

раком неоперированного желудка. Данные о частоте поражения различных групп регионарных лимфоузлов при раке оставшейся части желудка немногочисленны и противоречивы. Еще меньше мы знаем о прогностическом значении поражения метастазами той или иной группы лимфоузлов. Лишь в единичных публикациях приводятся сведения о выживаемости в зависимости от распространения опухоли по регионарным лимфоузлам. Так, по данным Yonemura Y. и соавт. [10], общая 5-летняя выживаемость составляет 48%, при метастазах в лимфатических узлах 1-го и 2-го этапов — 78 и 41% соответственно. Не было больных, переживших 5 лет после операции, с поражением лимфатических узлов печеночно-двенадцатиперстной связки и ретропанкреатодуоденальных. Важно отметить, что при вовлечении в процесс лимфатических узлов вдоль верхнебрыжеечной артерии 5-летняя выживаемость составила 25%.

Мы надеемся, что предложенная классификация может служить основанием для разработки адекватного объема лимфодиссекции при хирургическом лечении рака резецированного желудка, будет способствовать более точному определению прогностических факторов заболевания и более объективной оценке результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н. Н., Ефетов В. М., Клименков А. А. и др. Рак оперированного желудка как проблема современной онкологии // *Вопр. онкол.* — 1987. — Т. 33, №12. — С. 27—32.
2. Клименков А. А., Патютко Ю. И. О стадийности первичного рака культи желудка // *Вопр. онкол.* — 1978. — Т. XXIV, №7. — С. 93—98.
3. Патютко Ю. И., Клименков А. А., Коцуг Г. Д. Рак резецированного желудка. — Кишинев: «Штиинца», 1989.
4. Chen M. F., Wang C. S., Hwang T. L. Gastric remnant cancers versus primary gastric cancers in the intact stomach: a comparison of clinicopathological and molecular features // 4-th International gastric cancer congress, April 29 — May 2, 2001, New York. — P. 487.
5. Ikeguchi M., Kondou A., Shibata S. et al. Clinicopathologic differences between carcinoma in the gastric remnant stump after distal partial gastrectomy for benign gastroduodenal lesions and primary carcinoma in the upper third of the stomach // *Cancer.* — 1994. — Vol. 73, N 1. — P. 15—21.
6. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma (2nd ed.) // *Gastric Cancer.* — 1998. — Vol. 1. — P. 10—24.
7. Pointner R., Wetscher G. J., Gadenstätter M. et al. Gastric remnant cancer has a better prognosis than primary gastric cancer // *Arch. Surg.* — 1994. — Vol. 129, N 6. — P. 615—619.
8. Sasako M., Maruyama K., Kinoshita T. et al. Surgical treatment of carcinoma of the gastric stump // *Br. J. Surg.* — 1991. — Vol. 78, N 7. — P. 822—824.
9. Suzuki E., Nakagawa K., Murakami M. Clinicopathological study of gastric remnant carcinoma // 4th International gastric cancer congress, April 29 — May 2, 2001, New York. — P. 272.
10. Yonemura Y., Ninomiya I., Tsugawa K. et al. Lymph node metastases from carcinoma of the gastric stump // *Hepato-Gastroenterology.* — 1994. — Vol. 41, N 3. — P. 248—252.

Поступила 22.05.2003

Ю. И. Патютко

О СТАДИРОВАНИИ ПЕРВИЧНОГО РАКА РЕЗЕЦИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ПО СИСТЕМЕ TNM

Контингент больных, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни, достаточно велик. Следует учесть, что по истечении 10—15 лет после резекции желудка резко возрастает число случаев рака в оставшейся части желудка (в этой группе он развивается в 6 раз чаще, чем в обычной популяции, данные Ю. И. Патютко). И хотя первичный рак резецированного желудка относительно редкость по сравнению с первичным раком неоперированного желудка, в большинстве клиник, занимающихся проблемой рака желудка, встречается эта патология и встает вопрос, как оценивать распространенность опухолевого процесса в этом случае.

В настоящее время нет работ, посвященных вопросам стадирования первичного рака желудка, резецированного по поводу язвенной болезни и доброкачественных полипов. В связи с этим в классификации рака желудка по системе TNM эта проблема не нашла отражения. Авторы предложили проект

классификации рака резецированного желудка, основанной на собственном многолетнем опыте хирургического лечения рецидивного и первичного рака резецированного желудка и классических работах японских авторов, посвященных особенностям лимфооттока при раке верхней трети желудка.

Хирургический опыт ведущих клиник разных стран не превышает нескольких десятков операций при первичном раке резецированного желудка, поэтому трудно представить, что в одной клинике может накопиться материал, достаточный для практической апробации новой классификации. Опубликование проекта этой классификации, на мой взгляд, принесет несомненную пользу и позволит в будущем дать практическую оценку прогностической значимости предложенной классификации на основе коллективного опыта ее применения.

Поступила 30.06.2003