

## УДАЛЕНИЕ ЛЕВЫХ ПАРАКАРДИАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ СУБТОТАЛЬНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА

А.В. КАРПОВИЧ, А.С. МОТОРЫКИН

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ им. Г.К. Жерлова, г. Северск*

**Актуальность.** Стандартным объемом лимфодиссекции (D2) при выполнении субтотальной дистальной резекции (СДР) при раке желудка считается удаление 1,3-9, 11p и 12 групп лимфоузлов. Левые паракардиальные (2-я группа) лимфоузлы при данном объеме лимфодиссекции не удаляются в связи с тем, что по классификации Японской ассоциации рака желудка (JGCA) эта группа относится к лимфатическим коллекторам третьего порядка (N3) при локализации опухоли в средней или нижней трети желудка, однако ряд авторов указывает на выявление метастазов в этих узлах в 2-6,7%.

**Цель исследования** – разработка способа расширенной лимфодиссекции (ЛД) при выполнении СДР по поводу рака дистальных отделов желудка, включающего удаление левых паракардиальных лимфатических узлов.

**Материал и методы.** Оперативное лечение по предлагаемой методике заключается в следующем: первоначально выполняют мобилизацию желудка по малой кривизне традиционным способом, с одновременной диссекцией перигастральных и лимфоузлов общей печеночной, левой желудочной, селезеночной артерий, чревного ствола и гепатодуоденальной связки. При мобилизации желудка по большой кривизне разрушают полностью весь связочный аппарат, в том числе и желудочно-диафрагмальную связку, при этом освобождая дно желудка и короткие желудочные артерии. Левые паракардиальные лимфоузлы удаляют с соблюдением принципа абластики – исключительно острым путем, придерживаясь адвентиции обнажаемых сосудов, сдвигая удаляемую жировую ткань с лимфоузлами в сторону препарата. После резекции желудка, остается культя небольших размеров, питание которой осуществляется сохраненными короткими желудочными и задней желудочной артериями. Восстановление желудочно-

кишечной непрерывности производится по любой традиционной методике (Бильрот, Ру).

**Результаты.** Предлагаемым способом прооперировано 36 пациентов, из них 16 женщин и 20 мужчин, средний возраст пациентов составил  $61,6 \pm 7,6$  года. Говоря о глубине пенетрации стенки органа опухолью, у 6 пациентов отмечалась T<sub>2</sub>-стадия опухолевой инвазии, у 21 – T<sub>3</sub> и у 9 – T<sub>4</sub>. У 23 пациентов опухоль локализовалась в антропилорическом отделе, у 13 – в нижней трети тела желудка. Контрольную группу, сопоставимую с группой исследования по полу и возрасту, а также глубине инвазии опухоли, составили 58 пациентов, оперированных по традиционной методике. При сравнении ранних послеоперационных осложнений их частота в группе пациентов с проведением лимфодиссекции предлагаемым способом и в группе пациентов, оперированных по традиционной методике, составила 8,3% и 8,6% соответственно. В исследуемой группе ни у одного пациента не было выявлено несостоятельности шва анастомоза культи желудка, что говорит о достаточном ее кровоснабжении. При субтотальной дистальной резекции желудка с удалением данной группы лимфоузлов без вмешательства на смежных органах не отмечалось усиления истечения лимфы, дренажи из брюшной полости удалялись на 3-4 сут (как и в группе без диссекции левых паракардиальных лимфоузлов), из стационара пациенты выписывались под наблюдение онколога поликлиники на 7-9 сут после операции в удовлетворительном состоянии. Послеоперационной летальности в группе исследования не зафиксировано. В послеоперационном периоде пациентам проводились курсы химиотерапии по стандартным схемам в соответствии с окончательным патоморфологическим диагнозом. При последующем контрольном наблюдении этих пациентов в сроки до 1 года локорегионального

или отдаленного метастазирования онкологического процесса выявлено не было. При морфологическом исследовании окрашенных срезов удаленных левых паракардиальных лимфоузлов в исследуемой нами группе пациентов метастаз был выявлен у двух пациентов (5,6%).

Длительность динамического наблюдения пациентов составила  $4,5 \pm 1,3$  года, что позволило оценить уровни 1-, 2- и 3-летней выживаемости в исследуемой группе пациентов, которая составила 86,1, 75 и 66,7% соответственно. Причиной смерти у 12 (33,3%) пациентов явилась генерализация опухолевого процесса, случаев локального рецидива опухоли отмечено не было. При этом ретроспективный анализ 94 случаев

СДР по традиционной методике (без диссекции левых паракардиальных узлов), выполненных в клинике в период с 1993 по 2002 г. выявил 5 (5,3%) случаев локального прогрессирования злокачественного процесса в оставленных тканях, из них в 2 (2,1%) случаях источником рецидива явились паракардиальные лимфатические узлы.

**Выводы.** Предлагаемый способ лимфодиссекции при субтотальной дистальной резекции желудка не увеличивает число ранних послеоперационных осложнений, не ухудшает кровоснабжение культи желудка, снижая риск развития локорегиональных рецидивов при раке дистальных отделов желудка.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ГЕМЗАРОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Т.Б. КАЦИЕВА, А.Ю. МАКСИМОВ, Д.А. БАДАЛЬЯНЦ

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,  
г. Ростов-на-Дону*

**Цель.** С 2004 по 2008 г. больным с целью повышения резектабельности опухоли и увеличения продолжительности жизни проводилась химиотерапия препаратом Гемзар, который инкубировали на аутокрови. Препарат вводили в пупочную вену либо в желудочно-сальниковую вену, через катетер, установленный на первом этапе оперативного лечения (лапаротомия, холецистостомия).

**Материалы и методы.** Было пролечено 32 пациента в период с 2004 по 2008 г. Большинство пациентов были в возрастной группе от 51 до 60 лет. Средний возраст больных составлял 56 лет. У больных имелась высокодифференцированная аденокарцинома – 8 (25,00%), умереннодифференцированная аденокарцинома – 17 (53,12%), низкодифференцированная аденокарцинома – 5 (15,63%), недифференцированный – рак 3 (6,25%).

**Результаты.** В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте из года в год реализуется идея академика РАН и РАМН, профессора Ю.С. Сидоренко по растворению и

инкубации противоопухолевых препаратов в аутосоудах организма, что раскрывает перспективы повышения эффективности химиотерапии, в том числе и при раке поджелудочной железы. Исходно у всех больных была выявлена механическая желтуха. Концентрация билирубина в сыворотке крови у больных раком головки поджелудочной железы при госпитализации варьировала от 35,6 до 770,3 мкмоль/л за счет прямой фракции. У больных раком головки поджелудочной железы длительность желтушного периода составила от 1 до 36 нед, в среднем  $-8,8 \pm 0,3$  нед. Длительность желтухи более 6 нед встречалась в 78,1%. Для купирования проявлений механической желтухи в предоперационный период больным раком головки поджелудочной железы осуществляли декомпрессию билиарного тракта. В этот период после снижения выраженности гипербилирубинемии проводили региональную монотерапию Гемзаром на аутокрови через дренаж в пупочной вене или правой желудочно-сальниковой вене (капельно в дозе  $1 \text{ г/м}^2$  в течение 30 мин 1 раз в нед). При проведении билиарной декомпрессии