

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-

важно опухоли в поджелудочную железу или другие прилежащие органы всегда производилась гастропленогемиланкреатэктомия или резекция соответствующего органа с удалением клетчатки вдоль верхних брыжеечных сосудов, передней поверхности левой почки и ее ножки и левосторонняя адреналэктомия. Операция дополнялась парааортальной лимфодиссекцией при обоснованном метастатическом поражении л/у N3. При наличии опухолевой инфильтрации абдоминального отрезка пищевода операция производилась из левостороннего торако-абдоминального доступа по Гэрлоку, и в удаляемый блок включалась селезенка и клетчатка нижнего отдела заднего средостения. Виды выполненных оперативных вмешательств разделены на 6 групп и представлены в табл. 1.

Таблица 1

Виды операций с лимфодиссекцией

Группа	Операция	Число операций	% от общего числа операций
1	Субтотальная дистальная резекция желудка с РЛД D2-3, в том числе комбинированная	268	51
2	Субтотальная проксимальная резекция желудка с РЛД D2-3	17	3,2
3	Гастрэктомия с РЛД D2-3	72	13,6
4	Гастрэктомия комбинированная с РЛД D2-3	69	13,2
5	Гастрэктомия комбинированная с РЛД D4	58	11
6	Операция с резекцией пищевода РЛД D2-3	42	8
	Итого	526	100

Комбинированные вмешательства в структуре операций составляют до 40%. Проксимальные резекции желудка выполнялись по строгим показаниям: экзофитная отграниченная опухоль кардии без глубокой инвазии и явных регионарных метастазов.

Всего послеоперационных осложнений 7,6%, послеоперационная летальность составила 1,5%. В структуре причин летальных исходов несостоятельность швов анастомозов составляет 30% (3 из 9), при этом только 1 – пищеводно-тонкокишечного анастомоза. На все операции случаи несостоятельности пищеводно-желудочного или пищеводно-тонкокишечного анастомозов составили менее 1%.

Таблица 2

## Послеоперационные осложнения и летальность

Осложнение п/летальность п	1гр	2гр	3гр	4гр	5гр	6гр	Всего
Несостоятельность швов анастомоза	1/1		1	1	2/1	2/1	7/3
Абсцесс брюшной полости	1				3		4/0
Панкреатит и панкреонекроз	3			2/1	1		6/1
Внутрибрюшное кровотечение	3/1	1/1				1/1	5/3
ТЭЛА					2/1		2/1
Инфаркт миокарда						1	1/0
Пневмония			1	1		3	5/0
Эвентрация	1					1	2/0
Перфорация культи желудка или тонкой кишки	2/1						2/1
Анастомозит	1	1	3			1	6/0
Толстокишечный свищ	1						1/0
Итого	13/3	2/1	5/0	4/1	8/2	9/2	41/9

Отдаленная выживаемость в течение 4 лет прослежена у 105 пациентов. Из 27 пациентов с 1 ст. рака желудка в течение периода наблюдения умер 1 от дессиминации процесса, остальные живы в сроки от 20 до 48 мес без признаков рецидива болезни. Из 37 больных со 2 ст. рака желудка – 27 человек (73%) живы от 14 до 54 мес. Из 41 человека с 3 ст. умерло 14, 66% живы в сроки от 12 до 51 мес. Подавляющее большинство умерших имели первично тотальное или субтотальное поражение желудка опухолью с массивным прорастанием серозной оболочки. Результаты динамического наблюдения за пациентами в отдаленный период показали, что 90% умерших имели карциноматоз брюшины. Регионарный рецидив опухоли имел место в 2-х случаях – при лапаротомии обнаружены метастазы в узлах печеночно-двенадцатиперстной связки (на ранних этапах освоения расширенной лимфодиссекции этот коллектор не входил в объем диссекции D2).

**Выводы:**

1. Расширенная лимфодиссекция не ухудшает непосредственные результаты операций.
2. Динамическое наблюдение радикально пролеченных пациентов в отдаленный период демонстрирует увеличение выживаемости, в том числе при 3 ст. рака желудка.
3. Только объем лимфодиссекции в случае местно-распространенного рака желудка, особенно массивной инвазии серозной оболочки не решает проблему отдаленной выживаемости этих пациентов.