

выполнения операции. Метод скользящей трахеопластики можно считать методом выбора при врожденных протяженных стенозах трахеи у детей. Использование искусственного кровообращения показано при сопутствующих пороках сердца и магистральных сосудов и, по нашему мнению, облегчает доступ к трахее. К настоящему времени нами детально определены стадийность хирургического вмешательства и особенности тактики ведения в послеоперационном периоде детей с протяженными стенозами трахеи, что позволяет прогнозировать положительные результаты лечения данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anton-Pacheco J. L., Cano I., Garcia A. et al. Patterns of management of congenital tracheal stenosis // J. Pediatr. Surg. 2003. Vol. 38. P. 1452–1458.
2. Cantrell J. R., Guild H. C. Congenital stenosis of the trachea // Am. J. Surg. 1964. Vol. 108. P. 297–305.
3. Dunham M. E., Holinger L. D., Backer C. L., Mavroudis C. Management of severe congenital tracheal stenosis // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1994. Vol. 103. P. 351–356.
4. Elliott M., Hartley B. E., Wallis C., Roebuck D. Slide tracheoplasty // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2008. Vol. 16. P. 75–82.
5. Grillo H. C., Wright C. D., Vlahakes G. J., MacGillivray T. E. Management of congenital tracheal stenosis by means of slide tracheoplasty or resection and reconstruction, with long-term follow-up of growth after slide tracheoplasty // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2002. Vol. 123. P. 145–152.
6. Heimansohn D. A., Kesler K. A., Turrentine M. W. et al. Anterior pericardial tracheoplasty for congenital tracheal stenosis // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1991. Vol. 102. P. 710–715.
7. Hoffer M. E., Tom L. W., Wetmore R. F. et al. Congenital tracheal stenosis: the otolaryngologist's perspective // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1994. Vol. 120. P. 449–453.
8. Jaquiss R. D., Lusk R. P., Spray T. L., Huddleston C. B. Repair of longsegment tracheal stenosis in infancy // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1995. Vol. 110. P. 1504–1511.
9. Jonas R. A. Invited letter concerning: tracheal operations in infancy // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1990. Vol. 100. P. 316–317.
10. Kay D. J., Goldsmith A. J. Congenital malformations, trachea. URL: <http://www.emedicine.com/ent/topic325.htm> (Accessed March 9, 2006).
11. Koopman J. P., Bogers A. J., Witsenburg M. et al. Slide tracheoplasty for congenital tracheal stenosis // J. Pediatr. Surg. 2004. Vol. 39. P. 19–23.
12. Kuitu C. A., Goldstraw P. Slide tracheoplasty for congenital funnel shaped tracheal stenosis (a 9-year follow-up of the first case) // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 1999. Vol. 16. P. 98–99.
13. Lobe T. E., Hayden C. K., Nicolas D., Richardson C. J. Successful management of congenital tracheal stenosis in infancy // J. Pediatr. Surg. 1987. Vol. 22. P. 1137–1142.
14. Macchiaroni P., Sulmet E., de Montpreville V. et al. Tracheal growth after slide tracheoplasty // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1997. Vol. 113. P. 558–566.
15. Maeda M., Grillo H. C. Effect of tension on tracheal growth after resection and anastomosis in puppies // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1973. Vol. 65. P. 658–668.
16. Manning P. B., Rutter M. J., Border W. L. Slide tracheoplasty in infants and children: risk factors for prolonged postoperative ventilator support // Ann. Thorac. Surg. 2008. Vol. 85. P. 1187–1191.
17. Sade R. M., Rosenthal A., Fellows K., Castaneda A. R. Pulmonary artery sling // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1975. Vol. 69. P. 333–346.
18. Tsang V., Murday A., Gilbe C., Goldstraw P. Slide tracheoplasty for congenital funnel-shaped tracheal stenosis // Ann. Thorac. Surg. 1989. Vol. 48. P. 632–635.
19. Wells T. R., Gwinn J. L., Landing B. H., Stanley P. Reconsideration of the anatomy of sling left pulmonary artery: the association of one form with bridging bronchus and imperforate anus. Anatomic and diagnostic aspects // J. Pediatr. Surg. 1988. Vol. 23. P. 892–898.
20. Yamaguchi M., Oshima Y., Hosokawa Y. et al. Concomitant repair of congenital tracheal stenosis and complex cardiac anomaly in small children // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1990. Vol. 100. P. 181–187.

Поступила 29.03.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.33-006.04-089.87-089.12

СПЛЕНОСОХРАННАЯ D2-ЛИМФОДИССЕКЦИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ТЕЛА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

И. С. Стилиди*, С. Н. Неред, Е. В. Глухов

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» (директор – академик РАН и РАМН М. И. Давыдов) РАМН, Москва

Цель. Разработка методики спленосохранной лимфодиссекции при раке проксимального отдела и тела желудка, оценка ее радикальности и безопасности.

Материал и методы. Выполнены 143 операции со спленосохранной D2-лимфодиссекцией. Контрольную группу составили 182 больных после стандартных D2-гастрэктомий со спленэктомией. Среднее количество всех удаляемых лимфатических узлов и лимфатических узлов в воротах селезенки в сравниваемых группах не различалось (33,8 и 29,4; 2,6 и 2,4).

Результаты. Выполнение спленосохранной D2-лимфодиссекции приводило к увеличению продолжительности операции в среднем на 20 минут, однако способствовало уменьшению интраоперационной кровопотери, частоты таких осложнений, как поддиафрагмальный абсцесс и панкреатический свищ, и времени пребывания пациентов в стационаре. Показатель трехлетней выживаемости (по Kaplan–Meier) составил в основной группе 80,9%, в контрольной – 62,9% ($p=0,01$).

*Стилиди Иван Сократович, доктор мед. наук, профессор, чл.-корр. РАМН, научный руководитель хирургического отделения №6 (абдоминальной онкологии). 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24. E-mail: istilidi@front.ru

Заключение. Спленосохранная D2-лимфодиссекция может рассматриваться как радикальный и безопасный хирургический метод при местно-распространенном раке тела и проксимального отдела желудка.

Ключевые слова: рак желудка, спленосохранная лимфодиссекция, спленэктомия.

Spleen-preserving D-2-lymphodissection in hysterocarcinoma and proximal stomach

I. S. Stilidi, S. N. Nered, E. V. Glukhov

N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center of Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Objective. To develop the method of spleen-preserving lymphodissection in cancer of proximal part and body of stomach, to estimate its radicality and safety. 143 spleen-preserving D-2-lymphodissection procedures were performed. The control consisted of 182 patients after standard D-2-gastrectomies with splenectomy. The average number of all devitalized lymphatic nodes and lymphatic nodes in gates of spleen in comparable groups did not differ (33.8 and 29.4; 2.6 and 2.4). The results of performed spleen-preserving D-2-lymphodissection led to increase of the length of operation for about 20 min. However, it improved intraoperative decrease of blood loss, frequency of such complications as subdiaphragmatic abscess and pancreatic fistula and the length of stay in hospital. Kaplan–Meier three-year survival index was 80.9% in the main group, 62.9% in the control ($p=0.01$).

Conclusion. Spleen-preserving D-2-lymphodissection can be considered as radical and safe surgical method in regional cancer and proximal stomach.

Key words: stomach cancer, spleen-preserving lymphodissection, splenectomy.

Роль спленэктомии в хирургическом лечении рака желудка остается предметом дискуссий. Стандартным объемом лимфодиссекции при раке тела и проксимального отдела желудка является D2, что подразумевает спленэктомию, которая выполняется только для полноценного удаления лимфатических узлов ворот селезенки (10-я группа по JGCA), ибо метастазы в пульпу селезенки – казуистическая редкость. Однако спленэктомия приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений и летальности, что подтверждено рядом европейских рандомизированных исследований [1, 3, 5, 14], а также, с учетом снижения функции иммунной системы, обуславливает рост заболеваемости острыми и хроническими вирусными и бактериальными инфекциями на протяжении всей дальнейшей жизни больного [4].

Существует ли возможность выполнения радикальной лимфодиссекции в воротах селезенки без удаления этого важного для клеточного и гуморального иммунитета органа, осуществляющего также контроль за циркулирующими клетками крови и участвующего в гемопоэзе? В последнее десятилетие появились сообщения о попытках выполнения лимфодиссекции D2 в полном объеме с сохранением селезенки [8, 10], однако исследования в этом направлении пока малочисленны и многие аспекты подобных операций до конца не изучены. В связи с этим целью нашего исследования явилась разработка методики спленосохранной лимфодиссекции при раке проксимального отдела и тела желудка, оценка ее радикальности и безопасности.

Материал и методы

С января 2005 г. в отделении абдоминальной онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН при раке тела и проксимального отдела желудка применяется методика спленосохранной D2-лимфодиссекции, которая наряду со стандартной диссекцией 1–12 групп лимфатических узлов предусматривает удаление парапанкреатической клетчатки в зоне хвоста поджелудочной железы, перивазальной клетчатки и лимфатических узлов (10–11 групп) по ходу основных стволов селезеночных артерии и вены и всех

терминальных ветвей этих сосудов без мобилизации селезенки (рис. 1).

По данной методике выполнены 143 операции (120 гастрэктоми и 23 проксимальные резекции). Контрольную группу составили 182 больных после операций (153 гастрэктоми и 29 проксимальных резекций желудка) со стандартной D2-лимфодиссекцией и спленэктомией.

Все удаляемые лимфатические узлы маркировались хирургом и подвергались тщательному гистологическому исследованию. Опухоль и метастатически пораженные лимфатические узлы стадировались по TNM классификации UICC 1997 г. Как в основную, так и в контрольную группу не включались больные с опухолевой инфильтрацией ворот селезенки или вращением опухоли в поджелудочную железу.

Отдаленные результаты прослежены у 220 (88,6%) пациентов (106 в основной группе и 114 – в контрольной), оперированных в период с 2005 по 2008 г.

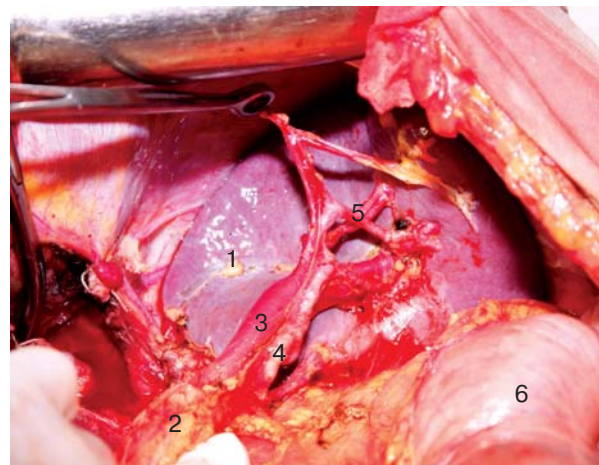


Рис. 1. Выполненная лимфодиссекция в воротах селезенки: видны скелетированные селезеночные артерия и вена и их терминальные ветви:

1 – селезенка; 2 – хвост поджелудочной железы; 3 – селезеночная вена; 4 – селезеночная артерия; 5 – терминальные ветви селезеночных сосудов; 6 – ободочная кишка

Таблица 1

Характеристика больных основной и контрольной групп		
Параметр	Спленосохранная D2-лимфодиссекция (n=143)	Лимфодиссекция D2 со спленэктомией (n=182)
Средний возраст, лет	55,1	58,6
Пол		
мужской	72 (50,3%)	112 (61,5%)
женский	71 (49,7%)	70 (38,5%)
Локализация опухоли в желудке		
верхняя треть	38 (26,6%)	47 (25,8%)
средняя треть	83 (58%)	79 (43,4%)
верхняя+средняя треть	21 (14,7%)	49 (26,9%)
тотальное поражение	1 (0,7%)	7 (3,8%)
Классификация макроскопической формы роста опухоли		
Borrmann 1	12 (8,4%)	9 (4,9%)
Borrmann 2	20 (13,9%)	34 (18,7%)
Borrmann 3	64 (44,8%)	96 (52,7%)
Borrmann 4	14 (9,8%)	22 (12,1%)
Аденокарцинома		
высоко- и умереннодифференцированная	48 (33,6%)	73 (40,1%)
низкодифференцированная	38 (26,6%)	52 (28,6%)
разной степени дифференцировки	11 (7,7%)	15 (8,2%)
Перстневидноклеточный рак	39 (27,3%)	34 (18,7%)
Недифференцированный рак	7 (4,9%)	7 (3,8%)
Глубина инвазии		
T1	33 (23,1%)	21 (11,5%)
T2	24 (16,8%)	23 (12,6%)
T3	85 (59,4%)	131 (72%)
T4	1 (0,7%)	7 (3,8%)
Распространение опухоли по региональным лимфатическим узлам		
N0	62 (43,4%)	61 (33,5%)
N1	46 (32,2%)	75 (41,2%)
N2	22 (15,4%)	30 (16,5%)
N3	13 (9,1%)	16 (8,8%)

Таблица 2

Периоперационные результаты		
Показатель	Основная группа (n=143)	Контрольная группа (n=182)
Время операции, мин	234±53,7	216±65,3
Интраоперационная кровопотеря, мл	459,4±192,3	710,5±426,5
Периоперационная трансфузия, мл	179,1±234,2	610,7±306,6
Послеоперационный койко-день	15,7±6,1	17,7±9,7
Количество удаляемых лимфоузлов	33,8±12,5	29,4±12,8
Количество удаляемых лимфоузлов 10-й группы	2,6±1,9	2,4±1,9
Количество удаляемых лимфоузлов 11-й группы	1,4±1,7	1,4±1,8

Показатель 3-летней выживаемости рассчитывался по методике Каплана–Мейера.

Сравнительная характеристика пациентов основной и контрольной групп представлена в таблице 1. Состав больных по возрасту и полу практически не различался. Существенных различий в соотношении макро- и микроскопических форм опухоли в сравниваемых группах также не выявлено, однако в контрольной группе распространенность опухолевого

процесса была более выражена как по глубине инвазии, так и по частоте поражения регионарных лимфатических узлов.

Результаты

Частота метастазов в лимфатических узлах по ходу селезеночных сосудов и в воротах селезенки в основной и контрольной группах больных практически не различалась, поэтому изучение закономерностей метастатического поражения этих лимфатических узлов в зависимости от различных факторов (локализации опухоли в желудке, макроскопической формы опухоли, ее гистологического строения) проводилось нами у всех пациентов, включенных в исследование. При гистологическом исследовании всех удаленных лимфатических узлов регионарные метастазы обнаружены в 62,2% случаев. Метастазы в лимфатических узлах в воротах селезенки выявлены в 9,2%, по ходу селезеночной артерии – в 6,2% случаев. Изолированное метастатическое поражение лимфатических узлов 10-й и 11-й групп наблюдалось в 6,5 и 3,4% случаев соответственно.

Наиболее высокая частота метастазирования в указанные группы лимфатических узлов отмечена при поражении опухолью двух и более отделов желудка (25,7 и 18,6%), локализации опухоли на задней стенке и большой кривизне (16 и 16%), циркулярном поражении желудка (24,1 и 10,3%), глубине инвазии T3 и T4 (12,5 и 7,9%), язвенно-инфильтративной (14,4 и 8,1%) и диффузно-инфильтративной (8,3 и 8,3%) форме роста опухоли по Borrmann, низкодифференцированной аденокарциноме (13,3 и 4,4%) и недифференцированном раке (21,4 и 0%). Следует отметить, что метастазов в 10-ю группу лимфатических узлов не было при раннем раке желудка и экзофитной форме роста опухоли по Borrmann.

Среднее количество удаленных лимфатических узлов в воротах селезенки (группа 10) в основной и контрольной группах составило 2,6 и 2,4, среднее количество всех удаленных лимфатических узлов (группы 1–12) – 33,8 и 29,4 соответственно.

Выполнение спленосохранной D2-лимфодиссекции несколько увеличило время хирургического вмешательства (в среднем на 20 мин), однако способствовало уменьшению среднего объема интраоперационной кровопотери на 250 мл (табл. 2). Общая частота послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах составила 20,0 и 34,6% ($p<0,05$), показатель послеоперационной летальности – 0,0 и 1,1% соответственно (табл. 3). Снижение частоты осложнений после операций со спленосохранной лимфодиссекцией достигнуто в первую очередь за счет уменьшения количества таких осложнений, как поддиафрагмальный абсцесс (с 6,6 до 2,1%; $p<0,05$), панкреатический свищ (с 6,6 до 0,7%; $p<0,01$), пневмония (с 11,0 до 4,2%; $p<0,05$), плеврит (с 13,7 до 2,8%, $p<0,001$). В итоге средняя продолжительность послеоперационного койко-дня в этой группе оказалась меньше, чем в контрольной.

Следует отметить, что у 23 (13,8%) больных в связи с выраженным спаечным процессом в левом поддиафрагмальном пространстве и повреждением капсулы селезенки или травмой мелких ветвей селезеночных сосудов, сопровождавшейся достаточно

Послеоперационные осложнения и летальность

Осложнения	Основная группа (n=143)	Контрольная группа (n=182)	p
Пневмония	4,2%	11%	0,025
Плеврит	2,8%	13,7%	0,0002
Поддиафрагмальный абсцесс	2,1%	6,6%	0,05
Внутрибрюшное кровотечение	2,1%	1,1%	0,47
Панкреатический свищ	0,7%	6,6%	0,007
Панкреатит	2,8%	6,1%	0,17
Нагноение послеоперационной раны	5,6%	7,1%	0,57
Кишечная непроходимость	2,8%	0,5%	0,1
Всего осложнений	20%	34,6%	0,006
Послеоперационная летальность	—	1,1%	0,21

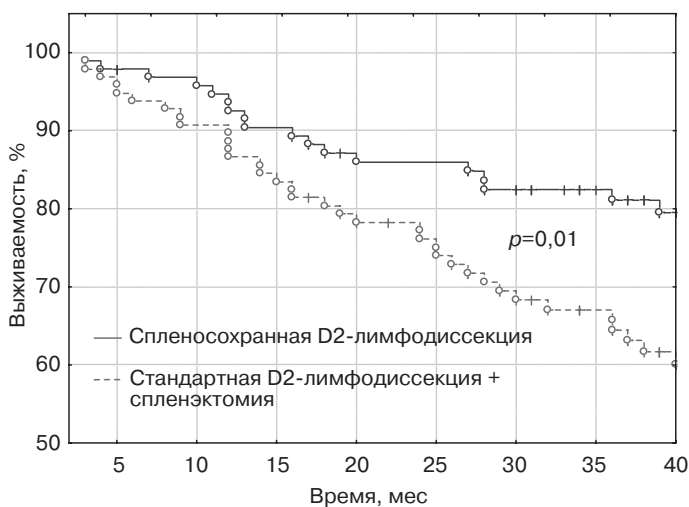


Рис. 2. Общая 3-летняя выживаемость после хирургического лечения в основной и контрольной группах

обширным инфарктом селезенки, попытка спленосохранной D2-лимфодиссекции завершилась спленэктомией. Только у одного пациента на 8-е сут после операции возникла необходимость в экстренной релапаротомии по поводу аррозивного кровотечения из селезеночной артерии, развившегося вследствие послеоперационного панкреонекроза. Ему были выполнены дистальная резекция поджелудочной железы и спленэктомия.

Небольшие сроки от начала нашего исследования позволили оценить отдаленные результаты лишь по показателю общей 3-летней выживаемости. Медиана общей выживаемости в двух группах пациентов не достигнута. После операций со спленосохранной лимфодиссекцией 3-летняя выживаемость оказалась достоверно лучше, чем в группе больных, которым выполнена спленэктомия (80,9% против 62,9%, $p=0,01$) (рис. 2). Поскольку более высокий показатель 3-летней выживаемости в основной группе, вероятнее всего, обусловлен большей распространенностью опухоли в контрольной группе, нами проведена оценка выживаемости в сравниваемых группах при одинаковой стадии опухоли. Среди больных с I ст. болезни умерших в первые 3 года после операции не было, поэтому сравнительная оценка отдаленных результатов проведена при II–IV ст. опухоли. Кривые выживаемости при II и III ст. после спленосохранных

операций оказались на более высоком уровне, чем в контрольной группе, однако статистически достоверных различий в показателях 3-летней выживаемости не выявлено (83,4% против 69,6%, $p=0,3$; 79,2% против 56,8%, $p=0,1$) (рис. 3, а, б). При IV ст. 3-летняя выживаемость практически не различалась в сравниваемых группах (24,3 и 35,3%, $p=0,9$) (рис. 3, в).

Обсуждение

Отсутствие показаний к спленэктомии при дистальном раке желудка в настоящее время не вызывает сомнений, поскольку вероятность метастатического поражения лимфатических узлов ворот селезенки при такой локализации опухоли не превышает 3,8% [13]. В отношении больных раком тела и проксимального отдела желудка целесообразность спленэктомии оценивается неоднозначно. Причиной этому — высокая частота метастазирования в лимфатические узлы ворот селезенки. При раке средней трети желудка она составляет 0–20%, при локализации опухоли в верхней трети достигает 25%, а при тотальном поражении желудка — 26,7% [9, 11, 16, 17]. В нашем исследовании метастазы в лимфатических узлах ворот селезенки наблюдались в 9,2%, по ходу селезеночной артерии — в 6,2% случаев. Изолированное метастатическое поражение лимфатических узлов 10-й и 11-й групп выявлено в 6,5 и 3,4% случаев соответственно. Наиболее высокая частота метастазирования в указанные группы лимфатических узлов наблюдалась при поражении опухолью двух и более отделов желудка (25,7 и 18,6%), при локализации опухоли на задней стенке и большой кривизне (16 и 16%), а также при циркулярном ее поражении (24,1 и 10,3%).

Частота метастатического поражения 10-й группы лимфатических узлов зависит не только от локализации, но и глубины инвазии опухоли. Так, М. Ikeguchi и соавт., Т. Sakaguchi и соавт. [6, 12] не обнаружили метастазы в лимфатических узлах ворот селезенки у больных раком средней и верхней трети желудка при распространении опухоли до субсерозного слоя (pT1-T2). Напротив, Y. Kodera и соавт. [7] сообщают, что у больных раком проксимального отдела желудка частота метастазирования в лимфатические узлы 10-й группы при глубине опухолевой инвазии до субсерозного слоя (pT2) достигает 8,8%. Это свидетельствует о том, что при T2-раке тела и проксимального отдела желудка целесообразность лимфодиссекции в воротах селезен-

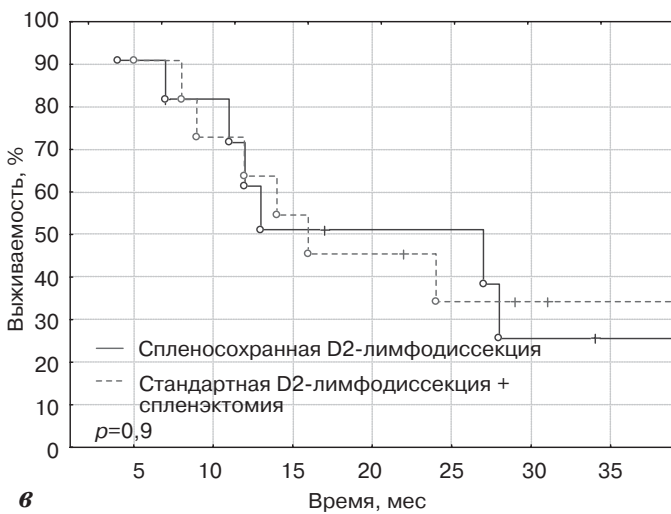
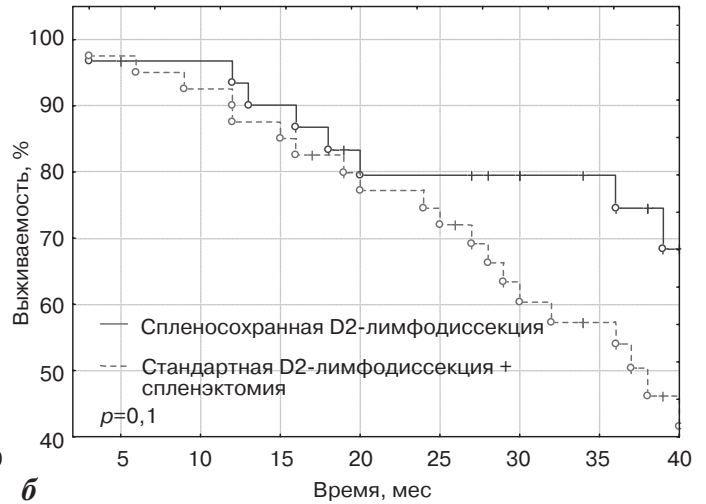
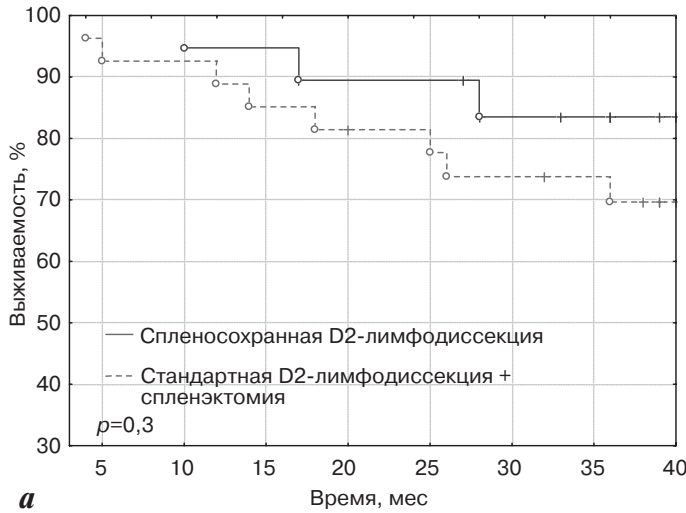


Рис. 3. Общая 3-летняя выживаемость после хирургического лечения в основной и контрольной группах при II ст. (а), III ст. (б), IV ст. (в) опухолю

ки окончательно не установлена. По нашим данным, метастазов в 10-ю группу лимфатических узлов не было только при раннем раке желудка и экзофитной форме роста опухоли по Vogtmann. При увеличении глубины опухолевой инвазии, инфильтративных формах роста опухоли по Vogtmann, низкодифференцированном раке отмечено нарастание частоты метастазирования в лимфатические узлы ворот селезенки.

Об улучшении отдаленных результатов после спленэктомии у больных раком тела и проксимального отдела желудка сообщают М. Yamamoto и соавт. [15]. По данным других авторов [2, 9, 14, 17], различий в 5-летней выживаемости после гастрэктомии со спленэктомией и без нее не выявлено либо отмечено увеличение этого показателя у больных, которым операция выполнена без спленэктомии. Важно отметить, что улучшения отдаленных результатов после спленэктомии не достигнуто как при наличии, так и при отсутствии регионарных метастазов [8, 10].

S. J. Oh и соавт. [10] сообщают об отдаленных результатах спленосохранной операции с диссекцией лимфатических узлов в воротах селезенки у 267 больных раком проксимального отдела желудка. Контрольную группу составили 99 больных после стандартной операции со спленэктомией. При метастати-

ческом поражении лимфатических узлов ворот селезенки 5-летняя выживаемость оказалась лучше в группе больных после операций с сохранением селезенки по сравнению с больными, которым выполнена спленэктомия.

Таким образом, перспективным направлением представляется внедрение методики спленосохранной D2-лимфодиссекции при раке тела и проксимального отдела желудка.

Наш опыт операций со спленосохранной лимфодиссекцией показал реальную возможность уменьшения частоты послеоперационных осложнений. В зарубежной литературе приведено много данных об осложнениях, характерных для операций со спленэктомией, таких как поддиафрагмальный абсцесс и панкреатический свищ [1, 3, 5, 14]. У наших пациентов после операций со спленосохранной лимфодиссекцией поддиафрагмальные абсцессы, панкреатиты, панкреатические свищи и плевриты наблюдались достоверно реже, чем у больных, перенесших вмешательство, включавшее спленэктомию. Наряду с этим при некотором увеличении продолжительности операции спленосохранная лимфодиссекция сопровождается уменьшением объема интраоперационной кровопотери и сокращением длительности нахождения больного в стационаре после операции.

Закономерен вопрос о радикальности спленосохранной D2-лимфодиссекции, поскольку эта операция технически сложна и требует от хирурга достаточно высокого уровня подготовленности и навыков деликатной работы с легкотравмируемыми тканями — мелкими ветвями селезеночных сосудов и капсулой селезенки. Наш опыт показал, что завершить диссекцию 10-й группы лимфатических узлов, не прибегая к спленэктомии, удается в 86,2% случаев. При этом количество лимфатических узлов, относящихся к 10-й и 11-й группам, и общее количество лимфатических узлов, удаленных в процессе спленосохранной лимфодиссекции и стандартной лимфодиссекции со спленэктомией, не различалось. Показатель общей 3-летней выживаемости после операций со спленосохранной лимфодиссекцией также не уступает таковому в группе больных, у которых лимфодиссекция сопровождалась удалением селезенки. Отсутствие ухудшения 3-летней выживаемости после спленосохранной лимфодиссекции отчетливо прослеживается и при поэтапном анализе отдаленных результатов.

Заключение

Спленосохранная D2-лимфодиссекция сопровождается снижением частоты послеоперационных осложнений, не уступает по радикальности стандартной D2-лимфодиссекции со спленэктомией и может рассматриваться как радикальный и безопасный хирургический метод при местно-распространенном раке тела и проксимального отдела желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Csendes A., Burdiles P., Rojas J. et al. A prospective randomized study comparing D2 total gastrectomy versus D2 total gastrectomy plus splenectomy in 187 patients with gastric carcinoma // *Surgery*. 2002. Vol. 131. P. 401–407.
2. Erturk S., Ersan Y., Cicek Y. et al. Effect of simultaneous splenectomy on the survival of patients undergoing curative gastrectomy for proximal gastric carcinoma // *Surg. Today*. 2003. Vol. 33. P. 254–258.
3. Fatouros M., Roukos D. H., Lorenz M. et al. Impact of spleen preservation in patients with gastric cancer // *Anticancer Res*. 2005. Vol. 25. P. 3023–3030.
4. Fielding A. K. Prophylaxis against late infection following splenectomy and bone marrow transplant // *Blood Rev*. 1994. Vol. 8. P. 179–191.
5. Griffith J. P., Sue-Ling H. M., Martin I. et al. Preservation of the spleen improves survival after radical surgery for gastric cancer // *Gut*. 1995. Vol. 36. P. 684–690.
6. Ikeguchi M., Kaibara N. Lymph node metastasis at the splenic hilum in proximal gastric cancer // *Am. Surg*. 2004. Vol. 70. P. 645–648.
7. Koderia Y., Yamamura Y., Shimizu Y. et al. Lack of benefit of combined pancreaticosplenectomy in D2 resection for proximal-third gastric carcinoma // *World J. Surg*. 1997. Vol. 21. P. 622–628.
8. Kwon S. Members of the Korean Gastric Cancer Study Group. Prognostic Impact of splenectomy on gastric cancer: results of the Korean Gastric Cancer study group // *World J. Surg*. 1997. Vol. 21. P. 837–844.
9. Li C., Kim S., Lai J. F. et al. Lymph node dissection around the splenic artery and hilum in advanced middle third gastric carcinoma // *EJSO*. 2009. Vol. 35. P. 709–714.
10. Oh S. J., Hyung W. J., Li C. et al. Effect of spleen-preserving lymphadenectomy on surgical outcomes of locally advanced proximal gastric cancer // *J. Surg. Oncol*. 2009. Vol. 99. P. 275–280.
11. Okajima K., Isozaki H. Splenectomy for treatment of gastric cancer: Japanese experience // *World J. Surg*. 1995. Vol. 19. P. 537–540.
12. Sakaguchi T., Sawada H., Yamada Y. et al. Indication of splenectomy for gastric carcinoma involving the proximal part of the stomach // *Hepatogastroenterology*. 2001. Vol. 48. P. 603–605.
13. Sasako M., McCulloch P., Kinoshita T. et al. New method to evaluate the therapeutic value of lymph node dissection for gastric cancer // *Br. J. Surg*. 1995. Vol. 82. P. 346–351.
14. Wanebo H. J., Kennedy B. J., Winchester D. P. et al. Role of splenectomy in gastric cancer surgery: adverse effect of elective splenectomy on longterm survival // *J. Am. Coll. Surg*. 1997. Vol. 185. P. 177–184.
15. Yamamoto M., Baba H., Kakeji Y. et al. Postoperative morbidity/mortality and survival rates after total gastrectomy, with splenectomy/pancreaticosplenectomy for patients with advanced gastric cancer // *Hepatogastroenterology*. 2004. Vol. 51. P. 298–302.
16. Yi Y., Yu J., Li B. et al. Pattern of lymph node metastases and its implication in radiotherapeutic clinical target volume delineation of regional lymph node in patients with gastric carcinoma // *Radiother. Oncol*. 2010. Vol. 96. P. 223–230.
17. Zhang C. H., Zhan W. H., He Y. L. Spleen preservation in radical surgery for gastric cardia cancer // *Ann. Surg. Oncol*. 2007. Vol. 14. P. 1312–1319.

Поступила 29.03.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.36-006.04-033.2:611-018.98]-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ С МЕТАСТАЗАМИ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Ю. И. Патютко*, Е. С. Чучуев, А. Г. Котельников, И. В. Сагайдак, Д. В. Подлужный, Б. М. Медведева, А. Д. Гахраманов, К. Э. Абирова

Отделение опухолей печени и поджелудочной железы ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» (директор — академик РАН и РАМН М. И. Давыдов) РАМН, Москва

Цель. Изучить эффективность хирургического лечения больных с гепатоцеллюлярной карциномой с метастазами в регионарные лимфатические узлы.

Материал и методы. За период 1990–2011 гг. по поводу гепатоцеллюлярной карциномы выполнено 187 операций. У 89 больных лимфодиссекция проводилась одномоментно с резекцией печени, а в 6 случаях при диагностике метастазов в лимфатических узлах выполнялись повторные операции.

Результаты. Послеоперационные осложнения при резекции печени с лимфодиссекцией и повторных операциях с метастазами в лимфатические узлы составили 25 и 16,7% соответственно, летальных исходов не было. Наи-

*Патютко Юрий Иванович, доктор мед. наук, профессор, зав. отделением опухолей печени и поджелудочной железы. 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24.