

© Т.Ш.Моргошья, 2006
УДК 616.33-006.6-089

Т.Ш.Моргошья

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА 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, хирургическое лечение, субтотальная резекция желудка, способы реконструкции пищеварительного тракта по Бильрот-I и Бильрот-II.

Введение. В настоящее время предложены значительное число комбинированных и комплексных методик лечения рака желудка [5, 15], но, несмотря на это, на сегодняшний день основным способом остается хирургическое вмешательство [11].

Вопрос о наиболее оптимальном способе реконструкции пищеварительного тракта после дистальной резекции желудка при раке дискутируется на протяжении более 120 лет и до настоящего времени. Из предложенного многообразия вариантов резекции желудка наиболее популярны модификации, разработанные на основе двух способов Т. Бильрота. Большинство авторов на сегодняшний день рекомендуют после резекции желудка восстанавливать, по возможности, естественные анатомические взаимоотношения, что обеспечивает лучшие функциональные результаты [10, 14]. В то же время многие отдают предпочтение способу Бильрот-II, при этом часть из них являются убежденными противниками резекции желудка по методике Бильрот-I при раке [2, 9]. Это мнение основано на предположении, что резекция желудка по Бильрот-II в большей мере обеспечивает радикализм при лечении злокачественных новообразований данной локализации. 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 [11, 16]. В то же время установлено, что это вмешательство сопровождается меньшим числом постгастрорезекционных осложнений, чем резекция желудка по Бильрот-II [1, 6–8]. И если по вопросу о физиологичности методов восстановления желудочно-кишечного тракта после резекции желудка большинство авторов еди-

нодушно высказались в пользу прямого гастродуоденоанастомоза, то по поводу вероятности возникновения осложнений и рецидива заболевания в зависимости от способа реконструкции желудочно-кишечного тракта до настоящего времени существуют весьма разноречивые мнения.

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 [3, 4, 8, 12].

Задачи нашего исследования — изучить результаты хирургического лечения рака желудка и сопоставить полученные данные после резекций по Бильрот-I и Бильрот-II за 20 лет в условиях одного учреждения.

Материал и методы. В исследование были включены 480 больных, оперированных по поводу дистального рака желудка с 1982 по 2002 г. в отделении опухолей желудочно-кишечного тракта. У 260 из них была выполнена субтотальная резекция желудка по методике Бильрот-I (1-я группа), а у 220 пациентов — операция по Бильрот-II (2-я группа). Среди оперированных были 253 (52,7%) женщин и 227 (47,3%) мужчин. Возраст больных колебался от 31 до 82 лет. Однако подавляющее большинство пациентов относились к возрастной группе 50 лет и старше (77,3%). Распределение больных по стадиям опухолевого процесса представлено в табл. 1.

Из представленных данных следует, что не выявлено значимых различий в исследуемых группах в зависимости от стадии опухолевого процесса у больных раком желудка ($p>0,05$). Подавляющую часть новообразований желудка составляли аденокарциномы и перстневидноклеточный рак (в 1-й группе их было 91,5%, а во 2-й — 89,5%), разница статистически не достоверна ($p>0,05$). У всех оперированных пациентов диагноз рака морфологически верифицирован. Установлено, что у подавляющего большинства пациентов карцинома локализовалась в области угла и нижней трети желудка. Более чем у половины больных выявлены экзофитные формы опухолей; в основной и контрольной группе соответ-

Таблица 1

Структура оперированных больных раком желудка в зависимости от стадии заболевания

Стадия	По Бильрот-I		По Бильрот-II	
	Число наблюдений	%	Число наблюдений	%
IA	51	19,6	43	19,5
IB	32	12,3	24	10,9
II	102	39,2	88	40,0
IIIA	60	23,0	54	24,5
IIIB	8	3,0	6	2,7
IV	7	2,9	5	2,4
Всего	260	100	220	100

ственно 57,7 и 53,3% ($p>0,05$). Особенно часто среди них выявлен изъязвленный рак (74,9%), который в общей структуре всех новообразований составил 41,7%. Изучая вопрос о регионарном метастазировании опухолей в зависимости от макроскопической формы роста, в исследуемых группах получена одинаковая частота обнаружения метастазов. Чаше метастазы в регионарных лимфатических узлах выявлялись при эндифитном росте опухоли (62,8%), при этом в основной и контрольной группе — 63,6 и 61,8% соответственно.

Результаты и обсуждение. Из 260 пациентов, оперированных по методике Бильрот-I, умерли 7 пациентов, т. е. послеоперационная летальность составила 2,69%. У 6 больных смерть наступила от перитонита, а один пациент умер от кровотечения из культи желудка, развившегося на 11-е сутки после операции и присоединившегося панкреонекроза. Причиной перитонита у 4 (1,5%) больных явилась недостаточность гастродуоденальной анастомоза, а у двух пациентов констатирована перфорация острой язвы двенадцатиперстной кишки дистальнее соустья. В группе пациентов, оперированных по Бильрот-II, умерли 8 (3,63%) человек. Перитонит был диагностирован у 7 больных. Причиной его у 3 (1,4%) из них явилась недостаточность швов гастроэнтероанастомоза. Приведенные данные свидетельствуют о том, что послеоперационная летальность существенно не отличалась в исследуемых группах (2,7% против 3,6%; разница статистически не достоверна, $p>0,05$). Различные осложнения в послеоперационном периоде (включая нагноения ран и лигатурные свищи) в 1-й группе возникли у 89 (34,2%) больных, а в группе, оперированных по способу Бильрот-II у 77 (35,0%), т. е. вышеуказанные данные практически одинаковые ($p>0,05$) и согласуются с обобщенными материалами S.Gunnlangsson и соавт. [13], основанными на анализе 193 больных.

Наиболее грозным осложнением явилась несостоятельность швов основного анастомоза. Нами установлено, что частота ее в исследуемых группах была одинаковой и составила 1,5 и 1,4% соответственно ($p>0,05$).

Отдаленные результаты хирургического лечения рака дистального отдела желудка представляют наибольший интерес. Анализируя выживаемость больных с карциномой желудка в зависимости от методики восстановления непрерывности пищеварительного тракта после субтотальной резекции, следует отметить, что отдаленные результаты были изучены у 215 (82,7%) пациентов 1-й группы и у 164 (74,5%) — 2-й в сроки от 1 до 10 лет (включительно). Расчет выживаемости производился актуриальным методом с учетом летальных исходов непосредственно после операции.

Таким образом, после операции по Бильрот-I 5-летняя выживаемость по отношению к прослеженным пациентам составила 65,1%, а 10-летняя — 24,7%. Подобные показатели во 2-й группе были такими же: 63,4% и 27,1% соответственно, что вполне естественно, учитывая равноценность сравниваемых групп больных по большинству показателей. Вышеуказанные данные подтверждают, что исследуемые группы пациентов однородны по избранным критериям оценки. Целесообразно отметить, что при отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах у пациентов 1-й группы 5-летняя выживаемость составила 75,7%, тогда как при их наличии — 31,0% ($p<0,05$). Аналогичная картина выявлена и у пациентов 2-й группы: 73,9% и 28,2% ($p<0,05$) соответственно. Пятилетняя выживаемость у 17 пациентов после комбинированных вмешательств по методике Бильрот-I составила 50,3%, а после комбинированных резекций желудка по Бильрот-II у 15 — 43,8% ($p>0,05$). Проведенные исследования свидетельствуют о том, что нет существенной разницы между показателями общей 5-летней выживаемости по отношению к числу оперированных пациентов и выживаемости при выполнении комбинированных вмешательств.

Общеизвестно, что наиболее часто постгастрорезекционные синдромы развиваются у больных, оперированных по Бильрот-II. Функциональные результаты проведенных операций оценивали на основании анализа данных специально составленных анкет у 122 (46,9%) оперированных пациентов 1-й группы и у 78 (35,4%) — 2-й (табл. 2). Результаты исследования оценивали по 3-балльной системе: хорошие, удовлетворительные, плохие. Для оценки степени тяжести демпинг-синдрома пользовались классификацией А.А. Шалимова [10], в которой выделяется по клиническому течению легкая, средняя и тяжелая степени заболевания.

Установлено, что демпинг-синдром развивался чаще после субтотальной резекции желудка по Бильрот-II по сравнению с Бильрот-I (28,2 и 12,3% соответственно; разница статистически достоверна, $p<0,05$). Относительно

Таблица 2

Функциональные результаты после субтотальных дистальных резекций желудка

Результат	По Бильрот-I		По Бильрот-II	
	Число больных		Число больных	
	Абс.	%	Абс.	%
Хороший	54	44,3	32	41
Удовлетворительный	65	53,3	39	50
Плохой	3	2,4	7	9
Всего	122	100	78	100

высокие показатели эвакуаторных расстройств при субтотальной резекции вполне объяснимы большим объемом вмешательства, удалением и разрушением связочного аппарата желудка.

На основании проведенной оценки, можно заключить, что большее количество пациентов, оперированных по Бильрот-I, имеют легкие степени нарушения пищеварения, чем после вмешательств по методике Бильрот-II, и, в то же время, не имеют тяжелых постгастрорезекционных расстройств, что, несомненно, сказывается положительно на качестве жизни оперированных больных.

Выводы. 1. Использование гастродуоденального анастомоза, сохраняющего пассаж пищи через двенадцатиперстную кишку, делает операцию дистальной субтотальной резекции желудка у онкологических больных функционально более выгодной, чем формирование анастомоза по Бильрот-II, так как позволяет в значительной мере избежать развития «болезни оперированного желудка» и улучшает качество жизни у этих пациентов в послеоперационном периоде.

2. Невысокая послеоперационная летальность в группе больных с гастродуоденальным анастомозом (2,7%) сравнима ($p > 0,05$) с частотой таковой у пациентов с гастроеюнальным соустьем (3,6%), что создает условия для расширения границ применения способа Бильрот-I в онкологической практике.

3. Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка по методике Бильрот-I соответствуют тем же показателям операции по Бильрот-II. 5-летняя выживаемость по отношению к прослеженным пациентам после резекции по Бильрот-I составила 65,1%, 10-летняя — 24,7%, а для субтотальной резекции по Бильрот-II — 63,4% и 27,1% соответственно.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аскерханов Г.Р., Загиров У.З., Гаджиев А.С. Болезни оперированного желудка.—М.: Медпрактика, 1999.—152 с.

2. Березов Ю.Е. Хирургия рака желудка.—М.: Медицина, 1976.—351 с.
3. Гуляев А.В., Симонов Н.Н., Моргошия Т.Ш. 20-летний опыт хирургического лечения рака дистального отдела желудка // VI Ежегодная Российская онкол. конф.: Тез. докл.—М., 2002.—С. 153.
4. Зубарев П.Н. Пострезекционные и постгастрэктомиические болезни // Прак. онкол.—2001.—№3, Т. 7.—С. 31–34.
5. Зырянов Б.Н., Коломиец Л.А., Тузиков С.А. Рак желудка: профилактика, ранняя диагностика, комбинированное лечение, реабилитация.—Томск: Изд-во Томск. ун-та, 1998.—528 с.
6. Курбанов Ф.С., Домрачев С.А., Асадов С.А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестн. хир.—2001.—№ 4.—С. 17–21.
7. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы // Вестн. хир.—2002.—№ 1.—С. 23–28.
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. Русанов А.А. Рак желудка.—М.: Медицина, 1979.—230 с.
10. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта.—Киев: Здоровье, 1987.—568 с.
11. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению.—Киев: Книга Плюс, 2000.—227 с.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Piso P., Werner U., Lang H. et al. Proximal versus distal gastric carcinoma—what are the differences? // Ann. Surg.—Oncol.—2000.—Vol. 7, № 7.—P. 520–525.
16. 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 22.06.2005 г.

T.Sh.Morgoshiya

COMPARATIVE ASSESSMENT OF SURGICAL INTERVENTIONS FOR CANCER OF THE DISTAL PART OF THE STOMACH

The author has analyzed the nearest and long-term results of treatment of 260 patients operated on by the Billroth-I method and 220 patients operated on by the Billroth-II method. It was found that after the Billroth-I resection the frequency of disease of the operated stomach was less, the other indices such as postoperative lethality rate, complications, survival up to 10 years, had no substantial difference.