

АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Ю.В. Истомин, Е.А. Киселев

Свердловский областной медицинский научно-практический центр «Онкология»

Оперативное лечение гастроэзофагеального рака на сегодняшний день является единственным методом лечения данной патологии. Основными операциями, применяемыми при лечении гастроэзофагеального рака, являются: субтотальная проксимальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода и гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода. Как правило, данные виды оперативного вмешательства выполняются из торакоабдоминального доступа по Гарлоку.

По данным литературы, частота послеоперационных осложнений после операций с резекцией нижней трети пищевода колеблется в пределах от 20 до 50%, (Касаткин В.Ф., Геворкян Ю.А. и др., 2000), а послеоперационная летальность от 7 до 15% и выше (Давыдов М.И., Бохан В.Ю. и др., 2000; Касаткин В.Ф., Геворкян Ю.А. и др., 2000).

С 1990г. по 2001г. в 3 хирургическом отделении онкоцентра г. Екатеринбурга выполнено 120 операций с резекцией нижней трети пищевода: 46 гастрэктомий с резекцией нижней трети пищевода, 46 субтотальных проксимальных резекций желудка с резекцией нижней трети пищевода и 28 комбинированных операций. Возраст больных от 34 до 73 лет.

Во всех случаях был сформирован эзофаго-еюноанастомоз либо эзофаго-гастроанастомоз конец в конец трехярусным инвагинационным швом по Н.Н. Блохину. При формировании анастомоза, как правило, используется биоабсорбируемый шовный материал на атравматической игле: ПДС, дексон, максон, викрил-3/0.

У 8,3% (10 случаев) больных была несостоятельность анастомоза. Общая послеоперационная летальность составляет 3,3% (4 случая). Летальность по причине несостоятельности анастомоза 2,5% (3 случая).

Общая частота других послеоперационных осложнений 20,8% (25 случаев), среди которых чаще всего встречаются поддиафрагмальный абсцесс, пневмония, нагноение послеоперационных швов и др.

Релапаротомия после диагностирования несостоятельности с накладыванием нового анастомоза была выполнена у 5 больных. Из них в 3 случаях в дальнейшем был летальный исход. 5 случаев несостоятельности велись консервативно с дальнейшим выздоровлением.

Летальность при несостоятельности анастомоза составляет 30%.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

Ю.В. Истомин, Е.А. Киселев

Свердловский областной медицинский научно-практический центр «Онкология»

В 3 хирургическом отделении СОМНПЦ «Онкология» оперативное лечение рака пищевода проводится с 1999 г.

Резекция пищевода выполняется нами в следующей модификации: при раке нижней трети производится операция Гарлока из торакоабдоминального доступа; при раке средней трети выполняется чрезплевральная резекция из правостороннего торакального доступа с пластикой изоперистальтическим желудочным стеблем из большой кривизны желудка (операция Льюиса). Пищеводно-желудочный анастомоз во всех случаях выполняется в модификации Н.Н. Блохина (непрерывный инвагинационный трехрядный анастомоз). Все швы вы-