

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 сопровождалась лимфодиссекцией Д1. В 54 случаях были выполнены операции с лимфодиссекцией Д2. Во всех случаях расширенной лимфодиссекции Д2, кроме 1/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 предлежащие органы всегда производилась

гастроспленогемипанкреатэктомия или резекция соответствующего органа.

Результаты. Все пациенты были разделены на две группы: 1 группа – операции без лимфодиссекции, 2 группа – операции с лимфодиссекцией D2-3.

Объем операций в группах представлен в табл. 1.

Таблица 1

Виды операций

Объем операции	1 группа	2 группа
Субтотальная дистальная резекция желудка	30	30
Гастрэктомия	10	13
Комбинированная гастрэктомия	-	9
Субтотальная проксимальная резекция желудка	2	2
Всего	42	54

Послеоперационные осложнения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Послеоперационные осложнения

Осложнение	1 группа	2 группа
Несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза	1	
Некроз культи желудка		1
Пневмония		1
Послеоперационный панкреатит		1
Панкреонекроз		1
ОПН	1	
Всего	1 (4,76%)	1 (7,4%)

Летальность в 1 группе – 1 (2,4%). Летальность во 2 группе – 1 (1,85%). Стадии опухолевого процесса, уточненные после операции, представлены в табл. 3.

Таблица 3

Стадии опухолевого процесса, выставленные после операции

Стадия	1 группа	2 группа
1	15	7
2	16	17
3	10	29
4	1	1
Всего	42	54

До операции группы больных по распространенности процесса представлялись одинаковыми, после операции число пациентов с 3 стадией в 1 группе – 23,8%, во второй группе – 53,7%.

Выводы:

1. Выполнение расширенной лимфодиссекции позволяет более точно стадировать опухолевый процесс.

2. Выполнение операций с лимфодиссекцией D2-3 при отработанной технологии у пациентов старше 70 лет не приводит к увеличению послеоперационных осложнений и летальности.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТНЫХ И РАСШИРЕННЫХ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Истомин Ю.В., Киселев Е.А.

г. Екатеринбург

Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны составляют около 6% от общего количества опухолевых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Радикальная операция является основным и практически единственным методом лечения данной патологии.

Основной операцией была и остается на сегодняшний день гастропанкреатодуоденальная резекция. Хотя операция Уиппла выполняется уже достаточно продолжительное время, но до сих пор сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений и высокой летальностью.

По данным ряда авторов, количество послеоперационных осложнений составляет от 5 до 80%, а смертность от 5 до 30%. На данный момент ГПДР выполняется нами в двух вариантах: стандартная и расширенная.

По данным литературы, выполнение расширенной ГПДР сопровождается увеличением количества послеоперационных осложнений до 90%.

Материал и методы. В 3 хирургическом отделении СОМНПЦ «Онкология» с 2000 г. выполнено 46 ГПДР. Из них 8 стандартных и 36 расширенных. Мужчин было 26, женщин 18. У 23 пациентов был рак головки поджелудочной железы, у 3 пациентов – киста, у 12 пациентов – рак Фатерова соска, у 4 пациентов – рак ДПК, у 2 пациентов – рак терминального отдела холедоха. Диагноз был подтвержден УЗИ, компьютерной томографией и лапароскопией.