

2. Использование таких методов исследования как КТГ, МРТ позволяет оценить резектабельность.

3. Внедрение элементов ангиопластики позволяет повысить радикализм операции.

## ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

*Истомин Ю.В., Киселев Е.А.*

г. Екатеринбург

Несмотря на снижение заболеваемости раком желудка, пациентов с запущенными формами по-прежнему большое количество, и в структуре оперируемых больных с опухолью T3-T4 составляют 40-50% (Чиссов В.И. с соавт., 2003). Внедрение в повседневную практику операций с расширенной лимфодиссекцией значительно ослабило накал негативизма в отношении отдаленной выживаемости этого контингента больных, однако эйфории от полученных результатов тоже не возникает. Подавляющее большинство больных с опухолью, массивно инфильтрирующей серозную оболочку желудка, погибают в течение первого года после “радикальных” операций с лимфодиссекцией любого объема (Давыдов М.И., 2000, Isozaki H., 2001, Ohno S., 1994) Все большее число авторов, убеждаясь в этом на собственном опыте, ищут пути решения данной проблемы. В последние годы получила право на жизнь модифицированная японскими хирургами операция Aplaby – left upper abdominal evisceration (LUAЕ) – включающая моноблочное удаление желудка с селезенкой, поперечноободочной кишкой, поджелудочной железой (субтотально), левым надпочечником, с широкой, включая парааортальную, лимфодиссекцией и отчасти перитонеумэктомией. Результаты некоторых исследователей обнадеживают. Так, по данным Isozaki H. (2001), выживаемость после операции LUAЕ составляет до 42% с приемлемыми цифрами послеоперационных осложнений и летальности. В то же время Уоптшага У. (2000) высказывается о значительном увеличении числа летальных исходов в раннем послеоперационном периоде, что нивелирует возможные перспективы отдаленной выживаемости.

**Материал и методы.** С 2002 по 2004 гг. нами выполнено 25 операций типа LUAЕ (моноблочное удаление желудка, селезенки, с резекцией поджелудочной железы проксимальнее верхней брыжечной вены, резекцией поперечноободочной кишки с ее брыжейкой, с удале-

нием жировой клетчатки с лимфоузлами от бифуркации брюшной аорты до пищеводного отверстия диафрагмы с обязательной скелетизацией ворот обеих почек, верхних брыжеечных сосудов и чревного ствола) у пациентов с гистологически верифицированным раком желудка с тотальным и субтотальным поражением органа без определяемых признаков дессиминации. Мужчин было 16, женщин – 9 человек. Средний возраст мужчин – 52,7 лет, средний возраст женщин – 46,5 лет. Послеоперационное стадирование выявило: 2 ст. – 2, 3ст. – 10 и 4 ст. – 13 случаев. Средняя длительность операции 5ч45мин. Средний койко-день 21,3.

**Результаты.** Мобилизация удаляемого органокомплекса производится по принципу «от периферии к центру» электрохирургическим ножом без прямого контакта с опухолью. Культи поджелудочной железы, пересеченная клином, после перевязки Вирсунгого протока ушивается отдельными швами монофильной нитью. Эзофагоеюноанастомоз накладывается конец в конец инвагинационным способом треххрустным непрерывнорастягивающим швом, толстокишечный анастомоз – конец в конец двухрядным швом.

После операций осложнения развились у 7 пациентов (28%). В одном случае имела место несостоятельность толстокишечного анастомоза с развитием перитонита и летальным исходом (3,5%). Еще один случай, потребовавший релапаротомии – странгуляция отводящей кишки эзофагоеюноанастомоза с некрозом стенки, закончился резезофагоеюностомией с выздоровлением пациентки. В трех случаях диагностирован абсцесс брюшной полости, излеченный пункционным методом. У одного пациента развился панкреатит.

Все пациенты находятся под динамическим контролем. В отдаленный период погиб один от канцероматоза брюшины через 5 мес после операции. В одном случае – через 9 мес после операции – диагностирован канцероматоз брюшины, асцит. Проведено 5 курсов полихимиотерапии, и на этом фоне обнаружен метастаз в яичник, который, учитывая молодой возраст пациентки, решено было удалить. При лапаротомии действительно выявлена опухоль в яичнике, асцит, но без канцероматоза и при гистоанализе удаленной опухоли – тератома яичника. Все остальные 23 пациента живы от 4 до 27 мес.

#### **Выводы:**

1. Операции расширенного объема типа LUAЕ при местнораспространенном раке желудка при отработанной технологии сопровождаются невысокими цифрами летальности и приемлемыми цифрами послеоперационных осложнений.

2. Первые результаты динамического наблюдения за пациентами, перенесшими эвисцерацию верхне-левого квадранта брюшной полости, говорят о возможной ее эффективности в отношении улучшения отдаленной выживаемости пациентов с местно-распространенным раком желудка.

## **ОПЕРАЦИИ С РАСШИРЕННОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА**

*Истомин Ю.В., Киселев Е.А.*  
г. Екатеринбург

Несмотря на снижение заболеваемости раком желудка, ежегодно в Свердловской области регистрируется до 1400 пациентов с впервые выявленным заболеванием. К сожалению, более 40% из них в 4 стадии болезни. Однако несомненные успехи последнего десятилетия в лечении данной патологии оставляют надежду остальным на выздоровление. Проблема в том, чтобы лечение проводилось в соответствии с современной стратегией, определяемой как квалифицированное хирургическое лечение в адекватном объеме. Адекватность объема операции при раке желудка на сегодня определяется, прежде всего, объемом лимфодиссекции (М.И. Давыдов, 2000; G. Bonenkamp, 1998; H. Isozaki, 2001; M. Sasako, 2000; Y. Yonemura, 2000) как неотъемлемого компонента.

В Свердловском областном онкологическом диспансере внедрение современной технологии лечения рака желудка начато с 1995 г., а с 2000 г. все радикальные операции по поводу рака желудка сопровождаются расширенной лимфодиссекцией.

**Материал и методы.** В 2000-2004 гг. проведено 526 радикальных операций по поводу гистологически верифицированного рака желудка. Пациентов с 1 ст – 27.1%, со 2 ст – 33.9%, с 3 ст – 39%. Во всех случаях имела место расширенная лимфодиссекция – 468 с лимфодиссекцией D2-D3, и 58 – D4. Мужчин 60%, женщин 40%. Возраст от 22 до 83 лет, средний возраст – 59 лет, лиц старше 60 лет – 53,7%.

**Результаты.** Во всех случаях расширенной лимфодиссекции D2-3, кроме л/у 1-6 групп, обязательно удаляется клетчатка печеночно-двенадцатиперстной связки и передний листок мезоколон. Спленэктомия выполнялась при локализации опухоли в проксимальной трети или заинтересованности задней стенки, либо большой кривизны желудка при локализации опухоли в средней трети. В случае подозрения на ин-