УДК 616.329-089.844

І.О. Винниченко, О.І. Винниченко

ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКА ТА ПІЛОРОДРЕНУЮЧІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК СТРАВОХОДУ ТА РАК КАРДІЇ З ПОШИРЕННЯМ НА СТРАВОХІД З ТОЧКИ ЗОРУ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Медичний інститут Сумського державного університету

Резюме. Проведено огляд літератури із застосуванням пошукових інструментів Medline глибиною 30 років (1983-2013) за ключовими словами «езофагогастропластика» та «пілородренуючі втручання» з метою виявлення наукових праць із найвищими рівнями (1 та 2) доказовості із зазначеного питання. Подальший аналіз цих робіт вказує, що пілородренуючі операції після езофагогастропластики є необхідним компонентом втручання, що забезпечує більш адекватне спорожнення шлунка використаного для езофагопластики. Дані робіт із нижчими рівнями доказовості щодо можливих ускладнень пілородренуючих втручань взяті до уваги з метою подальшого їх вивчення в рамках клінічних рандомізованих досліджень.

Ключові слова: рак стравоходу, рак кардіального відділу шлунка із розповсюдженням на стравохід, хірургічне лікування, езофагогастропластика, пілородренуючі втручання.

Використання шлунка як трансплантата резектованого стравоходу у хворих на рак стравоходу та рак кардії із поширенням на стравохід є загальноприйнятою процедурою для відновлення прохідності (цілісності) травного тракту. Така операція складається із мобілізації шлунка вздовж великої та малої кривизни, переміщення трансплантата в ліву плевральну (при операції Осава-Гарлока) чи праву плевральну (при операції Льюїса) порожнини та формування стравохідно-шлункового анастомозу [1, 2].

Мобілізація шлунка та резекція стравоходу супроводжується вимушеною двобічною стовбуровою ваготомією та частковою симпатектомією. Вагальна денервація сповільнює перистальтику кукси шлунка та , особливо, дискоординує відкриття пілоричного сфінктера, що сукупно впливає на швидкість транспорту шлункового вмісту [17, 21, 26]. У клінічній практиці на симптоми, пов'язані зі сповільненням спорожнення шлункового трансплантата, вказують від 50 до 60 % пацієнтів [13, 15, 20]. Серед них особливо маніфестуючими є відчуття швидкого переповнення шлунка та насичення після прийому незначної кількості їжі, тяжкості в грудній порожнині, печії, відрижки, дисфагії [3, 7]. З метою запобігання цим симптомам, а також із метою профілактики аспірації шлункового вмісту до трахеобронхіального дерева, як правило, виконують дренуючі інтраторакальний шлунок операції [5, 14, 18]. Ідея пілороміотомії належить Dragstedt L.R. та Camp E.H (1948) [8], які довели, що після ваготомії, виконаної з метою лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, у 25-30 % прооперованих хворих виникає пілороспазм. Проте необхідність, доцільність пілородренуючих операцій для інтраторакального шлунка, використаного для пластики резектованого стравоходу, залишається нез'ясованою дотепер [3, 10, 11, 18]. Важливість цього питання межує із вирішенням більш глобальної проблеми: наскільки успішно шлунковий трансплантат виконує покладену на нього та передбачувану функцію пасажу їжі у верхніх відділах травного тракту після резекції стравоходу [31, 32].

Попереднє знайомство з літературою, що стосується питання пасажу вмісту інтраторакального шлунка, використаного як трансплантата резектованого стравоходу, вказує на паралельне існування двох, майже зовсім протилежних точок зору: від безумовного прийняття ідеї пілоропластики як елемента езофагогастропластики [6, 12, 22, 27], так і рекомендацій до утримання від виконання цього втручання [9, 16, 24, 25]. Апологети ідеї «за пілоропластику» керуються спостереженням про можливу затримку пасажу вмісту інтраторакального шлунка, і навпаки, противники пілоропластики зауважують про те, що пілоропластика створює умови для виникнення дуоденогастрального жовчного рефлюксу і сприяє змішаному (кислотно-жовчному) гастроезофагеальному рефлюксу.

Так, за даними двох, найбільш повних, оглядів літератури, що базуються на мета-аналізі дев'яти рандомізованих контрольованих досліджень, виконаних у період з 1984 по 1996 рр. [27] та шести рандомізованих контрольованих досліджень з 1986-1996 рр. [6], ідею пілородренуючих операцій після езофагогастропластики було підтримано на підставі відомостей про зменшення частоти непрохідності кукси шлунка та прискорення її спорожнення. Всі інші ускладнення езофагогастропластики (неспроможність швів стравохідно-шлункового анастомозу, аспіраційні пневмонії, післяопераційна летальність), за даними авторів, не відрізнялися в групах пацієнтів з та без пілородренуючих втручань.

Протягом 2007-2011 років опубліковані ще чотири дослідження, результати яких не вказують на доцільність пілороміотомії. Так, M. Lanuti. et al. (2007) [25] порівняли частоту непрохідності кукси шлунка у двох групах пацієнтів після езофагогастропластики: 159 особам пілороміотомія виконана, у 83 - операція не доповнювала-

© І.О. Винниченко, О.І. Винниченко, 2013

лася пілородренуючим втручанням. Автори зробили свої висновки на підставі рентгенологічного обстеження шлунка на 4-7-му післяопераційну добу. Часткова шлункова непрохідність виникла у 37 осіб із 242 (15,3 %), у групі із пілоротомією ускладнення зафіксовано в 9,6 %, у групі без пілороміотомії – 18,2 %, проте статистично різниця виявилася недостовірною. У ранньому післяопераційному періоді 28 пацієнтів потребували ендоскопічного розширення пілоричного каналу, одному - пілоропластики. Ретроспективний аналіз частоти ускладнень не дозволив авторам встановити різницю і щодо респіраторних розладів, пневмонії, тривалості перебування на ліжку серед зазначених груп.

Аналогічно до попередніх авторів D. Palmes et al. (2007) [9] ретроспективно визначили, що частота шлункової непрохідності, недостатності швів анастомозу, летальності в групі I (без пілородренуючої операції, n=46) не відрізняється від групи II (пілороміотомія, n=118) та групи III (пілоропластика, n=34), проте в пацієнтів із груп II та III достовірно частіше визначався біліарний рефлюкс у шлунок та рефлюкс шлункового вмісту до кукси стравоходу. Висновок дослідження - під час езофагогастропластики пілородренуючих операцій потрібно уникати.

Група авторів на чолі із R. Mehran (2011) [23] вивчили функціональні результати у 181 пацієнта, яким виконана мінімально інвазивна (лапаро- та торакоскопічна) езофагогастропластика без пілородренуючих операцій. Ретроспективний аналіз порівняно із групою відкритих операцій показав, що 77 % пацієнтів першої групи були задоволені функціональними результатами втручання, у контрольній групі – 93 %.

N.T. Nguyen et al.(2010) [24] ретроспективно вивчили результати мінімально інвазивної езофагогастропластики у 145 пацієнтів. Один пацієнт (3,2 %) із 31, яким виконана пілоропластика, та п’ять пацієнтів (5,5 %) із 109 без пілоропластики мали симптоми сповільненого спорожнення шлунка; не було суттєвої різниці в обох групах у частоті недостатності швів анастомозу (9,7 % та 9,6 % відповідно). Пацієнтам із частковою шлунковою непрохідністю виконана ендоскопічна балонна дилатація пілоруса чи ін’єкції ботокса. Автори не рекомендують рутинно проводити пілородренуючі операції, обґрунтувавши це тим, що час операції при пілороміотомії подовжується, а функціональні відхилення в післяопераційному періоді можуть бути скориговані консервативними методами.

Базуючись на результатах вищезазначених досліджень чотирьох груп авторів, P.Gaur et S.J.Swanson (2013) [16] роблять не зовсім очевидний, на нашу думку, висновок, що пілородренуючі операції під час езофагогастропластики асоціюються із статистично недостовірним трендом до сповільнення спорожнення шлункової кукси та біліарного рефлюкса. Не відзначено кореляції між пілородренуючими операціями та частотою недостатності швів анастомозу, післяопераційних легеневих ускладнень, тривалістю перебування на ліжку та післяопераційною летальністю. З урахуванням можливих ризиків, пов’язаних із виконанням пілородренуючих операцій, автори не підтримують ідеї рутинного доповнення езофагогастропластики пілоропластикою.

Якими повинні бути підстави для неупередженого дослідника, щоб прийняти чи, навпаки, відкинути ідею пілоропластики як елемента езофагогастропластики? Що взяти за основу для аналізу: позитивний ефект, який досягається пілороміотомією, чи ті ускладнення, які з нею пов’язують? Очевидно, що будь-який вибір із наведених альтернатив буде суб’єктивним, і в подальшому аналізі даних може впливати на кінцевий висновок.

З метою досягнення найбільш оптимального вибору серед чисельних та протилежних даних досліджень у медицині пропонується оцінювати наявну інформацію з точки зору її доказовості. Такий відбір проводять з урахуванням виду (типу) дослідження та рівня очевидності (доказовості) [29]. Загальноприйнятним є наступний розподіл (табл. 1).

Очевидно, що подальший відбір наукових публікацій доцільно проводити саме за рівнем доказовості, звертаючи увагу на ті, які, насамперед, відповідають рівню 1 та 2, і відмовлятися від аналізу робіт із низьким рівнем доказовості.

Стосовно пілороміотомії при езофагогастропластиці в наведених роботах [9, 16, 23, 24, 25]

Таблиця 1

Рівні доказовості інформації

1	Високий рівень доказовості: інформація отримана на підставі як мінімум одного опублікованого систематичного огляду декількох добре структурованих рандомізованих контрольованих досліджень (мета-аналіз)
2	Високий рівень доказовості: базується як мінімум на одному якісно-організованому рандомізованому дослідженні, в який включено достатню кількість пацієнтів у належній клінічній практиці
3	Середній рівень доказовості: інформація отримана за результатами дослідження, в якому не проводилася рандомізація пацієнтів, відсутня контрольна група, аналіз даних проводиться ретроспективно
4	Нижче-середнього рівень доказовості: інформація базується на якісно організованому, проте не експериментальному дослідженні, які проведені в декількох дослідницьких центрах чи групах
5	Низький рівень доказовості: думка авторитетних дослідників, яка базується на клінічних даних, описувальних (descriptive) роботах чи консенсус думок комітету експертів

Таблиця 2

Дані про рандомізовані клінічні дослідження відносно симптомів порушення евакуації з інтраторакального шлунка

Автор,дата, країна	Група пацієнтів	Тип дослідження, рівень доказовості	Дані, що вивчаються	Результати
Urschel J.D. et al., 2002, Канада [27]	Мета-аналіз рандомізованих клінічних досліджень щодо клінічних результатів, 553 пацієнти	Мета-аналіз, рівень 1	1.Смертність: пілоропластика (ПП) проти групи без пілороластики 2.Неспроможність анастомозу 3.Легеневі ускладнення 4.Ускладнення пілороластики 5.Летальна аспірація в трахеобронхіальне дерево 6.Часткова непрохідність пілоричного каналу	1.0,92 (95% CI 0,34-2,44) p=0,77 2.0,90 (95% CI 0,47-1,76) p=0,77 3.0,69 (95% CI 0,42-1,14)p=0,15 4. 2,55 (95% CI 0,34-19,0) p=0,36 5.0,25 (95% CI 0,04-1,6)p=0,14 6.0,18 (95% CI 0,03-0,97) p=0,046
Fok M. et al., 1991, Гонг-Конг [12]	200 хворих після операції Льюїса, група з ПП (100 осіб), група без ПП (100 осіб)	Проспективне рандомізоване клінічне дослідження, рівень 2	1.Смертність 2. Неспроможність анастомозу 3. Легеневі ускладнення 4. Летальна аспірація в трахеобронхіальне дерево 5. Часткова непрохідність пілоричного каналу 6.Загальна кількість ускладнень 7.Час 50% спорожнення шлунка від вмісту 8.Прийом грубої їжі на 2-й тиждень після операції 9. Кількість вжитої їжі на 2-й тиждень після операції 10.Відсутність болю, переповнення шлунка, регургітації	1.4 пацієнти без ПП, 3- у групі ПП 2. по 5- у кожній групі 3.23 - у групі без ПП, 16 - у групі ПП 4.2 - у групі без ПП, 0 - у групі з ПП 5. 13 - у групі без ПП, 0 - у групі з ПП 6. 39 - у групі без ПП, 24 у - групі з ПП (p=0,02) 7.24,3±31,5 хв у групі без ПП, 6,6±7,5 хв у групі ПП (p<0,001) 8.41% у групі без ПП, 65% у групі з ПП (p<0,01) 9.52% у групі без ПП, 73% у групі з ПП (p<0,01) 10. 49% у групі без ПП, 82% у групі з ПП (p<0,01)
Mannell A. et al., 1990, Південно-Африканська Республіка [22]	40 пацієнтів із загрудинною пластикою шлунком група з ПП (20 осіб), група без ПП (20 осіб)	Проспективне рандомізоване клінічне дослідженння, рівень 2	1. Смертність 2. Летальна аспірація в трахеобронхіальне дерево 3.Часткова непрохідність пілоричного каналу	1.3 - у групі без ПП, 1 - у групі з ПП 2. 3 - у групі без ПП, 1 - у групі з ПП 3.9 - у групі без ПП, 1 - у групі з ПП (p=0,0106)
Zieren H.U. et al., 1995, Німеччина [28]	107 пацієнтів із анастомозом на шиї, група з ПП (52 особи), група без ПП (57 осіб)	Проспективне рандомізоване клінічне дослідження, рівень 2	1.Смертність: пілоропластика (ПП) проти групи без пілороластики 2.Неспроможність анастомозу 3.Легеневі ускладнення 4.Летальна аспірація в трахеобронхіальне дерево 5.Часткова непрохідність пілоричного каналу	1. 2 - у групі без ПП, 4 - у групі з ПП 2. 11 - у групі без ПП, 9 - у групі з ПП 3. 8 - у групі без ПП, 5 - у групі з ПП 4. 0 - у групі без ПП, 0 - у групі з ПП 5. 10 - у групі без ПП, 5 - у групі з ПП
Koboyashi A. et al., 1996, Японія [30]	67 хворих після езофагогастропластики, група з ПП (34 особи), група без ПП (33 особи)	Проспективне рандомізоване клінічне дослідження, рівень 2	1.Час спорожнення від їжі 2.Симптоми статусу харчування	1.32,9±37,2 хв у групі без ПП, 19,6±31,0 хв у групі з ПП (p<0,01) 2. Відсутня різниця між обома групами

Таблиця 2 (продовження)

Автор,дата, країна	Група пацієнтів	Тип дослідження, рівень доказовості	Дані, що вивчаються	Результати
Chattopadhyay T.K. et al., 1991, Індія [19]	24 пацієнти, анастомоз на шиї, група з ПП (12 осіб), група без ПП (12 осіб)	Проспективне рандомізоване клінічне дослідження, рівень 2	1. Час спорожнення від їжі 2.Демпінг-синдром 3.Дискомфорт після прийому їжі	1. 370±25 хв у групі без ПП, 161±23 хв у групі з ПП (p<0,01) 2. 1 - у групі без ПП, 2 - у групі з ПП 3. 2 - у групі без ПП, 4 - у групі з ПП
Cheung H.C. et al., 1986, Гонг-Конг [4]	72 пацієнти езофагогастропластика, група з ПП (35 осіб), група без ПП (37 осіб)	Проспективне рандомізоване клінічне дослідження, рівень 2	1.Кількість шлункового аспірату (через зонд) 2. Розтягнення шлунка за даними рентгендослідження 3. Час спорожнення від їжі	1. 266±187 мл у групі без ПП, 170±142 мл у групі з ПППП (p=0,13) 2. 3 - у групі без ПП, 0 - ув групі з ПП 3. 40±38 хв у групі без ПП, 12±9,6 хв у групі у ПП (p<0,01)

(вони мають рівень доказовості 3 та 4), питання ефективності пілородренуючих операцій не було визначальним, і відповідно, симптоми часткової непрохідності пілоруса та пов'язані ускладнення оцінювалися без урахування контрольних даних (контрольної групи). Навпаки, для рандомізованих проспективних досліджень [4, 12, 19, 22, 27, 28, 30] методологічні питання, а саме наявність контрольної та дослідницьких груп, зівставних за основними біологічними параметрами та перебігом хвороби, були базисними, а отримання відповіді про ефективність пілородренуючих втручань – основним у дослідженні, що визначало і вибір методик обстеження, які були адекватними до визначеної мети.

Для забезпечення повноти пошуку наявних у світовій літературі публікацій із обговорюваного питання ми провели пошук у системі Medline за ключовими словами «езофагогастропластика = esophagogastrostomy», «пілородренуючі операції = pyloric drainage procedure» та «функціональні клінічні результати =functional clinical outcomes» за 30-річний період (з липня 1983 року по липень 2013 року) та отримали 220 наукових праць. Таких, що відповідає рівню доказовості 1, виявилась одна робота [27] , рівню доказовості 2 – шість робіт [4, 12, 19, 22, 28, 30]. Подальший аналіз ефективності пілородренуючих операцій проводився стосовно цих досліджень, основні дані наведені в таблиці 2.

Таким чином, можна констатувати, що у всіх опублікованих роботах із рівнем доказовості 1 та 2, де езофагогастропластика застосовується як стандартна операція, існуюче протиріччя щодо виконання чи не виконання пілородренуючих операцій вирішується на підставі: а) оцінки частоти часткової непрохідності пілоричного каналу в ранньому післяопераційному періоді; б) частоти пов'язаних із ним аспірацій до трахеобронхіального дерева; в) часу спорожнення від їжі в ранній і більш віддалені періоди (від трьох до шести місяців після операції). Так, у мета-аналізі J.D. Urschel et al.(2002) [27] показано, що пілородренуючі процедури під час езофагогастропластики сприяють зменшенню частоти часткової непрохідності пілоричного каналу, і ця різниця є статистично достовірною в групах із пілоропластикою та без пілоропластики. У найбільшому рандомізованому клінічному дослідженні M.Fok et al. (1991) [12] у 13 пацієнтів у групі без пілоропластики розвинулися симптоми часткової непрохідності пілоричного каналу порівняно із цілковитою відсутністю цих симптомів у групі пацієнтів із пілородренуючими втручаннями. Окрім того, час спорожнення інтраторакального шлунка від вмісту також статистично достовірно відрізнявся в контрольній та досліджуваній групах. Невелика різниця в кількості специфічних ускладнень в обох групах не дозволила дослідникам на чолі із H.U. Zieren (1995) [28] дійти висновку щодо доцільності пілоропластики. Важливим спостереженням у тих дослідженнях, де проводилася фіксація часу спорожнення шлунка від вмісту в різні проміжки післяопераційного періоду [4, 19, 30], відзначено статистичну достовірність між групами з та без пілородренуючих втручань: затримка була меншою у пацієнтів із пілоропластикою. Частота ускладнень, пов'язаних безпосередньо із пілородренуючими втручаннями, була на рівні 13-14 % [27]. Залишилися нез'ясованими закономірності та залежність від виконання пілородренуючих втручань розвитку таких ускладнень та станів, як частота неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу, демпінг синдрому, аспіраційних симптомів, статусу харчування в різні періоди після операції.

Однією із методологічних проблем, з якою стикаються дослідники і лікарі практичної медицини, є те, що існуючі дані щодо якоїсь медичної проблеми можуть бути не найвищої якості з точки зору доказової медицини.

Розсудливе та точне використання найбільш достовірних доказів, які накопичила медична наука та практика, є тим шляхом, який покладений в основу доказової медицини.

Література

1. Ганул В.Л. Рак пищевода: Руководство для онкологов и хирургов / В.Л. Ганул, С.И. Киркилевский. – К.: Книга Плюс, 2003. – 200 с.
2. Давыдов М.И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. – М.: Практическая медицина, 2007. – 392 с.
3. Balloon dilatation of the pylorus for delayed gastric emptying after esophagectomy / J.H. Kim, H.S. Lee, M.S. Kim [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2008. – Vol. 33, № 6. – P. 1105-1111.
4. Cheung H.C. Is pyloroplasty necessary in esophageal replacement by stomach? A prospective, randomized controlled trial / H.C. Cheung, K.F. Siu, J. Wong // Surgery. – 1987. – Vol. 102. – P. 19-24.
5. Circular stapled pyloroplasty: a fast and effective technique for pyloric disruption during esophagectomy with gastric pull-up / A. Oezcelik, S.R. DeMeester, K. Hindoyan [et al.] // Dis. Esophagus. – 2011. – Vol. 24, № 6. – P. 423-429.
6. Does pyloroplasty following esophagectomy improve early clinical outcomes? / O.A. Khan, J. Manners, A. Rengarajan [et al.] // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2007. – Vol. 6. – P. 247-250.
7. Donington J.S. Functional conduit disorders after esophagectomy / J.S. Donington // Thorac. Surg. Clin. – 2006. – Vol. 16, № 1. – P. 53-62.
8. Dragstedt L.R. Follow-up of gastric vagotomy alone in the treatment of peptic ulcer / L.R. Dragstedt, E.H. Camp // Gastroenterology. – 1948. – Vol. 11, № 4. – P. 460-465.
9. Effect of pyloric drainage procedures on gastric passage and bile reflux after esophagectomy with gastric conduit reconstruction / D. Palmes, M. Weilinghoff, M. Colombo-Benkmann [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. – 2007. – Vol. 392. – P. 135-141.
10. Electrostimulation for intractable delayed emptying of intrathoracic stomach after esophagectomy / J.R. Salameh, G.M. Aru, W. Bolton [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2008. – Vol. 85, № 4. – P. 1417-1419.
11. Endoscopic pyloric balloon dilatation obviates the need for pyloroplasty at esophagectomy / E.W. Swanson, S.J. Swanson, R.S. Swanson // Surg. Endosc. – 2012. – Vol. 26. – P. 2023-2028.
12. Fok M. Pyloroplasty versus no drainage in gastric replacement of the esophagus / M. Fok, S.W. Cheng, J. Wong // Am. J. Surg. – 1991. – Vol. 162, № 5. – P. 447-452.
13. Functional disorders and quality of life after esophagectomy and gastric tube reconstruction for cancer / T. Poghosyan, S. Gaujoux, M. Chirica [et al.] // J. Visc. Surg. – 2011. – Vol. 148, № 5. – P. 327-335.
14. Gastric motor activity in gastric pull-up esophagectomized patients with and without reflux symptoms / T. Nakabayashi, E. Mochiki, Kamiyama Y. [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2012. – Vol. 94. – P. 1114-1117.
15. Gastroplasty: yes or no to gastric drainage procedure / T. Lerut, W. Coosemans, P. De Leyn [et al.] // Dis. Esophagus. – 2001. – Vol. 14. – P. 173-177.
16. Gaur P. Should we continue to drain the pylorus in patients undergoing an esophagectomy? / P. Gaur, S.J. Swanson // Dis. Esophagus. – 2011. – Vol. 24. – P. 147-152.
17. Intrathoracic gastric emptying of solid food after esophagectomy for esophageal cancer / H.S. Lee, M.S. Kim, J.M. Lee [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2005. – Vol. 80, № 2. – P. 443-447.
18. Is botulinum toxin injection of the pylorus during Ivor Lewis [corrected] esophagogastrectomy the optimal drainage strategy? / R.J. Cerfolio , A.S. Bryant, C.L. Canon [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2009. – Vol. 137, № 3. – P. 565-572.
19. Is pyloroplasty necessary following intrathoracic transposition of stomach? Results of prospective clinical study / T.K. Chattopadhyay, S. Gupta, A.K. Padhy [et al.] // Aust. NZ. J. Surg. – 1991. – Vol. 61. – P. 366-369.
20. Long-term survivors of esophageal cancer: disease-specific quality of life, general health and complications / I. Gockel, U. Gönner, M. Domeyer [et al.] // J. Surg. Oncol. – 2010. – Vol. 102, № 5. – P. 516-522.
21. Management of delayed gastric emptying after esophagectomy with endoscopic balloon dilatation of the pylorus / M. Lanuti, P.E. DeDelva, C.R. Morse // Ann. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 91, № 4. – P. 1019-1024.
22. Mannell A. Role of pyloroplasty in the retrosternal stomach: result of a propetive, randomized, controlled trial / A. Mannell, A. McKnight, J. D.Essser // Brit. J. Surg. – 1990. – Vol. 77, № 1. – P. 57-59.
23. Minimally invasive esophagectomy versus open esophagectomy, a symptom assessment study / R. Mehran, D. Rice, R. El-Zein [et al.] // Dis. Esophagus. – 2011. – Vol. 24. – P. 147-152.
24. Outcomes of minimally invasive esophagectomy without pyloroplasty:analysis of 109 cases / N.T. Nguyen, C. Dholakia, X.M. Nguyen [et al.] // Am. Surg. – 2010. – Vol. 76. – P. 1135-1138.
25. Post-esophagectomygastric outlet obstruction: role of pyloromyotomy and managementwith endoscopic pyloric dilatation / M. Lanuti, P.E. de Delva, C.D. Wright [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2007. – Vol. 31. – P. 149-153.
26. Prevention of delayed gastric emptying after esophagectomy: a single center's experience with botulinum toxin / J.T. Martin, J.A. Federico, A.A. McKelvey [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2009. – Vol. 87, № 6. – P. 1708-1713.
27. Pyloric drainage (pyloroplasty) or no drainage in gastric reconstruction after esophagectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials / J.D. Urschel, C.J. Blewett, J.E. Young [et al.] // Dig. Surg. – 2002. – Vol. 19. – P. 160-164.
28. Should a pyloroplasty be carried out in stomach transposition after subtotal esophagectomy with esophago-gastric anastomosis at the neck? A prospective randomized study / H.U. Zieren, J.M. Muller, C.A. Jaobbi [et al.] // Chirurg. – 1995. – Vol. 66, № 4. – P. 319-325.
29. Towards evidence-based medicine in cardio-thoracic surgery: best BETS / J. Dunning, B. Prendergast, K. Mackway-Jones // Interactive Cardiovasc. Thoracic Surgery. – 2003. – Vol. 2. – P. 405-409.
30. The efficacy of pyloroplasty affecting to oral-intake quality of life using reconstruction with gastric tube post esophagectomy / A. Kobayashi, H. Ide, R. Eguchi [et al.] // Nihon Kyobu Geka Gakkai Zashi. – 1996. – Vol. 44, № 6. – P. 770-778.
31. The esophageal remnant after gastric interposition / X.B. D'Journo, J. Martin, P. Ferraro [et al.] //Dis. Esophagus. – 2008. – Vol. 21. – P. 377-388.
32. Velanovich V. Esophagogastrectomy without pyloroplasty / V. Velanovich // Dis. Esophagus. – 2003. – Vol. 16. – P. 243-245.

ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАТИКА И ПИЛОРОДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

И.А. Винниченко, А.И. Винниченко

Резюме. Выполнен обзор литературы с использованием поисковых инструментов Medline глубиной 30 лет (1983-2013) по ключевым словам «эзофагогастропластика» и «пилородренирующие операции» для определения работ с наивысшим уровнем доказательности (1 и 2). Дальнейший анализ этих работ показал, что пилородренирующие операции после эзофагогастропластики являются обязательным компонентом вмешательства, поскольку обеспечивают более адекватное опорожнение культи желудка, использованного для пластики резецированного пищевода. Данные работ с более низким уровнем доказательности о наличии осложнений, связанных с пилородренирующими операциями, могут быть предметом изучения в клинических рандомизированных исследованиях.

Ключевые слова: рак пищевода, кардиоэзофагеальный рак, хирургичекое лечение, эзофагогастропластика, пилородренирующие операции.

ESOPHAGEAL AND GASTROESOPHAGEAL JUNCTION CARCINOMA: ESOPHAGOGASTROPLASTY AND PYLORIC DRAINAGE PROCEDURES FROM THE EVIDENCE-BASED MEDICINE TERMS

I.O. Vynnychenko, O.I. Vynnychenko

Abstract. A review of the literature using Medline search tools for a period of 30 years (1983-2013) with key words "esophagogastroplasty" and "pyloric drainage procedures" has been performed in order to determine the publications with the highest level of evidence (1 and 2). Further analysis of these studies showed that pyloric draining operations after ezophagogastroplasty are an essential component of intervention, as they provide a more adequate emptying of the stomach stump used for resected esophagus plasty. The works with a lower level of evidence of the presence of complications related to pyloric drainage procedures could be a subject of study in randomized clinical trials.

Key words: esophageal carcinoma, gastroesophageal junction carcinoma, surgical treatment, esophagogastroplasty, pyloric drainage procedures

Medical Institute of Sumy State University

Рецензент – проф. О.І. Іващук

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 179-184

Надійшла до редакції 14.10.2013 року

© І.О. Винниченко, О.І. Винниченко, 2013

УДК 618.39-06:616.24-07

В.В. Гарбузюк, С.П. Польова, В.П. Гарбузюк[1]

ПРОБЛЕМА ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
[1]Хмельницька міська лікарня

Резюме. У статті наведені дані щодо передчасних пологів у жінок, хворих на туберкульоз легень. Показано підвищення частоти вказаної патології серед вагітних як за активних, так і за хронічних форм туберкульозного процесу. Встановлено, що за наявності туберкульозу в кожної другої пацієнтки трапляються передчасні пологи.

Ключові слова: передчасні пологи, туберкульоз, діагностика.

Зниження перинатальної захворюваності і смертності у вагітних, хворих на туберкульоз (ТБ) легень, – головна медична проблема в умовах епідемії ТБ в Україні [6, 14, 15, 18, 23]. Надзвичайно актуальним як для науки, так і для практичного акушерства є вивчення чинників ризику порушень стану плода на тлі туберкульозного ураження матері, а також пошук шляхів профілактики та лікування ускладнень вагітності, зумовлених туберкульозною інфекцією [2, 3, 5, 9, 10, 13].

Ускладнені пологи спостерігаються в 36-60 % породіль, хворих на ТБ легень: передчасне виливання навколоплідних вод (48,2 %), передчасні пологи (51,2 %), гіпотонічні кровотечі в послідовому і ранньому післяпологовому періодах (15 %), аномалії пологової діяльності (14,8 %) тощо [1, 2, 3, 4, 22, 26, 27].

Проблема передчасних пологів (ПП) за наявності туберкульозу в жінок за своєю актуальністю посідає одне з провідних місць в акушерстві і міс-

© В.В. Гарбузюк, С.П. Польова, В.П. Гарбузюк, 2013