповіді на всі запитання, обвівши кружечком номер, який найбільш відповідає Вашій ситуації. Немає «правильних» або «неправильних» відповідей. Інформація, яку Ви надаєте, залишиться суворо конфіденційною.

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
1. Чи важко Вам виконувати напружену фізичну роботу, наприклад, нести важку торбу чи валізу?	1	2	3	4
2. Чи важкі для Вас <u>довгі</u> прогулянки пішки?	1	2	3	4
3. Чи важкі для Вас <u>короткі</u> прогулянки надворі?	1	2	3	4
4. Чи доводиться Вам залишатися в ліжку або кріслі протягом дня?	1	2	3	4
5. Чи потребуєте Ви допомоги під час їжі, одягання, миття чи користування туалетом?	1	2	3	4
<b>Протягом минулого тижня:</b>	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
6. Чи були Ви обмежені у виконанні своєї роботи або інших повсякденних справ?	1	2	3	4
7. Чи були Ви обмежені у зайнятті своїми хобі чи іншими видами дозвілля?	1	2	3	4
8. Чи була у Вас задишка?	1	2	3	4
9. Чи бували у Вас болі?	1	2	3	4
10. Чи потребували Ви відпочинку?	1	2	3	4
11. Чи бували у Вас проблеми зі сном?	1	2	3	4
12. Чи відчували Ви слабкість?	1	2	3	4
13. Чи бракувало Вам апетиту?	1	2	3	4

14.	Чи відчували Ви нудоту?	1	2	3	4				
15.	Чи бувала у Вас блювота?	1	2	3	4				
16.	Чи бували у Вас запори?	1	2	3	4				
17.	Чи бувала у Вас діарея?	1	2	3	4				
18.	Чи були Ви стомленими?	1	2	3	4				
19.	Чи заважав Вам біль займатися повсякденними справами?	1	2	3	4				
20.	Чи було Вам важко зосередитися на таких речах, як читання газети або перегляд телепередачі?	1	2	3	4				
21.	Чи відчували Ви себе напружено?	1	2	3	4				
22.	Чи тривожилися Ви?	1	2	3	4				
23.	Чи відчували Ви роздратування?	1	2	3	4				
24.	Чи відчували Ви себе пригніченим (-ою)?	1	2	3	4				
25.	Чи було Вам важко запам'ятовувати речі?	1	2	3	4				
26.	Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому <u>родинному</u> життю?	1	2	3	4				
27.	Чи Ваш фізичний стан або лікування заважали Вашому <u>спілкуванню з людьми</u> ?	1	2	3	4				
28.	Чи Ваш фізичний стан або лікування спричинили фінансові труднощі?	1	2	3	4				
<p><b>У наступних запитаннях просимо обвести кружечком той номер від 1 до 7, який найбільше відповідає Вашій ситуації.</b></p>									
29.	Як би Ви оцінили свій загальний <u>стан здоров'я</u> протягом минулого тижня?								
	Дуже погано	1	2	3	4	5	6	7	Відмінно
30.	Як би Ви в цілому оцінили <u>якість свого життя</u> протягом минулого тижня?								
	Дуже погано	1	2	3	4	5	6	7	Відмінно

Додатковий модуль опитувальник EORTC QLQ-EOS18

Іноді пацієнти повідомляють, що вони мають нижчеперераховані симптоми або проблеми. Будь ласка, визначте ступінь прояву тих симптомів або проблем, що були у Вас протягом минулого тижня. Будь ласка, самостійно дайте відповіді на всі запитання, обвівши кружечком номер, який найбільш відповідає Вашій ситуації.

	Зовсім ні	Трохи	Значною мірою	Дуже
1. Чи могли Ви вживати тверду їжу?	1	2	3	4
2. Чи могли Ви вживати рідку або перемелену їжу?	1	2	3	4
3. Чи могли Ви вживати напої?	1	2	3	4
4. Чи були у Вас труднощі із ковтанням слюни?	1	2	3	4
5. Чи було у Вас поперхування під час ковтання?	1	2	3	4
6. Чи були у Вас проблеми із насолодою їжі	1	2	3	4
7. Чи було у Вас відчуття дуже швидкого переповнення шлунку?	1	2	3	4
8. Чи виникали у Вас проблеми під час їжі?	1	2	3	4
9. Чи виникали у Вас труднощі з вживанням їжі перед людьми?	1	2	3	4
10. Чи була у Вас сухість у роті?	1	2	3	4
11. Чи були у Вас проблеми із відчуттям смаку?	1	2	3	4
12. Чи були у Вас проблеми з кашлем?	1	2	3	4
13. Чи виникали у Вас проблеми під час розмови?	1	2	3	4
14. Чи було у Вас відчуття нетравлення їжі або печії?	1	2	3	4
15. Чи виникало у Вас відчуття потрапляння кислоти або жовчі в рот?	1	2	3	4
16. Чи була у Вас біль під час їжі?	1	2	3	4
17. Чи була у Вас біль в грудній клітці?	1	2	3	4

18. Чи була у Вас біль у шлунку?	1	2	3	4
----------------------------------	---	---	---	---