

присвоено определенное количество баллов, а итоговая сумма баллов определяет вероятность одного из вариантов прогрессирования РЖ после радикального хирургического лечения в сроки от 1 до 3 лет, при этом учитывается вероятность развития прогрессирования рака желудка с учетом прогностических групп, рассчитанных по формуле. Выбор периода прогнозирования вероятности прогнозирования канцероматоза 1-3 года обусловлен тем, что абсолютное количество случаев прогрессирования рака желудка после хирургического вмешательства наблюдается в течение первых 2 лет после операции. Наличие высокой вероятности прогрессирования РЖ диктует необходимость комплексного подхода в лечении местнораспространенного РЖ.

Заключение. Хирургический метод лечения при местнораспространенном раке желудка является относительно радикальным, поскольку в разные сроки после радикального хирургического лечения возможно развитие прогрессирования заболевания вне зависимости от исходной степени распространенности опухолевого процесса. Предложенная номограмма позволяет прогнозировать ожидаемую вероятность развития перитонеальной диссеминации у радикально оперированных по поводу рака желудка пациентов сразу же после морфологического уточнения степени распространенности опухолевого процесса. Это позволит индивидуализированно подойти к планированию адъювантного лечения, направленного на профилактику развития перитонеального канцероматоза.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Синило С. Б., Третьяк С. И., Ращинская Н. Т., Гузов С. С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Злокачественное поражение желчного пузыря встречается у 1-2% пациентов, оперированных по поводу заболеваний желчного пузыря. Продолжительность жизни в течение 5 лет после операций составляет всего лишь 1-5%. За

последнее время не наблюдается прогресса в лечении рака желчного пузыря. Актуальным остается выявление ранних форм заболевания.

Цель нашей работы – изучение встречаемости рака желчного пузыря среди пациентов многопрофильных городских клинических учреждений и анализ результатов его лечения.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов с ЖКБ и ее осложнениями, проходивших лечение в хирургических отделениях на клинических базах 2-й кафедры хирургических болезней с 2001 по 2017 гг. Было выявлено 39 пациентов со злокачественным поражением желчного пузыря. Среди них 31 женщина (79,5%), 8 мужчин (20,5%) в возрасте от 40 до 88 лет. Средний возраст составил 68,8 года. От 40 до 59 лет было 9 чел. (23,1%), старше 60 лет – 30 (76,9%).

Результаты и обсуждение. Диагноз рака желчного пузыря без морфологической верификации был установлен до операции у 4, во время операции – у 30 (76,9%), после гистологического заключения – у 5 (12,8%) пациентов. Обследование пациентов проводилось согласно протоколу МЗ Республики Беларусь. Всем пациентам выполнялось УЗИ органов брюшной полости при поступлении. Пациентам (8), поступившим с диагнозом острый калькулезный холецистит, выполняли УЗИ мониторинг на фоне проводимого лечения. У 7 пациентов, поступивших для планового оперативного лечения с диагнозом хронический калькулезный холецистит, во время операции в 2-х случаях установлен диагноз рака желчного пузыря, а в 5-х случаях диагноз установлен после гистологического исследования. С синдромом холестаза поступили 23 (58,9%) пациента: 3 выполнена чрескожная чреспеченочная холангиограмма, 5 – ретроградная панкреатохолангиография и 15 – МРТ-холангиография. Всем этим пациентам диагноз рака желчного пузыря установлен во время операции. С диагнозом перитонит неясной этиологии поступил и в экстренном порядке оперирован 1 пациент, диагноз рака установлен во время операции.

Резекция 4-5 сегментов печени и удаление желчного пузыря единым блоком выполнены 3 пациентам. Холецистэктомия, а затем после макроскопического изучения удаленного желчного

пузыря и резекция 5-4 сегментов печени выполнены 6 пациентам. Холецистэктомия с резекцией протоков и реконструктивной операцией гепатикоеюностомией выполнены 5 пациентам. Лапароскопические холецистэктомии выполнены 5 пациентам. В данных случаях диагноз рака желчного пузыря был установлен после гистологического заключения. Лапаротомия и биопсия печени выполнены 6; лапаротомия, холецистэктомия и биопсия печени – 3, лапаротомия, холецистэктомия и наружное дренирование желчных протоков – 5, диагностическая лапароскопия и биопсия – 4 пациентам. Таким образом, радикальные операции были выполнены только 14 (35,9%) пациентам, а 25 (64,1%) пациентам из-за распространенности процесса были выполнены паллиативные операции.

При изучении гистологических протоколов во всех случаях отмечалась картина разной степени выраженности аденокарциномы с преобладанием низкодифференцированной. В 5 (12,8%) случаях была картина папиллярной высокодифференцированной аденокарциномы. Высокодифференцированная аденокарцинома G₁ выявлена только в 4 (10,3%) случаях.

В послеоперационном периоде умерли 9 (23,1%) пациентов. Причиной смерти была системная полиорганная дисфункция с преобладанием печеночно-почечной на фоне раковой интоксикации за счет распространенного опухолевого процесса. Средний койко-день составил 18,1.

Все пациенты после выписки из стационара направлены для дальнейшего лечения к онкологу. Ранние отдаленные результаты были изучены только у пациентов после реконструктивных операций.

Выводы. Рак желчного пузыря течет скрыто. Наиболее часто поздним клиническим проявлением является синдром холестаза. Для раннего выявления опухоли желчного пузыря целесообразно углубленное обследование и раннее хирургическое лечение пациентов с высоким риском, т.е. пациентов с желчнокаменной болезнью.