

© Т.Ш.Моргошия, А.В.Гуляев, 2006
УДК 616.33-006.6-089.86-031:616.33:611.342

Т.Ш.Моргошия, А.В.Гуляев

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Клиника опухолей желудочно-кишечного тракта (зав. — проф. Н.Н.Симонов) ГУН Научно-исследовательского института онкологии им. проф. Н.Н.Петрова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Ключевые слова: рак желудка, операция по Бильрот-I, результаты хирургического лечения.

Введение. Рак желудка по-прежнему остается одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний в мире, хотя частота его в последние десятилетия стала снижаться. В последнее время в России ежегодно учитывается примерно 48,8 тыс. новых случаев рака желудка, что составляет немногим более 11% от всех злокачественных опухолей [5]. К сожалению, отдаленные результаты лечения рака желудка и в настоящее время остаются неудовлетворенными, так как более чем у 75% первично выявленных больных заболевание регистрируется в III–IV стадиях [11], а показатели 5-летней выживаемости после радикальных вмешательств в большинстве клиник не превышают 26,5–56% [8, 12–15].

Большинство авторов рекомендуют после резекции желудка восстанавливать, по возможности, естественные анатомические взаимоотношения, что обеспечивает лучшие функциональные результаты [4, 6, 16, 18]. В то же время многие отдают предпочтение второму способу Бильрота, при этом часть из них являются убежденными противниками резекции желудка по методике Бильрот-I при раке [10]. Вышеупомянутое положение привело к тому, что операция по Бильрот-I применяется в основном при лечении доброкачественных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, реже при небольших опухолях выходного отдела желудка [14, 19]. В то же время общеизвестно, что это вмешательство сопровождается меньшим количеством постгастрорезекционных осложнений, чем резекция желудка по Бильрот-II [1, 6].

Следует подчеркнуть, что часть радикально оперированных пациентов по поводу рака же-

лудка становятся инвалидами по причине последствий обширных, травматичных резекций. Это так называемые болезни оперированного желудка: демпинг-синдром, синдром приводящей петли, рефлюкс-гастрит и др., которые заметно снижают качество жизни больных, ухудшают энергетический обмен и иммунную защиту, тем самым увеличивая риск возникновения рецидива опухоли [1, 2, 4, 6, 12, 14].

Более выгодной в функциональном отношении операцией является субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот-I, которая, тем не менее, применяется ограниченно в онкологической практике. Существенным аргументом в пользу реконструкции пищеварительного тракта по методике Бильрот-I, особенно при выполнении антирефлюксного анастомоза, является возможность снижения дуоденогастрального заброса, профилактика демпинг-синдрома, исключение таких осложнений, как несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, синдром приводящей петли, перегибы отводящей и приводящей петель и т.д., характерных только для способа Бильрот-II.

Современная концепция терапии злокачественных новообразований предъявляет серьезные требования не только к онкологической эффективности проводимого лечения, но и к улучшению функциональных результатов, обуславливающих качество жизни пациентов. Следуя этим положениям, в хирургии рака желудка постоянно разрабатываются новые методики, ориентированные на улучшение онкологических показателей, а также на снижение частоты симптомов болезни оперированного желудка [6, 8, 12].

Таким образом, в наши дни выбор оперативного пособия при дистальном раке желудка и профилактика функциональных нарушений

пищеварительного тракта продолжает оставаться нерешенной проблемой.

Задачей нашего исследования явилась оценка эффективности операции по Бильрот-I в онкологической практике за 20 лет в условиях одного учреждения.

Материал и методы. В нашей клинике за 20 лет (1982–2002 гг.) были оперированы 260 больных раком желудка по методике Бильрот-I. Лекарственное лечение и лучевую терапию мы не использовали. Принципиально считаем, что при гистологически доказанной карциноме желудка можно применять только два типа операций — субтотальную резекцию (проксимальную или дистальную) и гастрэктомию. В настоящем исследовании всем больным выполнены субтотальные дистальные резекции желудка с формированием гастродуоденального анастомоза «конец в конец». Возраст больных колебался от 31 года до 82 лет. Однако 77,3% пациентов относились к возрастной группе 50 лет и старше. Распределение больных по стадиям опухолевого процесса: IA — 51 (19,6%), IB — 32 (12,3%), II — 102 (39,2%), IIIA — 60 (23,0%), IIIB — 8 (3,0%) и IV — 7 (2,9%). Необходимо отметить, что доля пациентов с I и II стадиями заболевания достаточно велика (около 70%). Безусловно, хирургическое лечение на ранних стадиях рака желудка в основном и определяет длительность жизни пациентов после операции. Здесь следует подчеркнуть и значимость таких показателей, как поражение регионарных лимфатических узлов, прорастание серозной оболочки желудка, возраст больных, морфологическое строение опухоли и т.д. Подавляющую часть (91,5%) новообразований желудка составляли аденокарциномы и перстневидноклеточный рак. У всех оперированных пациентов диагноз рака морфологически верифицирован. Установлено, что у подавляющего большинства пациентов карцинома локализовалась в области угла и нижней трети желудка. У 57,7% больных выявлены экзофитные формы опухолей. Особенно часто среди них выявлен изъязвленный рак (у 74,9%), который в общей структуре всех новообразований составил 41,7%, что соответствует данным И.В. Василенко и соавт. [3]. Изучая вопрос о регионарном метастазировании опухоли в зависимости от макроскопической формы роста, следует отметить, что метастазы в регионарных лимфатических узлах выявлялись при эндофитном росте опухоли у 63,6% больных.

Результаты и обсуждение. Из 260 больных, оперированных по первому способу Бильрота-I, умерли 7 пациентов, т. е. послеоперационная летальность составила 2,7%. У 6 больных смерть наступила от перитонита, а один пациент умер от кровотечения из культи желудка, развившегося на 11-е сутки после вмешательства. Причиной перитонита у 4 (1,5%) больных явилась недостаточность гастродуоденального анастомоза, а у 2 — констатирована перфорация острой язвы двенадцатиперстной кишки дистальнее соустья.

Сведения о непосредственных исходах вмешательств у больных раком желудка представлены в табл. 1.

Различные осложнения в послеоперационном периоде возникли у 89 больных, что соста-

Таблица 1

Непосредственные результаты после операций по методике Бильрот-I

Результат	Число операций (n=260)	
	Абс.	%
Выписаны	253	97,3
Частота осложнений	89	34,2
Умерли	7	2,7
Всего	260	100,0

вило 34,2%. Эти данные согласуются с обобщенными материалами S. Gunnlangsson и соавт. [17], основанных на анализе 193 (31%) больных. Наиболее грозным осложнением явилась недостаточность швов анастомоза. Нами установлено, что ее частота была 1,5%, что соответствует литературным данным.

С целью профилактики недостаточности соустья нами был разработан и внедрен в практику способ укрепления гастродуоденального анастомоза (патент на изобретение № 2223051) [7]. Метод был применен у 20 пациентов, осложнений со стороны анастомоза не встретилось ни разу.

Сущность способа заключается в следующем: после рассечения круглой связки печени в средней трети между жимами Микулича лигируют проксимальный отрезок связки. Затем укрывают дистальной частью круглой связки печени зону соустья и накладывают Z-образные швы на верхний край дистального отдела круглой связки с захватом серозной оболочки стенки культи желудка, отступив от линии швов анастомоза на 2,0–2,5 см, при этом вкол и выкол делают вдоль гастродуоденального соустья. Следующим этапом накладывают Z-образные швы на нижний край круглой связки с захватом серозной оболочки двенадцатиперстной кишки, отступив от фиксирующих соустья лигатур на 1,5–2 см, вкол и выкол делают вдоль анастомоза и прочно фиксируют круглую связку печени к горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. В результате этого однородные ткани плотно прилегают друг к другу, и гастродуоденальное соустье оказывается надежно перитонизированным фиброзным тяжем.

В последние годы мы стали выполнять лимфодиссекцию в объеме D2 в соответствии с обозначением групп лимфатических узлов согласно Japanese Gastric Cancer Association (1998). У 9 пациентов субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот-I сочеталась с радикальной лимфодиссекцией D2. Осложнений и летальных исходов во время выполнения расширенных вмешательств не было.

Анализируя выживаемость больных с карциномой желудка после операции по Бильрот-I, следует отметить, что отдаленные результаты были изучены у 215 (82,7%) пациентов в сроки от 1 до 10 лет. Расчет выживаемости производился актуальным (динамическим) методом с

Таблица 2
Выживаемость больных после резекций желудка
по Бильрот-I ($M \pm m$)

Срок наблюдения	% к числу оперированных (n=260)	% к числу выписанных (n=253)	% к числу прослеженных (n=215)
1 год	81,1 $\pm$ 2,4	83,4 $\pm$ 2,3	98,1 $\pm$ 0,9
3 года	65,8 $\pm$ 2,9	67,6 $\pm$ 2,9	79,5 $\pm$ 2,7
5 лет	53,8 $\pm$ 3,1	55,3 $\pm$ 3,1	65,1 $\pm$ 3,2
10 лет	20,4 $\pm$ 2,5	20,9 $\pm$ 2,5	24,7 $\pm$ 2,9

учетом летальных исходов непосредственно после операции (табл. 2).

Целесообразно отметить, что при отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах у пациентов 5-летняя выживаемость составила 75,7%, тогда как при их наличии — 31% ($p < 0,05$). Пятилетняя выживаемость пациентов после комбинированных вмешательств по методике Бильрот-I ($n=17$) составила 50,3%. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что наши данные согласуются с показателями литературных источников.

С целью изучения радикальности операции были подвергнуты гистологическому исследованию срезы по линии резекции желудка у 260 больных. Хотя обнаружение опухолевых элементов по линии резекции не является абсолютным условием для возникновения местного рецидива, в определенной мере этот фактор отражает правильность выбора объема операции и показаний к тому или иному способу вмешательства. В этом отношении важно, что по сводной статистике 41 отечественного и зарубежного автора, приведенной в монографии Н.Н. Блохина и соавт. [2], специально посвященной вопросам рецидива рака желудка, частота обнаружения раковых клеток по линии резекции составила 14,5%. После операции по Бильрот-I опухолевые элементы по дистальной линии резекции были обнаружены у 5 (1,9%) пациентов. Поражения проксимальной линии отмечено не было. Все больные с пораженной дистальной линией резекции были с III стадией заболевания. Опухоли локализовались в пилороантральном отделе и по макроскопическому типу были изъязвленные карциномы (у 3) и у 1 — бляшковидный рак, а по гистологическому — низкодифференцированные аденокарциномы (у 3) и у 1 — перстневидноклеточный рак. Резекция у всех пациентов была произведена на 1,5–2 см ниже привратника. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Общеизвестно, что наиболее часто постгастрорезекционные синдромы развиваются у больных, оперированных по Бильрот-II. Функцио-

нальные результаты проведенных операций оценивали на основании анализа данных специально составленных анкет у 122 (46,9%) оперированных пациентов. Результаты исследования оценивали по 3-балльной системе: хорошие, удовлетворительные, плохие. Для оценки степени тяжести демпинг-синдрома пользовались классификацией А.А. Шалимова [13], в которой выделяется по клиническому течению легкая, средняя и тяжелая степени заболевания. Частота развития демпинг-синдрома после операции по Бильрот-I составила 12,3%.

В последние годы для повышения качества жизни пациентов, оперированных по методике Бильрот-I, нами предложен антирефлюксный анастомоз (способ профилактики рефлюкс-гастрита и демпинг-синдрома после субтотальной дистальной резекции желудка по методике Бильрот-I) [9].

Суть разработанного нами способа заключается в том, что после мобилизации косо пересекают двенадцатиперстную кишку, затем резецируют желудок в проксимальной его части с косым сечением по большой кривизне и удаляют макропрепарат, формируют гастродуоденальный анастомоз, при этом после первого ряда швов передней стенки соустья накладывают 2 серозно-мышечных узловых шва у латерального края гастродуоденального анастомоза на расстоянии 1,5 см проксимальнее соустья, которые подшивают к стенке двенадцатиперстной кишки на 0,5 см дистальнее линии анастомоза, вкол и выкол производят поперек соустья. В результате этого создается «клапан» из слизистой оболочки стенки желудка и реализуется феномен «чернильницы», препятствующий рефлюксу дуоденального содержимого и ускоренной эвакуации пищи из культи желудка.

Выводы. 1. Невысокая послеоперационная летальность в группе больных с гастродуоденальным анастомозом (2,7%) создает условия для расширения границ применения Бильрота-I у больных раком дистального отдела желудка.

2. 5-летняя выживаемость по отношению к прослеженным пациентам после резекции желудка по Бильрот-I составила 65,1%, а 10-летняя — 24,7%, что соответствует общепризнанным литературным данным.

3. Использование терминотерминального гастродуоденального анастомоза при выполнении субтотальной резекции желудка при раке следует считать оправданным, так как сохранение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке позволяет в значительной мере улучшить

функциональные результаты и качество жизни пациентов, обеспечивая в то же время необходимую радикальность операции и хороший непосредственный исход.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Андрианов В.А., Черноусов А.Ф., Воронов М.Е., Шестаков А.Л. Результаты субтотальной резекции желудка по Бильрот-I при раке // Вопросы реконструкции и восстановительной хирургии: Материалы респ. конференции (12–13 октября 1994 г.).—Ташкент, 1994.—С. 83–84.
2. Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотников В.И. Рецидивы рака желудка.—М.: Медицина, 1981.—160 с.
3. Василенко И.В., Садчиков В.Д., Галахин К.А. и др. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз.—Киев: Книга Плюс, 2001.—232 с.
4. Гуляев А.В., Симонов Н.Н. Моргошия Т.Ш. 20-летний опыт хирургического лечения рака дистального отдела желудка // VI Ежегодная Российская онкол. конф.: Тезисы докл.—М., 2002.—С. 153.
5. Мерабишвили В.М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне // Практ. онкол.—2001.—№ 3 (7).—С. 3–8.
6. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы // Вестн. хир.—2002.—№ 1.—С. 23–28.
7. Моргошия Т.Ш., Гуляев А.В. Способ укрепления гастродуоденального анастомоза (Российское агентство по патентам и товарным знакам. Федеральный институт промышленной собственности): Патент на изобретение № 2223051 (приоритет изобретения 04.02.2003 г.).
8. Моргошия Т.Ш., Гуляев А.В., Симонов Н.Н. Сравнительные аспекты радикальных вмешательств по Бильрот-I и Бильрот-II при хирургическом лечении рака желудка // Актуальные вопросы клинической анатомии и оперативной хирургии: Материалы 3-й Всероссийской конференции с международным участием.—СПб., 2003.—С. 147–150.
9. Моргошия Т.Ш., Гуляев А.В., Цикоридзе М.Ю. Способ профилактики рефлюкс-гастрита и демпинг-синдрома после субтотальной дистальной резекции желудка по методике Бильрот-I. (Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам): Патент на изобретение № 2254069 (приоритет изобретения 07.10.2003 г.).
10. Русанов А.А. Рак желудка.—М.: Медицина, 1979.—230 с.
11. Симонов Н.Н., Гуляев А.В., Правосудов И.В. и др. Приоритетные направления и перспективы в лечении рака желудка // Вопр. онкол.—1998.—№ 2.—С. 246–250.
12. Слесаренко С.С., Гришко А.Б. Эффективность субтотальной дистальной резекции желудка в модификации Бильрот-I при раке // Акт. проблемы хирургии: Сборник научных трудов Всероссийской научной конф.—Ростов н/Д, 1998.—С. 227.
13. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта.—Киев: Здоровье, 1987.—568 с.
14. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению.—Киев: Книга Плюс, 2000.—227 с.
15. Щепотин И.Б., Югринов О.Г., Галахин К.А. и др. Десятилетние результаты применения предоперационной суперселективной внутриартериальной химиотерапии в комбинированном и паллиативном лечении рака желудка // Практ. онкол.—2001.—№ 3 (7).—С. 67–71.
16. D'Amato A., Montesani C., Cristaldi M. et al. Restoration of digestive continuity after subtotal gastrectomy: comparison of the methods of Billroth-I, Billroth-II and roux en Y. Randomized prospective study // Ann. Ital. Chir.—1999.—Vol. 70, № 1.—P. 51–56.
17. Gunnlangsson S., Smith A., Gudbjartsson T. et al. Gastric cancer in Iceland. What is the current status? Survival of 193 patients operated on for cure, 1980–1995 // Ann. Chir. Gynaecol.—2000.—Vol. 89, № 4.—P. 262–267.
18. Nakane Y., Kanbara T., Michiura T. et al. Billroth-I gastrectomy using a circular stapler to treat gastric cancer // Surg. Today.—2001.—Vol. 31, № 1.—P. 90–92.
19. Tomita R., Fujisaki S., Tanjoh K. et al. Relationship between gastroduodenal interdigestive migrating motor complex and quality of life in patients with distal subtotal gastrectomy for early gastric cancer // Int. Surg.—2000.—Vol. 85, № 2.—P. 118–123.

Поступила в редакцию 25.11.2005 г.

T.Sh.Morgoshiya, A.V.Gulyaev

ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF GASTRO-DUODENAL ANASTOMOSIS IN THE SURGERY OF GASTRIC CANCER

An analysis of results of surgical treatment was made on the basis of experiences of performing 260 operations with gastroduodenal anastomosis for distal gastric cancer under conditions of the same hospital for 20 years. Postoperative lethality was 2.69%. Different complications after surgery were noted in 34.2% of the patients. Dumping syndrome after Billroth-I operations developed in 12.3%. The 5 and 10 year survival after operations among 215 followed-up patients was 65.1% and 24.7% respectively. Original methods of operations were developed and introduced into practice for the improvement of immediate and long-term functional results of the surgery on the stomach.