

УДК 616.33-006.6-089.87-036.8

В.И. Невожай, Т.А. Федоренко, А.М. Чейшвилли

**СУБТОТАЛЬНАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА В ХИРУРГИИ РАКА**

Владивостокский государственный медицинский университет

*Ключевые слова: рак желудка, резекция желудка, результаты лечения, качество жизни.*

На сегодняшний день по критериям масштабности и социально-экономическому ущербу рак желудка занимает одно из ведущих мест в структуре онкопатологии [1]. Помимо распространенности, актуальность проблемы рака желудка обусловлена неудовлетворительными результатами лечения пациентов с данной патологией. Сводная 5-летняя выживаемость для всех зарегистрированных больных составляет не более 10% [10].

В настоящее время при раковом поражении наиболее часто выполняется субтотальная дистальная резекция желудка (СДРЖ). Это связано с тем, что в 40% случаев опухоль возникает в пилороантральном отделе [9]. Наибольшее распространение при поражении дистальных отделов желудка получили СДРЖ в модификации Бильрот-11 и Ру [2, 6]. Принято считать, что в условиях этой операции надежный анастомоз без натяжения можно наложить лишь между желудком и тонкой кишкой. Попытки соединить культю желудка с двенадцатиперстной кишкой повышают риск рецидива опухоли (вследствие «экономии» стенок желудка, для уменьшения натяжения в анастомозе) либо риск несостоятельности швов анастомоза (при адекватном уровне резекции) [2, 8, 11].

Современная хирургия злокачественных новообразований диктует необходимость обеспечения не только онкологического радикализма, но и высокого уровня функциональных результатов, определяющих качество жизни пациентов. С этой точки зрения все исследователи единодушны во мнении, что резекция желудка по Бильрот-1 более предпочтительна, так как обеспечивает минимум тяжелых постгастрорезекционных расстройств и небольшую частоту дуоденогас-

трального рефлюкса — ключевого фактора в развитии рака культи желудка [4, 5].

В настоящее время понятие «качество жизни» широко используется в медицине и считается общепринятым высокоинформативным показателем оценки состояния здоровья. Всестороннее изучение различных аспектов качества жизни привело к тому, что основной линией медицины стало рассмотрение влияния различных способов продления жизни на ее качество [7]. Особое значение приобретает изучение качества жизни в группах больных, где нет достоверного различия выживаемости в зависимости от метода лечения [3]. Для оценки качества жизни пациентов нами была разработана анкета, основанная на вопроснике Европейской организации по исследованию и терапии рака, которая заполнялась пациентами в срок от 1 года до 8 лет после операции. Результаты оценивались по трехбалльной системе как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Задачей нашего исследования явился анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака желудка у лиц, оперированных по методикам Бильрот-1 и Бильрот-11, а также оценка качества их жизни.

Проанализировано 288 наблюдений рака дистального отдела желудка за 1995—2005 гг. 116 пациентам была выполнена СДРЖ по методике Бильрот-1 (1-я группа), и 172 пациентам — по Бильрот-11 (2-я группа). Среди оперированных было 166 мужчин (57,6%) и 122 женщины (42,4%). Возраст больных колебался от 27 лет до 81 года. Возрастная группа старше 50 лет составила 78,8%. Для стадирования опухолевого процесса использовали 5-е издание классификации TNM (1997). Основная доля наблюдений (61%) пришла на пациентов с I и II стадией опухоли. В 1-й группе чаще регистрировалась IA стадия опухолевого процесса (табл. 1).

У большинства пациентов (77,4%) опухоль локализовалась в нижней трети желудка. Наиболее часто диагностировался блюдцеобразный рак (Wegmann-II) — в 62,1 и 51,2% в 1-й и 2-й группах соответственно. Полиповидная опухоль (Wegmann-1) наблюдалась у 14,6% больных в 1-й и у 8,1% больных во 2-й группе. Поражение регионарных лимфатических узлов зарегистрировано в 77,4% наблюдений (в 1-й группе — 73,3% , во 2-й группе — 80,2%).

Показанием к операции служила неинфильтративная опухоль, расположенная в антральном отделе желудка, при отсутствии в его проксимальном отделе предраковых изменений слизистой оболочки (полипы, тяжелая дисплазия и пр.) У 65 больных СДРЖ выполнена при опухолях, локализовавшихся выше угла желудка, когда общее состояние пациента и сопутствующие заболевания делали выполнение операции большего объема невозможным. При морфологическом исследовании операционного материала чаще всего диагностировались аденокарциномы различной степени дифференцировки.

Таблица 1  
Распределение больных раком желудка по стадиям

Стадия	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
IA	18	15,5	12	7,0
IB	9	7,7	12	7,0
II	55	47,4	69	40,1
IIIA	21	18,2	41	23,8
IIIB	11	9,5	31	18,0
IV	2	1,7	7	4,1
Всего:	116	100,0	172	100,0

Объем резекции желудка во всех случаях был одинаков: удаляли малую кривизну, а по большой кривизне желудок пересекали выше нижней ветви левой желудочно-сальниковой артерии. Левая желудочная артерия перевязывалась у места ее отхождения от чревного ствола. Удалялась клетчатка с лимфатическими узлами в объеме D2. Проксимальная линия резекции проходила на расстоянии не менее 8–10 см от видимого края опухоли. При сомнении в радикальности выполнялось срочное гистологическое исследование линии резекции. Вопрос о характере наложения анастомоза между культей желудка и кишкой решался после удаления препарата.

У 8 больных из 1-й группы (6,9%) и у 11 из 2-й (6,4%) выполнены комбинированные операции. Среди органов, удаленных при этих вмешательствах, чаще всего фигурировали селезенка (8 случаев) и поперечно-ободочная кишка (4 случая). У молодых, соматически сохранных пациентов при отсутствии отдаленных метастазов и высоком риске раннего рецидива заболевания (выход процесса на серозную оболочку, поражение лимфатических узлов 2-го порядка) проводилась лимфаденэктомия в объеме R3 (5 человек из 1-й группы и 3 человека из 2-й группы).

Послеоперационные осложнения развились у 43 больных — 13 из 1-й группы и 30 из 2-й. Расширение объема операции значительно утяжеляло процесс выздоровления. После комбинированных операций осложнения встречались значительно чаще (36,8%), чем после вмешательств стандартного объема (13,4%).

Перитонит развился в 20 наблюдениях: 5 — в 1-й группе и 15 — во 2-й. Его причиной в 9 случаях была несостоятельность швов анастомоза и в 2 — несостоятельность культы двенадцатиперстной кишки. У 3 человек перитонит развился на фоне гнойного панкреатита. У 1 пациентки он был вызван некрозом культы желудка и в 2 наблюдениях стал результатом несостоятельности толсто-толстокишечного анастомоза после комбинированных резекций. В 3 случаях точную причину воспаления брюшины установить не удалось. У 5 человек (1,7%) мы наблюдали абсцессы в брюшной полости (в равном соотношении среди исследуемых групп). В 3 наблюдениях они локализовались в поддиафрагмальной области, в 2 были межкишечными. Панкреатит осложнил послеоперационный период в 5 случаях: после операции по Бильрот-1 — 0,8%, после операции по Бильрот-11 — 2,3% (табл. 2). Таким образом, несостоятельность швов анастомоза после СДРЖ развилась у 9 человек с частотой примерно равной в сравниваемых группах: после резекции желудка по Бильрот-1 в 4 случаях (3,4%), после резекции по Бильрот-11 — в 5 (2,9%). Причем у 4 больных несостоятельность развилась после комбинированных операций с удалением селезенки, толстой кишки, желчного пузыря. В 2 наблюдениях после операции по Бильрот-11 возникла несостоятельность культы двенадцатиперстной кишки.

**Таблица 2**  
Структура послеоперационных осложнений после СДРЖ по поводу рака (без учета комбинированных операций)

Осложнение	Бильрот-1		Бильрот-П		Всего	
	абс.*	%	абс.*	%	абс.*	%
Несостоятельность анастомоза	2/2	1,8	3/3	1,9	5/5	1,8
Несостоятельность культы 12-перстной кишки	—	—	2/0	1,2	—	—
Перитонит	2/2	1,8	11/8	6,8	13/10	4,8
Панкреатит	1/0	0,9	3/0	1,9	4/0	1,5
Абсцесс брюшной полости	1/0	0,9	3/3	1,9	4/3	1,5

\* В числителе — кол-во случаев, в знаменателе — кол-во умерших.

Послеоперационная летальность составила 7,9% (23 случая). В 1-й группе умерло 8 больных (6,9%), во 2-й — 15 (8,7%). Перитонит был причиной смерти у 13 человек (в 1-й группе 4 пациента, во 2-й — 9). Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы были причиной смерти в 9 случаях. 1 пациент после СДРЖ по Бильрот-11 погиб от кровотечения из культы желудка.

Показатель выживаемости является наиболее достоверным критерием оценки эффективности проводимого лечения в онкологической практике. Отдаленные результаты в срок от 1 года до 10 лет удалось проследить у 86 пациентов (74,1%) 1-й группы и у 126 (73,2%) из 2-й. Расчет выживаемости производился методом Каплана — Мейера, с учетом летальности в раннем послеоперационном периоде. 5-летняя выживаемость в 1-й группе была равна 57%, 10-летняя — 41%. Во 2-й группе этот показатель был соответственно 41 и 29%. При сравнении кривых выживаемости исследуемых групп по критерию Гехана — Вилкоксона достоверного различия выявлено не было (рис.).

Наряду с анкетной оценкой качества жизни проводились рентгеноскопическое исследование культы желудка и фиброгастроуденоскопия. В отдаленные сроки (1–8 лет после операции) анкетированию

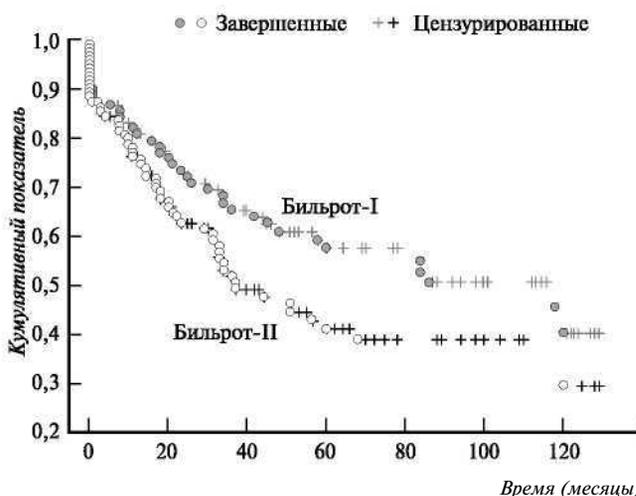


Рис. Кумулятивные показатели выживаемости после СДРЖ.

**Таблица 3**  
*Качество жизни больных после СДРЖно по поводу рака*

Оценка	Кол-во наблюдений, %	
	1-я группа	2-я группа
Хорошо	59,4	31,6
Удовлетворительно	31,2	36,8
Неудовлетворительно	9,4	31,6

подверглись 70 пациентов: 32 после операции по Бильрот-I и 38 после операции по Бильрот-II (табл. 3).

Из приведенных данных видно, что хороших результатов лечения в 1-й группе было значительно больше, чем во 2-й. Средний возраст больных с такой оценкой в группе составил 51 год. Они после лечения вернулись к труду, незначительные постгастрорезекционные расстройства у некоторых позволяли получить рабочую группу инвалидности. При рентгенологическом обследовании отмечалась замедленная эвакуация бариевой взвеси из культи желудка, не было дефицита массы тела. Индекс Карновского — 80–100%, шкала ВОЗ-ECOG - 0-1.

Удовлетворительные показатели качества жизни несколько чаще отмечались после операции по Бильрот-I. Средний возраст больных составил 62 года. Большинство из них имели инвалидность. За счет выраженных постгастрорезекционных расстройств они не были способны к тяжелой работе, испытывали трудности в выполнении домашних обязанностей, вынуждены были соблюдать диету. 70% этих пациентов имели дефицит массы тела (менее 90% от исходной). Рентгеноскопическое исследование в подавляющем большинстве наблюдений указывало на ускоренные сроки эвакуации бария из культи желудка. Индекс Карновского — 60–70%, шкала ВОЗ-ECOG - 2.

Количество больных с неудовлетворительным качеством жизни было значительно больше после выполнения СДРЖ по второму способу Бильрота. Подобная оценка качества жизни зарегистрирована у пациентов со средним возрастом 57 лет, находившихся на инвалидности по данному заболеванию. В силу развития тяжелой постгастрорезекционной патологии они были полностью не способны к работе и выполнению домашних обязанностей (индекс Карновского - 40-50%, шкала ВОЗ-ECOG - 3). По данным рентгеноскопии отмечалась быстрая эвакуация желудочного содержимого. Более 50% больных испытывали дефицит массы тела (менее 75% от исходной).

У пациентов, оперированных по Бильрот-I, отмечено меньшее количество воспалительных и эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода, реже диагностировались и воспалительные заболевания культи желудка. Данный факт объясняется более выраженным дуоденогастральным рефлюксом после резекции по Бильрот-II и, как следствие, более выра-

женными изменениями слизистой оболочки культи желудка и пищевода в ответ на заброс содержимого двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, непосредственные результаты лечения рака дистального отдела желудка в большей степени зависят от объема оперативного вмешательства. Выбор методики восстановления непрерывности пищеварительного тракта не влияет на течение послеоперационного периода. Отсутствие различий в выживаемости больных после классических операций Бильрота доказывает правомочность использования любой из них в онкологической практике. Однако можно говорить о некотором превосходстве субтотальной дистальной резекции желудка по Бильрот-I перед второй методикой. Это объясняется более оптимальными условиями для компенсации функции пищеварения путем восстановления естественного пассажа пищи через двенадцатиперстную кишку.

#### Литература

1. Базин И.С., Гарин А.М. // *Рус. мед. журн.* — 2002. — Т. 10, № 14. — С. 588-593.
2. Березов Ю.Е. *Хирургия рака желудка.* — М.: Медицина, 1976.
3. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. // *Хирургия.* — 2000. — №1. — С. 64-67.
4. Гуляев А.А., Симонов Н.Н., Ананьев Н.В. // *Вестн. хир.* — 1995. — №1. — С. 18-19.
5. Змеул В.К., Айтаков З.Н. // *Хирургия.* — 1982. — М 5. — С. 43-46.
6. Кузин Н.М., Шкроб О.С., Юдин Л.А. // *Хирургия.* — 1996. — №1. — С. 4-8.
7. Крылов Н.Н., Кузин М.И. // *Хирургия.* — 2000. — №2. — С. 17-20.
8. Русанов А.А. *Рак желудка.* — М.: Медицина, 1979.
9. Черноусов А.А., Поликарпов С.А., Воронов М.Е. // *Хирургия.* — 2004. — № 10. — С. 4-8.
10. Douglass H.O. // *Oncology.* — 1989- Vol. 3, No. 4. — P. 61-66.
11. Sasako M. // *Recent. Adv. Surg.* — 2000. — Vol. 23. — P. 11-21.

Поступила в редакцию 11.12.2007.

#### THE SUBTOTAL DISTAL GASTRIC RESECTION IN SURGERY OF THE CANCER

V.I. Nevozhay, T.A. Fedorenko, A.M. Cheishvilli  
 Vladivostok State Medical University

**Summary** — It is submitted 10-year experience of treatment of 288 patients with distal gastric cancer, operated by Billroth-I and Billroth-II. Postoperative mortality in 1<sup>st</sup> group was 6.9%, in 2<sup>nd</sup> — 8.7%. Postoperative complications were in 11.2 and 17.4% of cases respectively. The 5-years survival rate in 1<sup>st</sup> group was 57%, 10-years - 41%, in 2<sup>nd</sup> group - 41 and 29%. The amount of patients with high quality of life after gastric resection on Billroth-I - 59.3%, after a resection on Billroth-II - 31.5%. The conclusion is that gastric resection on Billroth -I at a cancer provide the higher quality of a life and do not worsen both direct, and the remote results of treatment.