

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОБШИРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА И РАКА ЖЕЛУДКА

**А.В. ПАК, С.Г. АФАНАСЬЕВ, С.В. АВДЕЕВ, А.В. АВГУСТИНОВИЧ, М.Ю. ВОЛКОВ**

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

**Актуальность.** Рак проксимальных отделов ЖКТ является одной из важнейших проблем современной онкологии. Несмотря на устойчивое снижение заболеваемости, рак пищевода и желудка сохраняет одно из ведущих мест в структуре онкологической патологии. В РФ на него приходится 12,7% всех злокачественных новообразований. К моменту постановки диагноза основная масса больных имеет местно-регионарное распространение опухолевого процесса, что требует выполнения расширенных хирургических вмешательств, которые могут рассматриваться в качестве определенного гаранта радикальности лечения. Согласно современным представлениям о хирургии рака пищевода и желудка, при выполнении оперативного вмешательства, претендующего на понятие «радикальная операция», обязательным этапом является удаление перигастральной жировой клетчатки вместе с элементами регионального лимфатического аппарата. Оперативное лечение кардиоэзофагеального рака подразумевает обязательное выполнение двухзональной лимфодиссекции. Одним из наиболее опасных и частых осложнений перигастральной лимфодиссекции D2 является развитие острого послеоперационного панкреатита.

**Цель исследования** – оценить ферментативную активность поджелудочной железы в periоперационном периоде на фоне применения октреотида-депо у больных раком желудка и кардиоэзофагеальным раком при выполнении радикальных хирургических вмешательств.

**Материал и методы.** В период 2009–2010 гг. наблюдалось 10 пациентов в возрасте от 46 до 70 лет (в среднем – 66,4 года). Из них мужчин – 4 (40%), женщин – 6 (60%). У 4 (40%) пациентов был выявлен кардиоэзофагеальный рак, у 6 (60%) – рак желудка. На дооперационном этапе проведён полный комплекс диагностических мероприятий, включающий в себя общеклинические

лабораторные исследования, рентгенографию пищевода и желудка, эзофагогастроуденоскопию с биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, компьютерную томографию с болюсным усилением органов брюшной полости. С целью подавления внешней ферментативной активности поджелудочной железы за 7 дней до оперативного вмешательства пациенты получали препарат октреотид-депо 20мг в/м однократно. На протяжении всего periоперационного периода проводился контроль амилаземии. Во время операции и в послеоперационном периоде дополнительно никаких препаратов, подавляющих активность поджелудочной железы, не применялось.

**Результаты.** Все больные были радикально прооперированы. 4 (40%) пациентам была выполнена операция типа Льюиса; 5 (50%) – субтотальная дистальная резекция желудка; 1 (10%) – гастрэктомия. Показатели внешней ферментативной активности поджелудочной железы на протяжении интраоперационного и послеоперационного периода оставались в пределах нормы. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов отмечалась незначительная транзиторная гиперферментемия, которая нормализовалась к 5-м суткам после операции. Признаков развития острого послеоперационного панкреатита не выявлено. У 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде применялся гордоекс в дозе 100 тыс. ЕД. 3 раза в сутки с целью профилактики респираторного дистресс – синдрома. РДСВ. Дополнительная антиэнзимная коррекция в послеоперационном периоде не потребовалась.

**Выводы.** Таким образом, применение октреотида-депо у пациентов с кардиоэзофагеальным раком и раком желудка в предоперационном периоде значительно снижает риск развития острого послеоперационного панкреатита.