

*Заря Н.А.*

## **ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

*Научный руководитель: д-р мед.наук, проф. Гончарик И.И.*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Гастрэктомия – хирургическая операция, подразумевающая полное удаление желудка с образованием пищеводно-кишечного анастомоза. Эта операция применяется в большинстве случаев для радикального лечения злокачественных новообразований желудка. Гастрэктомия приводит к развитию ряда выраженных органических и функциональных нарушений, которые значительно снижают качество жизни пациентов.

**Цель:** изучить и проанализировать основные проявления постгастрэктомического синдрома и сравнить степень их выраженности с нарушениями после резекции желудка.

**Материалы и методы.** Проанализированы собранные жалобы, анамнез заболевания и результаты лабораторно-инструментальных исследований пациента (мужчина, 52 года, 5 лет после гастрэктомии), а также материалы 5 историй болезни пациентов, перенесших гастрэктомию (3 мужчины и 2 женщины, от 1,5 до 12 лет после операции), и 4 историй болезни пациентов, перенесших резекцию желудка.

**Результаты и их обсуждение.** Из органических нарушений у 3 пациентов встречался хронический анастомозит. Функциональные расстройства обусловлены новыми анатомо-физиологическими взаимоотношениями, возникающими после удаления желудка. Постгастрэктомический дефицит массы тела имеют 4 пациента, у двух пациентов - выраженный дефицит массы тела (ИМТ - 15,6). Среднее значение ИМТ 6 пациентов – 17,35. Все пациенты предъявляли жалобы на общую слабость и снижение аппетита. Все пациенты являются инвалидами 2 группы. У 2 пациентов среди сопутствующих заболеваний указана ЖКБ, что может быть результатом нарушения рефлексорной регуляции желчеотделения после удаления желудка и выключения пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке. Анемия после удаления желудка возникает в результате отсутствия внутреннего фактора Касла, способствующего всасыванию витамина В12, и снижения всасывания железа. У всех пациентов была выявлена анемия разной степени тяжести: 3 из них имели нормохромную анемию легкой степени, 2 – мегалобластическую гиперхромную анемию, 1 – анемию средней степени тяжести (железо- и В12-дефицитную). Жалобы на рефлюкс-эзофагит указаны у 3 пациентов. Среди рассмотренных историй болезни ранний демпинг-синдром был указан у 1 пациентки. Среди пациентов, перенесших резекцию желудка, дефицит массы тела был у 1 пациента (ИМТ = 16,1), у двух пациентов выявлена избыточная масса тела. Это говорит о том, что астенизация и снижение трудоспособности после резекции желудка выражены слабее, чем после гастрэктомии. Анемия различной степени была выявлена у всех пациентов, перенесших резекцию желудка. Это значит, что выраженность анемии у пациентов, перенесших гастрэктомию и резекцию желудка, существенно не отличается в результате пожизненного парентерального введения витамина В12 после гастрэктомии. У 2 пациентов отмечается наличие гастрита культи желудка.

**Выводы.** У всех пациентов, упомянутых в этом исследовании, в той или иной мере был выражен постгастрэктомический синдром. Наиболее распространенными нарушениями были постгастрэктомическое истощение (у 5 из 6 пациентов) и постгастрэктомическая анемия (у всех пациентов разной степени тяжести), реже встречались жалобы на рефлюкс-эзофагит и демпинг-синдром. Однако выраженность этих расстройств можно уменьшить, если перенесший гастрэктомию пациент будет следовать определенному режиму питания и жизнедеятельности, а также постоянно в течение жизни получать в необходимые нутриенты и факторы в достаточном количестве при измененной структуре и физиологии пищеварительного тракта после удаления желудка.