

По данным зарубежных и отечественных авторов, частота изолированных рецидивов рака желудка, возникающих после радикальных операций по поводу первичного рака, колеблется от 10 до 30% [1-11]. Повторные радикальные операции при местных рецидивах позволяют улучшить отдаленные результаты лечения таких больных.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 79 больных, находившихся на обследовании и лечении в госпитале им. Н.Н. Бурденко в 1991-2000 гг. с рецидивом рака желудка. Из них у 44 больных ранее выполнили дистальную субтотальную резекцию желудка по поводу рака выходного отдела желудка; у 20 - гастрэктомии по поводу рака тела желудка; у 5 - проксимальную субтотальную резекцию по поводу рака кардиального отдела желудка.

Все больные находились под динамическим наблюдением, прошли курс реабилитационной терапии. При контрольном обследовании в условиях госпиталя у 20 (25,3%) больных диагностировано местное распространение опухолевого процесса, у 59 (74,7%) диагностирован распространенный опухолевый процесс с метастатическим поражением печени, брюшины, брыжейки тонкой кишки, диафрагмы, яичников, головного мозга.

Результаты и обсуждение

Оперировали 69 (87,3%) больных, из них у 20 (25,3%) удалось выполнить радикальную операцию.

После проксимальной субтотальной резекции желудка повторную, радикальную операцию выполнили у 3 (3,8%) больных: у 1 - ререзекцию культи желудка, у 2 - экстирпацию культи. Операции выполняли при небольшом размере опухоли, экзофитной форме ее роста с высокой степенью дифференцировки.

После дистальной субтотальной резекции желудка повторно радикально оперировали 15 (19%) больных. Объем операции состоял из экстирпации культи желудка. При этом в 1 случае потребовалась резекция пищевода из-за распространения опухоли до ретроперикардиального сегмента, в 2 случаях - расширенное оперативное вмешательство: у 1 больного выполнили спленэктомию, у 1 - резекцию поперечной ободочной кишки.

После гастрэктомии радикальные операции удалось выполнить у 2 (2,5%) больных. В одном случае опухоль проросла в параэзофагеальную клетчатку, в связи с чем выполнили экстирпацию пищевода с формированием эзофаго и энтеростом. В другом - рецидив локализовался экзогастрально, прорастая отводящую петлю тонкой кишки, поджелудочную железу, левую долю печени, левый надпочечник, диафрагму, нижнюю долю левого легкого. Выполнили резекцию пищеводно-кишечного анастомоза и шести пораженных органов с последующим формированием пищеводно-кишечного анастомоза.

Проанализировав отдаленные результаты хирургического лечения, установили, что после проксимальной и дистальной субтотальной резекции желудка 5-летняя выживаемость составила 52,4% и 46% соответственно. Наиболее неблагоприятный прогноз имели больные, ранее перенесшие гастрэктомию, что объясняли низкой степенью дифференцировки первичного и рецидивного рака, распространенностью опухолевого процесса, коротким безрецидивным периодом и ранним прогрессированием. В этой группе только двум больным удалось выполнить радикальную операцию: у одного продолжительность жизни составила 12 мес, у другого - 6 мес. Таким образом, повторные радикальные операции при рецидиве рака желудка позволили увеличить выживаемость больных, улучшить качество их жизни.