

П.В. Миронов¹, В.В. Дворниченко^{1,2}, С.М. Пленкин¹, В.В. Кукарин¹, М.А. Голодников²,
Д.И. Наталинов², А.М. Дорошенко²

ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ВОРОТ СЕЛЕЗЕНКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

¹ Иркутский областной онкологический диспансер (Иркутск)

² Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)

В статье представлены ближайшие результаты внедрения лимфодиссекции ворот селезенки при хирургическом лечении рака желудка в Иркутском областном онкологическом диспансере. Эта методика является альтернативой традиционной «профилактической» спленэктомии, позволяет сохранить селезенку и при этом удалить лимфоузлы 10-й группы, потенциально опасные в плане регионарного метастазирования, особенно при раке тела и кардиального отдела желудка. Оценена длительность вмешательства, частота осложнений. Представлены результаты гистологического исследования лимфоузлов 10-й группы, показана актуальность их диссекции.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, спленэктомия, лимфодиссекция

LYMPHODISSECTION OF SPLEEN HILUX AT THE SURGICAL TREATMENT OF STOMACH CANCER

P.V. Mironov¹, V.V. Dvornichenko^{1,2}, S.M. Plenkin¹, V.V. Kukarin¹, M.A. Golodnikov²,
D.I. Natalinov², A.M. Doroshenko²

¹ Irkutsk Regional Oncological Dispensary, Irkutsk

² Irkutsk State Institute of Physicians' Advanced Training, Irkutsk

The article presents the results of introduction of spleen hilux lymphodissection at the surgical treatment of stomach cancer in the Irkutsk region oncologic clinic. This method is an alternative of traditional "preventive" splenectomy and allows to preserve the spleen and to ablate lymph nodes of 10th group, especially at the cancer of body or cardial section of stomach. We evaluated continuance of surgical operation and frequency of complications. The results of histologic study of lymph nodes of 10th group are presented, relevance of their dissection is displayed.

Key words: stomach cancer, gastrectomy, splenectomy, lymphodissection

Рак желудка в настоящее время занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний и, несмотря на неуклонное снижение заболеваемости, остается весьма актуальной проблемой [4]. Лечение рака желудка зависит от распространенности опухоли в желудке, степени поражения регионарных лимфатических узлов и наличия отдаленных метастазов. Основным методом лечения является хирургическое лечение. Операция является средством выбора. 5-летняя выживаемость наблюдается в 12 – 17 % случаев. Выбор объема резекции желудка наиболее часто падает в сторону выполнения гастрэктомии (60 – 80 %). Принципы хирургического лечения местно-распространенного рака желудка формируются на основе современных представлений о следующих аспектах этой проблемы: объем лимфодиссекции при местно-распространенном раке желудка, эффективность комбинированных операций, в том числе спленэктомии, выбор хирургического доступа и метода реконструкции. Основопологающим моментом любой онкологической операции является лимфодиссекция. Для хирургического лечения рака желудка «золотым» стандартом принята лимфодиссекция в объеме Д-2. Однако наличие регионарных лимфоузлов в воротах селезенки (10-я группа) диктует необходимость «профилактической» спленэктомии, особенно в случаях рака тела желудка и прокси-

мальных раков желудка. Так, показано, что при локализации опухоли в антральном отделе желудка поражение лимфоузлов 10-й группы отмечается от 0 – 4 % случаев, однако при локализации в теле желудка их доля достигает 26,7 % [7], а при поражении кардиального отдела – 32 %. В литературе давно обсуждаются вопросы показаний к спленэктомии, зачастую у разных авторов они носят противоречивый и весьма условный характер [2, 5]. Установлено, что спленосохраняющие операции имеют ряд преимуществ как в ближайшем послеоперационном, так и в отдаленном периоде [3]. Некоторые авторы показывают увеличение летальности и количества осложнений после гастрэктомии со спленэктомии по сравнению с операциями, при которых селезенка сохранялась [6, 8]. Так, частота послеоперационных осложнений при спленосохранении ниже, чем при спленэктомии. В связи с этим необходимость удаления 10-й группы лимфоузлов и стремление сохранить селезенку привело к созданию методики лимфодиссекции ворот селезенки. Данная методика применяется в РОНЦ им. Н.Н. Блохина с 2005 года [1]. Установлено, что данная методика не увеличивает количество послеоперационных осложнений, не несет в себе ущерба для радикальности операции, однако увеличивает продолжительность вмешательства в среднем на 71 минуту по сравнению со спленуносящей операцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2009 – 2010 гг. нами на базе отделения гастрохирургии Иркутского областного онкологического диспансера (гл. врач – д.м.н. В.В. Дворниченко) была применена данная методика у 14 пациентов (8 мужчин, 6 женщин). Возраст пациентов – от 39 до 72 лет (средний возраст – $57,4 \pm 9,3$ года). У 5 пациентов опухоль располагалась изолировано в теле желудка, у 3 – по малой кривизне, у 2 – по большой кривизне. У 4 пациентов локализация установлена в кардиальном отделе, у 5 опухоль поражала как тело, так и кардиальный отдел желудка. Стадирование производилось по послеоперационному патолого-гистологическому заключению. Установлена следующая распространенность онкологического процесса: I стадия – у 1 пациента (T2N0M0), II стадия – у 2 пациентов (T3N0M0, T2N1M0), III стадия – у 10 больных (T3N1M0, T3N2M0), IV стадия – у 1 пациента (T3N3M0). IV стадия процесса была нами диагностирована за счет обширного лимфатического распространения опухоли (N3). **Противопоказанием к выполнению лимфодиссекции ворот селезенки** считали наличие отдаленных метастазов, выраженные рубцовые и спаечные изменения в области хвоста поджелудочной железы и селезенки, а также наличие опухолевого роста в ворота селезенки. Спектр оперативных вмешательств, лимфодиссекция Д-2 в которых была дополнена лимфодиссекцией ворот селезенки:

1. Гастрэктомия с петлевой пластикой – 5 пациентов.
2. Гастрэктомия с анастомозом на петле по Ру – 4 пациента.
3. Гастрэктомия с резервуарной еюногастропластикой на петле по Ру – 1 пациент.
4. Гастрэктомия с резервуарной еюногастропластикой с редуоденизацией (по типу Шушкова, Захарова, Mikkelsen) – 4 пациента.

В качестве контрольной группы нами выбраны 16 пациентов с локализацией опухоли в теле и кардиальном отделе желудка, которым выполнялась комбинированная гастрэктомия в сочетании со спленэктомией с января по май 2010 года. Средний возраст пациентов составил $61,3 \pm 10,4$ года.

МЕТОДИКА ЛИМФОДИСЕКЦИИ ВОРОТ СЕЛЕЗЕНКИ

К лимфодиссекции ворот селезенки приступали после основного этапа лимфодиссекции в объеме Д-2. После циркулярной диссекции печеночно-двенадцатиперстной связки, лимфоузлов печеночной артерии, чревного ствола, переходили к удалению лимфоузлов 11-й и 10-й групп. Выполнялся разрез брюшины по верхнему краю поджелудочной железы с помощью элетрокоагулятора, при этом узлы 10-й группы отделялись от селезеночной артерии в основной препарат. Важно как можно более дистально выделить селезеночную артерию, при этом перевязывая короткие артерии желудка. Далее мобилизовали селезенку и хвост поджелудочной железы по

Matoh. У ворот селезенки перевязывались и пересекались короткие сосуды желудка. Вскрывалась по передней и задней поверхности брюшина в воротах селезенки в месте ее перехода на орган. Клетчатка селезеночно-поджелудочной связки удалялась снизу вверх как по передней, так и по задней поверхности, при этом прецизионно выделялись сегментарные сосуды селезенки и селезеночная вена. Практически во всех случаях удалось моноблочное удаление клетчатки с основным макропрепаратом. Окончательный результат лимфодиссекции представлен на рис. 1. На макропрепарате отдельно маркировали клетчатку 10-й группы лимфоузлов.

Результаты исследования

Общая продолжительность вмешательств колебалась от 3 часов 30 минут до 5 часов 20 минут и зависела также от способа реконструкции. Продолжительность этапа лимфодиссекции ворот селезенки составляла от 40 минут до 1 часа 20 минут, в среднем – 54 минуты. Значительной кровопотери во время этапа диссекции ворот селезенки мы не отметили. Работа электрокоагулятором позволяет практически полностью избежать кровотечений из мелких сосудов. В послеоперационном периоде на 6 – 7-е сутки состояние селезенки контролировалось проведением ультразвукового сканирования с исследованием кровотока в органе и селезеночных сосудах. Появление неоднородности паренхимы селезенки в виде полос, соответствующих сегментарному строению, расценивали как сегментарный инфаркт. В 3 случаях нами констатированы сегментарные ишемические изменения селезенки: в 2 случаях – в верхнем полюсе, в 1 – в нижнем, однако это никак не отразилось на течении послеоперационного периода, лабораторных показателях и самочувствии пациентов. Все пациенты основной группы выписаны на 9 – 14-е сутки после операции.

Летальности среди пациентов как основной, так и контрольной групп не было. К осложнениям данной манипуляции мы отнесли послеоперационное кровотечение из сегментарной вены селезенки (1 случай), что потребовало релапаротомии и спленэктомии, так как дефект вены располагался в воротах, и ушивание его было нецелесообразным. Причиной кровотечения считаем технические погрешности, возникшие в начале отработки методики.

Гнойно-септических осложнений в основной группе пациентов не отмечено. В 4 (28,5 %) случаях нами констатировано течение послеоперационного отечного панкреатита, в 2 из них течение панкреатита имело среднюю тяжесть. Однако возникновение панкреатита прежде всего связываем с реконструктивным этапом – редуоденизацией, что ведет к ранней активации внешнесекреторной функции поджелудочной железы. В группе контроля осложнения отмечены у 5 (31 %) пациентов, у всех определено течение послеоперационного панкреатита, у 2 их

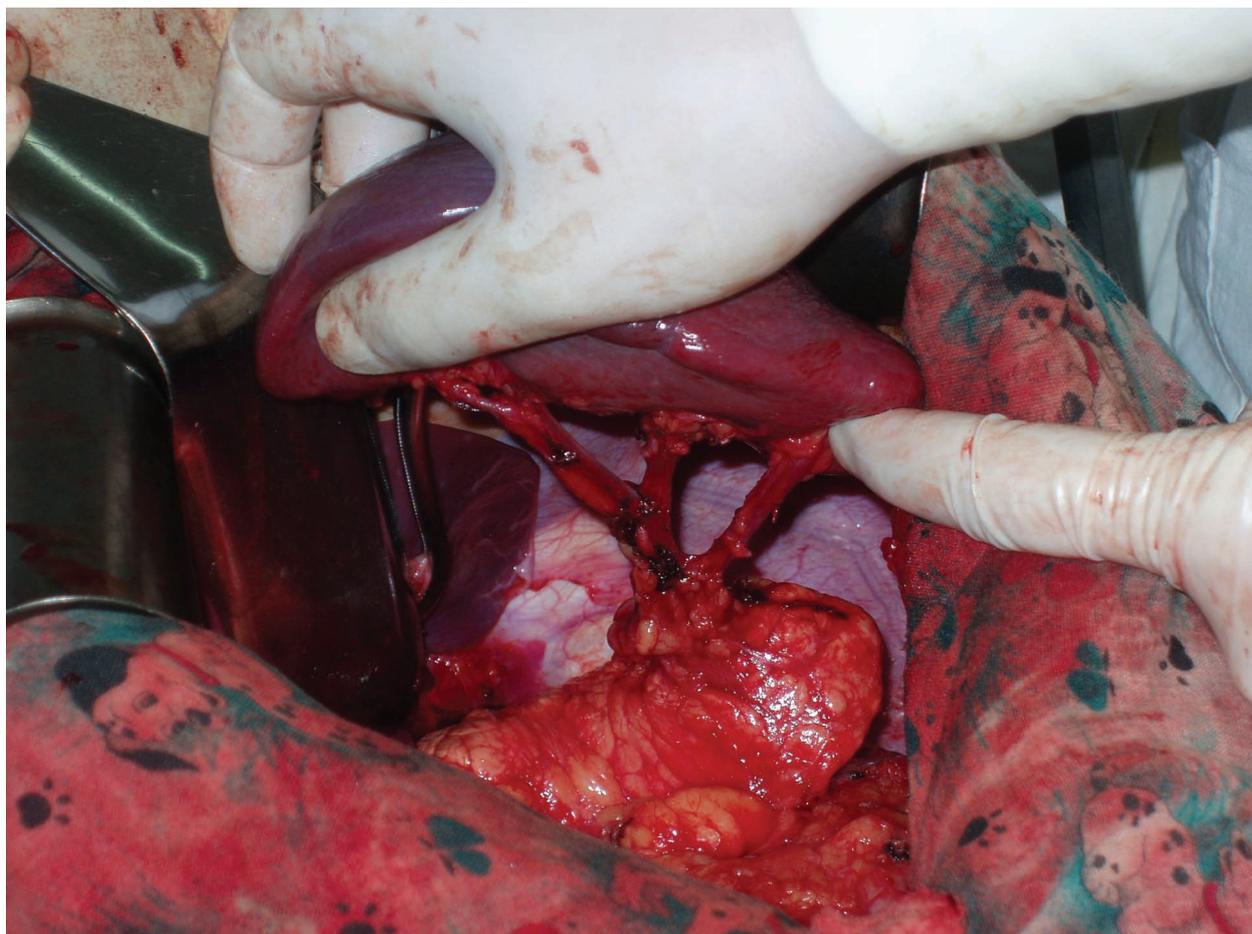


Рис. 1. Результат лимфодиссекции ворот селезенки.

них впоследствии были дренированы поддиафрагмальные абсцессы. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Манна – Уитни. В количестве осложнений достоверных различий не выявлено.

При патолого-гистологическом исследовании удаленных препаратов изучено от 18 до 66 лимфоузлов (в среднем – 34 ± 12 лимфоузлов). Различия в количестве исследованных лимфоузлов обусловлены прежде всего методикой вырезки, при самостоятельной детальной вырезке хирургом количество исследуемых лимфоузлов значительно возрастает. Исследовалось от 2 до 9 лимфоузлов 10-й группы (в среднем – $3,7 \pm 1$ лимфоузла). Из 14 пациентов основной группы у 6 (42,8 %) выявлено метастатическое поражение 10-й группы лимфоузлов, во всех случаях обнаруживался только один пораженный лимфоузел. В группе контроля исследовалось в среднем $25,6 \pm 6,4$ лимфоузлов, из них $2,8 \pm 1,1$ узлов 10-й группы, метастазы в лимфоузлах ворот селезенки обнаружены у 6 пациентов (37,5 %). Различий в количестве пораженных лимфоузлов и узлов 10-й группы не обнаружено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно констатировать, что данное вмешательство не увеличивает частоту

послеоперационных осложнений, позволяет сохранить селезенку у пациентов, которым по «классическим» канонам показана спленэктомия, что в дальнейшем, несомненно, сказывается на иммунном статусе и качестве жизни больного. Вмешательство может быть рекомендовано к применению в специализированных онкологических клиниках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стилиди И.С., Неред С.Н. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местно-распространенного рака желудка // Практическая онкология. – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 20 – 27.
2. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. – М., 2004. – 336 с.
3. Чернявский А.А., Лавров Н.А. Хирургия рака желудка и пищеводно-желудочного перехода. – Н. Новгород, 2008. – 359 с.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В. Состояние онкологической помощи населению России в 1999 году. – М., 2000. – 176 с.
5. Adachi Y., Kamakura T., Mori M. et al. Role of lymph node dissection and splenectomy in node-positive gastric carcinoma // Surgery. – 1994. – N. 116 (50). – P. 837 – 841.

6. Griffith J., Sue-Ling H., Martin I. et al. Preservation of the spleen improves survival after radical surgery for gastric cancer // Gut. — 1995. — Vol. 36. — P. 684—690.

7. Okajima K., Isozaki H. Splenectomy for treatment of gastric cancer: Japanese experience

// World J. Surg. — 1995. — Vol. 19. — P. 537—540.

8. Viste A., Svanes K., Jenssen C.W.-Jr. Prognostic importance of radical lymphadenectomy in curative resections for gastric cancer // Eur. J. Surg. — 1994. — Vol. 160, N 9. — P. 497—502.

Сведения об авторах

Миронов Павел Владимирович – врач онкологического отделения № 6 ГУЗ Иркутский областной онкологический диспансер (664053, г. Иркутск, ул. Р. Люксембург, д. 325, корп. А, кв. 25; тел.: 8 (3952) 55-17-84, 8 (952) 619-00-36).

Дворниченко Виктория Владимировна – доктор медицинских наук, главный врач ГУЗ Иркутский областной онкологический диспансер, заведующая кафедрой онкологии ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и соцразвития РФ».

Пленкин Сергей Михайлович – заведующий онкологическим отделением № 6 ГУЗ Иркутский областной онкологический диспансер.

Кукарин Василий Владимирович – врач отделения ультразвуковой диагностики ГУЗ Иркутский областной онкологический диспансер.

Голодников Михаил Андреевич – аспирант кафедры онкологии ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и соцразвития РФ».

Наталинов Данил Игоревич – аспирант кафедры онкологии ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и соцразвития РФ».

Дорошенко Антон Михайлович – врач-ординатор кафедры онкологии ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и соцразвития РФ».