

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ 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 Т3-Т4 составляют 40-50% (Чиссов В.И. с соавт., 2003). Многие из этих пациентов признаются неоперабельными при прорастании опухоли в соседние органы. Основной причиной этого являются опасения хирургов в благополучном исходе операции, так как бытует мнение о неизбежном ухудшении результатов при увеличении объема операции (Isozaki H., 2001). Однако многими отечественными авторами опровергается это мнение (Давыдов М.И., 2000). Внедрение в повседневную практику операций с расширенной лимфодиссекцией не только не ухудшило непосредственные, но и значительно улучшило отдаленные результаты.

Материал и методы. С 2000 по 2004 гг. в Свердловском областном онкологическом диспансере было выполнено 169 комбинированных операций с расширенной лимфодиссекцией.

Из них комбинированных гастрэктомий с лимфодиссекцией в объеме Д2 – 69 (1 группа), комбинированных гастрэктомий с лимфодиссекцией в объеме Д3, Д4 – 58 (2 группа) и комбинированные операции с резекцией пищевода торакоабдоминальным доступом и лимфодиссекцией Д2, Д4 – (3 группа). Во всех случаях имело место прорастание опухоли в те или иные соседние органы, что потребовало либо их резекции, либо удаления от 1 до 7.

Результаты. Осложнения и летальность в этих группах оказались следующими (таб.).

Таблица

Группа	1 группа	2 группа	3 группа	Всего
Осложнения	3 (4,3%)	8 (13,8%)	9 (21,4%)	21 (12,4%)
Летальность	2 (2,9%)	1 (1,7%)	2 (4,7%)	5 (2,9%)

Несостоятельность швов анастомоза эзофагоэуноанастомоза в I группе – 1, во второй группе – 0, в третьей группе – 1.

Некоторое превышение количества осложнений в группе оперированных с лимфодиссекцией Д4 и резекцией пищевода связаны, прежде всего, с легочными осложнениями и ограниченными скоплениями

ми жидкости в брюшной полости, большинство из которых не носят фатального характера.

Такое грозное осложнение как несостоятельность швов пищеводно-тонкокишечного и пищеводно-желудочного соустьев, имеющего в структуре послеоперационной летальности у многих авторов преобладающее значение, у нас имело место только в 2-х случаях.

Вывод. По нашему мнению, наличие в арсенале хирурга-онколога надежной простой и безопасной методики формирования анастомозов обеспечивает улучшение непосредственных результатов операций при раке желудка независимо от объема необходимой операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

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

Пациенты пожилого и старческого возраста среди всего контингента больных раком желудка составляют до 30% (Войновский Е.А., 1996 г), из них 50% - больные 70 лет и старше. Эта группа пациентов характеризуется большим количеством сопутствующих заболеваний и сниженными резервами функций систем жизнеобеспечения, что определяет большее число послеоперационных осложнений и летальных исходов. Многие из них поэтому не получают адекватного хирургического пособия, определяющегося на сегодня необходимым объемом лимфодиссекции (Давыдов М.И., 2001).

Материал и методы. С 2000 г. по 2004 г. проведено 96 операций пациентам старше 70 лет по поводу гистологически верифицированного рака желудка, что составило 16% от всех радикально оперированных больных. Мужчин – 51%, женщин – 49%.

В 42 случаях операции сопровождались лимфодиссекцией Д1. В 54 случаях были выполнены операции с лимфодиссекцией Д2. Во всех случаях расширенной лимфодиссекции Д2, кроме л/у 1-6 групп, обязательно удаляется клетчатка печеночно-двенадцатиперстной связки, 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 инвазию опухоли в поджелудочную железу или другие прилежащие органы всегда производилась