

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА, ПОКАЗАНИЯ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Р.З. ЮЛДОШЕВ, Д.З. ЗИКИРЯХОДЖАЕВ, М.Т. РАХМАТОВ

ГУ «Онкологический научный центр» МЗ РТ, г. Душанбе

Залогом успеха хирургического лечения онкологических заболеваний является правильное определение показаний к выполнению оперативного вмешательства, базирующееся на правильной морфологической верификации диагноза, адекватном стадировании и соблюдении стандартов лечения разных стадий конкретных нозологических единиц.

Комбинированные операции занимают лидирующую позицию в хирургическом лечении больных раком желудка. Ретроспективному анализу подверглись истории болезни 78 больных раком желудка T₄ по международной классификации UICC (2002), получивших хирургическое лечение в условиях ОНЦ МЗ РТ в 2005–2007 гг. Возраст больных варьировал от 19 до 82 лет; мужчин было 47 (60,3%), женщин – 31 (39,7%). Чаще всего в ходе комбинированного вмешательства удалялась селезенка – у 31 (39,7%) больного. С целью профилактики панкреатического свища 16 пациентам применяли метод К. Магуама, изолированное ушивание дистального конца протока, с последующим погружением капсулы железы узловыми швами в виде «рыбьего рта». У 16 больных, которым выполнено оперативное вмешательство на поджелудочной железе, в послеоперационном периоде диагностированы следующие осложнения: панкреатические свищи – у 3 (18,7%), некроз культи поджелудочной железы – у 1 (6,25%) и абсцесс поддиафрагмального пространства – у 1 (6,25%) больного. Переход опухолевого процесса на левую долю печени диагностирован у 5 пациентов, в связи с чем была произведена атипичная резекция печени. Многофакторный анализ показал, что количество метастазов в пе-

чень и размеры метастатического узла являются независимыми прогностическими факторами. Таким образом, значимое увеличение продолжительности жизни после резекции следует ожидать у больных с солитарным метастазом в печень, размерами меньше 5 см. По всей вероятности, оба фактора (солитарность узла и его размер) обуславливают отсутствие других субклинических метастазов. Резекция печени по поводу метастазов рака желудка выполнялась при строгом соблюдении следующих условий: отсутствие других отдаленных метастазов; выполнение R0-резекции желудка; возможность выполнения макроскопической радикальной резекции печени; функциональная переносимость операции. Прорастание опухолевого процесса на диафрагму и ее ножку выявлено у 5 больных, которым выполнена резекция последней с пластикой местными тканями. Метастатическое поражение левого надпочечника размером до 3 см в диаметре диагностировано у 2 больных, которым выполнена адреналэктомия. Медиана жизни больных – 21 мес (интервал 4,5–71 мес) после операции. Показатели 1-летней, 3-летней и 5-летней выживаемости составили 73%, 38% и 38% соответственно.

Таким образом, выполнение R0 резекции является основным фактором, влияющим на прогноз при раке желудка. Однако R0 резекции возможны не более чем у половины больных – 48,5%. Существенное место в лечении рака желудка занимают паллиативные резекции, целесообразность которых заключается в предотвращении возникновения таких осложнений опухолевого процесса, как кровотечение, стенозы, перфорация.