



**ЗНАЧЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО
РАКА ЖЕЛУДКА**

**Худоёров Санжарбек Сарварович, Абдукодиров Аббос Ойбек угли,
Джураев Миржалол Дехканович**

Место работы: Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

Автор, ответственный за переписку: **Абдукодиров А.О.**, Республиканский
специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии,
Ташкент, Узбекистан.

E-mail: abbos_99610@mail.ru

***Аннотация:** Рак желудка остаётся одной из актуальных проблем современной онкологии, особенно в странах, где значительная часть пациентов выявляется уже на местнораспространённой стадии. При III стадии заболевания хирургическое лечение остаётся основным радикальным этапом, однако изолированная операция не всегда обеспечивает удовлетворительный онкологический результат. В связи с этим всё большее значение приобретает комплексный подход, включающий неоадъювантную химиотерапию, радикальное хирургическое вмешательство и послеоперационное лечение.*

Особый интерес представляет применение лапароскопических технологий после неоадъювантной химиотерапии. Миниинвазивная хирургия позволяет снизить операционную травму, уменьшить кровопотерю, сократить выраженность послеоперационного болевого синдрома и ускорить восстановление пациента. Это особенно важно при



местнораспространённом раке желудка, поскольку пациенту часто необходимо продолжение системного лечения после операции.

Целью настоящей работы является оценка значимости лапароскопического подхода в комплексном лечении пациентов с III стадией рака желудка и описание промежуточных клинических результатов.

***Ключевые слова:** рак желудка, местнораспространённый рак желудка, лапароскопическая хирургия, неоадъювантная химиотерапия, гастрэктомия, D2-лимфодиссекция.*

Актуальность

Рак желудка занимает важное место в структуре онкологической заболеваемости и смертности. Несмотря на развитие диагностики и лечения, значительное число пациентов обращаются к врачу уже на стадии местнораспространённого процесса. III стадия рака желудка характеризуется высоким риском лимфогенного распространения, местного прогрессирования и рецидива заболевания.

В современных условиях лечение таких пациентов должно быть не только радикальным, но и функционально щадящим. Хирург должен стремиться не просто удалить опухоль, но и обеспечить пациенту безопасное восстановление, минимизировать осложнения и создать условия для своевременного продолжения комплексного лечения.

Традиционно при местнораспространённом раке желудка применялись открытые операции. Однако открытый доступ сопровождается большей



травмой передней брюшной стенки, более выраженным болевым синдромом, большей кровопотерей и более длительным восстановлением. В связи с этим внедрение лапароскопических технологий является важным направлением развития современной онкохирургии.

Цель работы

Оценить клиническое значение лапароскопической хирургии в комплексном лечении пациентов с местнораспространённым раком желудка III стадии, особенно после проведения неоадьювантной химиотерапии.

Материалы и методы

Проведён анализ промежуточных результатов лечения пациентов с местнораспространённым раком желудка III стадии. Пациенты были распределены на три группы:

1. пациенты, которым выполнена открытая операция без неоадьювантной химиотерапии;
2. пациенты, получившие неоадьювантную химиотерапию с последующей открытой операцией;
3. пациенты, получившие неоадьювантную химиотерапию с последующей лапароскопической операцией.

Оценивались следующие показатели: объём интраоперационной кровопотери, длительность операции, продолжительность применения наркотических анальгетиков, длительность госпитализации, частота ранних

послеоперационных осложнений, несостоятельность анастомоза и однолетняя летальность.

Результаты и обсуждение

Промежуточный анализ показал, что лапароскопический доступ после неоадьювантной химиотерапии может быть безопасным и клинически оправданным у тщательно отобранных пациентов с III стадией рака желудка.

В группе лапароскопической хирургии отмечалась меньшая интраоперационная кровопотеря. В среднем она составляла около 150 мл, тогда как при открытых операциях данный показатель находился в пределах 250–350 мл. Это свидетельствует о более точной визуализации тканей, аккуратной диссекции и эффективном гемостазе при миниинвазивном доступе.

Длительность операции при лапароскопическом подходе была несколько больше и составляла около 165 минут. Для сравнения, при открытой операции без неоадьювантной терапии продолжительность вмешательства составляла около 120 минут, а после неоадьювантной терапии с открытым доступом — около 135 минут. Увеличение времени операции можно объяснить технической сложностью лапароскопической D2-лимфодиссекции и особенностями хирургии после химиотерапии. Однако более длительное операционное время не сопровождалось увеличением тяжёлых осложнений.



Одним из важных преимуществ лапароскопической хирургии было снижение послеоперационного болевого синдрома. Пациенты после лапароскопической операции нуждались в наркотических анальгетиках около 2 дней, тогда как после открытых вмешательств — около 3–3,5 дней. Меньшая потребность в обезболивании способствует ранней активизации пациента, улучшению дыхательной функции и более быстрому восстановлению.

Также отмечалось сокращение длительности госпитализации. После лапароскопической операции пациенты находились в стационаре около 6,5 дня, тогда как после открытых операций — 7,5–8 дней. Более короткое пребывание в стационаре имеет значение не только для пациента, но и для организации работы специализированного онкологического центра.

Частота лёгких послеоперационных осложнений по классификации Clavien–Dindo I–II была ниже в группе лапароскопической хирургии. Несостоятельности анастомоза и однолетней летальности в промежуточном анализе не зарегистрировано.

Полученные данные показывают, что миниинвазивный подход при раке желудка III стадии может быть не просто технической альтернативой открытой операции, а важным компонентом комплексного лечения. Его преимущество заключается в снижении хирургической травмы и ускорении восстановления пациента, что особенно важно при необходимости последующего системного лечения.

Практическая значимость

Практическая значимость данной работы заключается в том, что она отражает возможность внедрения лапароскопической хирургии в лечение местнораспространённого рака желудка в условиях специализированного онкологического центра.

Для клинической практики работа важна по нескольким причинам:

1. показывает безопасность лапароскопического подхода после неoadьювантной химиотерапии;
2. демонстрирует снижение кровопотери и послеоперационной боли;
3. подчёркивает возможность более быстрого восстановления пациента;
4. создаёт основу для дальнейшего изучения долгосрочных онкологических результатов;
5. подтверждает необходимость развития миниинвазивной онкохирургии в Узбекистане.

Таким образом, исследование имеет не только научное, но и практическое значение, поскольку может способствовать улучшению качества хирургической помощи пациентам с раком желудка.

Заключение



Местнораспространённый рак желудка требует комплексного и индивидуализированного подхода. Радикальная операция остаётся ключевым этапом лечения, однако современная хирургия должна быть направлена не только на онкологическую радикальность, но и на снижение операционной травмы.

Промежуточные результаты показывают, что лапароскопическая хирургия после неоадьювантной химиотерапии при III стадии рака желудка является перспективным направлением. Она позволяет уменьшить кровопотерю, снизить потребность в наркотических анальгетиках, сократить сроки госпитализации и ускорить восстановление пациента.

Дальнейшее накопление клинического материала, оценка R0-резекции, количества удалённых лимфатических узлов, безрецидивной и общей выживаемости позволит более точно определить место лапароскопической хирургии в комплексном лечении местнораспространённого рака желудка.

Список литературы

1. Al-Batran S.E., Homann N., Pauligk C. et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin and docetaxel versus ECF/ECX for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma. *Lancet Oncology*. 2019;20(5):681–692.

2. Cunningham D., Allum W.H., Stenning S.P. et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *New England Journal of Medicine*. 2006;355(1):11–20.
3. Noh S.H., Park S.R., Yang H.K. et al. Adjuvant capecitabine plus oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy: 5-year follow-up of a randomized phase 3 trial. *Lancet Oncology*. 2014;15(12):1389–1396.
4. Son S.Y., Lee C.M., Ahn S.H. et al. Laparoscopic versus open distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer: 5-year outcomes of the KLASS-02 randomized clinical trial. *JAMA Surgery*. 2022;157(10):879–886.
5. Etoh T., Ohyama T., Sakuramoto S. et al. Five-year survival outcomes of laparoscopy-assisted versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer: the JLSSG0901 randomized clinical trial. *JAMA Surgery*. 2023;158(5):445–454.
6. Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients. *Annals of Surgery*. 2004;240(2):205–213.