

ной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1997.

3. Кукош М.В., Власов А.П., Разумовский Н.К. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста. – Н. Новгород, 2002.

4. Лобанков В.М. // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.

5. Мартынов В.Л., Измайлов С.Г., Ильченко В.П. и др. // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 20–23.

6. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н. и др. // Вестн. хир. – 2005. – Т. 164. – № 6. – С. 74–77.

7. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.В., Кузеев Е.А. // Хирургия. – 2003. – №3. – С. 43–49.

8. Репин В.Н., Репин М.В. // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 33–37.

9. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. и др. // Хирургия. – 2001. – №3. – С. 4–7.

10. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 29–32.

11. Хаджибаев А.М., Мехманов А.М., Бакиров Д.Б. и др. // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 25–28.

12. Cotirlet A., Ivan I. // Chirurgia (Bucur). – 1996. – Vol. 45. – P. 39–40.

13. Doberneck R.C. // Am. J. Surg. – 1993. – Vol. 59. – P. 472–474.

14. Kang J.Y., Elders A., Majeed A. et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol. 24. – P. 65–79.

Поступила 27.02.07.

STOMACH RESECTION IN URGENT SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED PYLORODUODENAL ULCERS

N.A. Nikitin, T.P. Korshunova, A.A. Goloviznin, P.S. Bakulin, M.A. Onuchin

Summary

The results of stomach resection in emergency surgery in 210 patients combined with complicated pyloroduodenal ulcers by using an individualized surgical tactic were analysed. This tactic included intraoperative diagnosis and a reasonable correction of chronic disorders of duodenal passability, choice of gastric resection method depending on the presence of these disorders, evaluation of difficulty category for mobilization of the pyloroduodenal zone for choosing the gastric resection type and an optimal method of duodenal stump formation. Usage of the proposed tactic made it possible to decrease the amount of early postoperative complications twice, decrease postoperative mortality by 3,7 times and to raise the life quality of the patients in the long run in comparison with the traditional treatment tactic.

УДК 616.33 – 006.6 – 089.87

РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРЭКТОМИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ И НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

И.В. Сергеев, А.Г. Кавайкин, Р.Р. Магдеев, Д.А. Чичеватов, Ю.И. Зимин

Кафедра онкологии и торакоабдоминальной хирургии (зав. – проф. И. В. Сергеев)
Пензенского института усовершенствования врачей

В структуре онкологических заболеваний рак желудка (РЖ) прочно занимает в настоящее время 3–4-е место. Частота РЖ в российской популяции составляла в 2002 г. 32,4 на 100 тысяч населения, в Пензенской области – 33,2‰ [12]. Несмотря на успехи комбинированных методов лечения в онкологии, основным методом лечения РЖ остается хирургический – операция гастрэктомии (ГЭ). Удельный вес ГЭ среди радикальных операций составляет не менее 70–80% [2, 14]. В настоящее время ГЭ достаточно хорошо освоена многими хирургами специализированных отделений и завершается послеоперационной летальностью от 2,2–2,5% [8, 9] до 11–25% [7]. Основной причиной послеоперационной летальности, по мнению большинства авторов, является развитие несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА) [1, 5, 6]. Другие послеоперационные осложнения после ГЭ наблюдаются у 17,2–26,0% опери-

рованных больных [4, 10], причем расширенные и комбинированные вмешательства не увеличивают число осложнений [3]. Комбинированные операции составляют 12,8% от всех ГЭ при РЖ [7].

Обязательным компонентом ГЭ при РЖ является лимфодиссекция в объеме D2 по классификации JRS GC [13], которая увеличивает 5-летнюю выживаемость после ГЭ до 37,8–38,2% [1, 10, 11].

Согласно данным V съезда онкологов России (Казань, 2000), 15–20% больных РЖ оперируют в онкологических стационарах. С одной стороны, это значительное число оперированных, с другой – с учетом многочисленности хирургических стационаров ГЭ является не такой уж частой операцией в структуре оперативной активности, что сказывается как на непосредственных, так и на отдаленных результатах гастрэктомий. Концентрация определенного числа больных РЖ в онкологических стационарах связана и с тем,

что, во-первых, развернутая в РФ сеть лечебных онкологических учреждений не может в полной мере оказать специализированную помощь всем пациентам из-за своей маломощности. Во-вторых, ГЭ для многих хирургов является своеобразным критерием высокой квалификации и становится операцией, которую иногда хирурги выполняют для удовлетворения своих профессиональных амбиций. Подобная ситуация не способствует улучшению результатов лечения РЖ в целом, требует определенных лечебных, организационных, тактических решений и обуславливает особую актуальность проблемы радикального лечения заболевания.

Целью настоящего исследования являлось сравнение результатов ГЭ у больных РЖ в онкологических и неонкологических стационарах.

По сложившимся обстоятельствам в Пензенской области (1,5 млн населения) больных РЖ оперируют в основном в 3 лечебных учреждениях: Областном онкологическом диспансере (ООД), Центральной городской больнице №6 им. Г.А. Захарьина и Центральной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко.

С 1991 по 2005 г. в упомянутых стационарах г. Пензы было выполнено 598 ГЭ. В том числе в неонкологических стационарах было прооперировано 185 (30,94%) больных РЖ в возрасте от 33 до 76 лет (мужчин – 123, женщин – 62), которые составили 1-ю группу наблюдения. В ООД прооперировано 413 (69,06%) больных в возрасте от 25 до 78 лет (мужчин – 279, женщин – 134) – 2-я группа. I–II стадии заболевания преобладали у 64,32% больных, оперированных в неонкологических стационарах города, III–IV стадии – у 51,57% в ООД.

ГЭ выполняли по стандартной методике с обязательной лимфодиссекцией в объеме D2. Комбинированные ГЭ в неонкологических стационарах были выполнены у 17,30% больных, в ООД – у 22,27%. Из всего многообразия вариантов ПКА после ГЭ в неонкологических стационарах г. Пензы преимущественно применялись стандартная методика Н. Hilarowitz и ее модификация, разработанная сотрудниками кафедры хирургии ПИУВ (патент на изобретение № 2234253 от 20.08.2004 г.). В отделениях ООД используются методика наложения ПКА по М.З. Сигалу и модифицированный ее метод, сочетающий в себе положительные элементы способов формирования анастомоза М.З. Сигала и

Количество и структура послеоперационных осложнений ГЭ

Осложнения	I-II стадии		III-IV стадии	
	ООД	неонкологические стационары	ООД	неонкологические стационары
Несостоятельность анастомоза	5	5	10	10
Несостоятельность культи ДПК	–	2	1	–
Несостоятельность межпечельного анастомоза	–	–	1	1
Некроз петли кишки	1	–	3	–
Абсцесс (инфильтрат) брюшной полости	4	9	8	4
Панкреонекроз, панкреатит	2	1	5	1
Внутрибрюшное кровотечение	1	–	1	–
Раневые осложнения	4	2	6	3
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	3	5	1
Легочные осложнения	6	2	5	–
Сердечно-сосудистые осложнения	3	2	3	1
ДВС	–	1	1	–
Прочие	3	–	–	2
Всего	30	27	49	23
	15,0%	22,88%	23,0%	34,85%

Г.В. Бондаря (удостоверение на рац. предложение №13 от 14.09.04 г. выданное БРИЗ-ом ПИУВ). Статистическая обработка данных результатов лечения производилась с использованием персонального компьютера IBM-PC на основе программы Statistic Workbook.

Послеоперационная летальность среди больных, оперированных в неонкологических стационарах, составила 10,27%, в ООД – 4,87%, при этом у больных с I–II стадиями – соответственно 7,5% и 2,59%. После комбинированных ГЭ летальность в неонкологических стационарах была выше, чем в ООД – 25,0% и 8,7%. С годами количество ГЭ в ООД по сравнению с неонкологическими стационарами неизменно возрастало, но число летальных исходов при этом в процентном отношении снижалось.

Частота послеоперационных осложнений в группе больных, оперированных в неонкологических стационарах, составила 27,03%, в ООД – 19,13%, при I–II стадии заболевания – соответственно 22,5% и 15,54% (см. табл.).

Такое грозное осложнение, как несостоятельность ПКА, развилась в неонкологических стационарах у 15 (8,12%), в ООД – у 15 (3,63%). При этом не было

получено ни одного случая несостоятельности при формировании ПКА по предложенной модификации типа Hilarowitz. Несостоятельность при формировании ПКА типа Сигала–Бондаря в нашей модификации развилась у 2,91% оперированных. После комбинированных ГЭ послеоперационные осложнения возникли у 37,5% больных в неонкологических стационарах и у 29,35% в ООД.

Отдаленные результаты были прослежены у 465 (77,93%) больных: у 113 (61,08%) в лечебных учреждениях и у 352 (85,23%) в ООД. При сравнении кривых выживаемости по Kaplan–Meier в группах больных выявлено, что выживаемость при I–II стадиях РЖ у больных, оперированных в неонкологических стационарах, выше, чем у больных, оперированных в диспансере. Однако эта разница является статистически недостоверной ($p=0,1558$ по Gehan's Wilcoxon Test), т. е. разницы в выживаемости больных при I–II стадиях нет. При сравнении кривых выживаемости в группах больных при III–IV стадиях заболевания установлена более высокая выживаемость у больных, оперированных в ООД, и эта разница является статистически достоверной ($p=0,0320$ по Gehan's Wilcoxon Test).

При оценке факторов, влияющих на выживаемость больных после операции, установлено, что основным из них является объем лимфодиссекции ($p=0,0012$ по Gehan's Wilcoxon Test).

Таким образом, несмотря на большое число больных с III–IV стадией заболевания, количество осложнений и летальность в специализированном учреждении ниже, чем в неонкологическом стационаре. Выживаемость больных после операции ГЭ при ранних стадиях РЖ статистически не различается, при III–IV стадиях заболевания у больных, оперированных в ООД, выживаемость выше, что подтверждает наше мнение о преимущественной эффективности выполнения ГЭ при лечении РЖ в специализированном онкологическом учреждении. Больных РЖ, подлежащих хирургическому лечению, необходимо сосредоточить в специализированном учреждении, где имеются все необходимые условия как для диагностики, так и для оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметзянов Ф.Ш., Рувицкий Д.М., Шемзунова З.Н. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2000. – С. 99–101.
2. Виниченко А.В., Уваров И.Б., Рожнов О.И., Соколовский И.Б. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2000. – С. 113–114.
3. Галстян А.М., Саакян А.М., Саркисян Р.Г. и др. Материалы I съезда онкологов стран СНГ – М., 1996. – С. 305.
4. Демин Д.И., Минаев И.И., Вьюшков Д.М. и др. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2000. – С. 122–123.
5. Демин Д.И., Минаев И.И., Уразов Н.Е. и др. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2000. – С. 123–124.
6. Касаткин В.Ф., Глузов Е.З., Геворкян Ю.А. и др. // Хирургия. – 1999. – № 6 – С. 32–34.
7. Клименков А.А., Патютко Ю.И., Губина Г.И. Опухоли желудка. – М., 1988.
8. Кузнецов В.Л., Соловьев В.И., Шатхин М.Р. и др. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2000. – С. 130–131.
9. Куликов Е.П., Каминский Ю.Д., Судаков И.Б. и др. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2000. – С. 132–133.
10. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А. Расширенная лимфаденэктомия в хирургии рака желудка. – М., 2000.
11. Чиссов В.И., Вашихмадзе Л.А., Бутенко А.В. Материалы V Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2000. – С. 164.
12. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2002 г. – М., 2004.
13. Japanese Research Society for Gastric Cancer. The General Rules for the Gastric Cancer Study in Surgery and Pathology // Japanese J. Surg. – 1981. – Vol.11 (2). – P. 127–139.
14. Llanos O., Guzman S., Pimentel F. // Dig. Surg. – 1999. – Vol. 16. – P. 385–388.

Поступила 05.03.07.

GASTRECTOMY RESULTS IN GASTRIC CANCER CARRIED OUT IN SPECIALIZED ONCOLOGY AND NON-SPECIALIZED HOSPITALS OF PENZA CITY

I.V. Sergeev, A.G. Kavaikin, R.R. Magdeev,
D.A. Chichevatov, U.I. Zimin

Summary

The results of gastrectomies carried out in 588 patients with gastric cancer in specialized oncology and non-specialized hospitals of Penza city were analysed. A comparative analysis of operation results shows that less complications and a lower mortality rate was seen in specialized oncology centers. The effectiveness of gastrectomies in treatment of gastric cancer in a specialized oncology center was higher than in any other surgical department, which was due to the presence of all necessary conditions and equipment for diagnosing and treating patients with such an illness in specialized hospitals.