

со временем суток, физической нагрузкой, изменением положения тела. Боли сопровождались тошнотой у 69,04% пациентов; повторяющаяся или многократная рвота – у 47,62%; задержка стула и вздутие живота – у 40,5%. Развитие состояния связывали с ранее выполненными вмешательствами на органах брюшной полости 76,2% пациентов. Наиболее часто в анамнезе аппендэктомии – 23,8%; операции на органах малого таза у женщин – 11,9%; экстренные и срочные холецистэктомии – 9,52%. Обзорная рентгенография брюшной полости выполнена при поступлении всем пациентам, при этом повышенная пневматизация тонкой кишки выявлена у 3 (7,14%) пациентов; тонкокишечные арки – у 9 (21,45%) больных; чаши Клойбера диагностированы в 42,9% (18 больных). У 12 пациентов (28,5%) с клиникой абдоминальной боли рентгенологических признаков нарушения пассажа по кишечнику не выявлено, что потребовало выполнения УЗИ органов брюшной полости. С помощью УЗИ выявлены висцеро-висцеральные сращения; утолщенные стенки тонкой кишки, дилатация ее отделов с патологической перистальтикой и признаками свободной жидкости в межпетлевом пространстве. Отсутствие эффекта от консервативной терапии в рамках активно-выжидательной тактики у 19,1% больных с полной обтурационно-странгуляционной формой спаечной болезни, подтвержденное ультразвуковым мониторингом оценки внутрибрюшных изменений и рентгеноконтрастным мониторингом пассажа бария, позволило своевременно сформулировать показания к операции. Лапаротомным доступом осуществлены адгезиолизис и декомпрессия тонкой кишки назоинтестинальным зондом, проведенным за связку Трейтца на расстояние не менее 1,0 метра. Интраоперационно преобладали висцеро-висцеральные, висцеро-париетальные и висцеро-лапаротомные спайки, локализованные в нескольких (1–3) анатомических областях брюшной полости. С целью профилактики последующего слипания в единичных наблюдениях при одиночных органных плоскостных сращениях на травмированные серозные поверхности нами нанесен биодеградируемый противоспаечный гель Антиадгезин 5,0 мл. Осложнений операции и летальных исходов в анализируемой группе не выявлено.

Вывод. Большинство пациентов с кишечной непроходимостью (88,1%) доставлены в хирургический стационар позже 6 часов от начала заболевания, что является прогностически неблагоприятным фактором. Рентгенологического исследования брюшной полости недостаточно для ранней диагностики обтурационно-странгуляционной формы внутрибрюшинной адгезии. Для подтверждения диагноза и адекватной оценки эффективности лечебных мероприятий целесообразно УЗИ брюшной полости в режиме мониторинга. Своевременная операция, выполненная малотравматичным доступом с применением современных противоспаечных барьеров, позволит улучшить результаты лечения сложной категории больных.

Литература

1. **Баранов, Г.А.** Сравнительная оценка качества жизни больных, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости / Г.А. Баранов, М.Ю. Карбовский // Хирургия. – 2012. – № 9. – С. 70–74.
2. **Воробьев, А.А.** Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили. – Волгоград, 2001. – 238.
3. **Матвеев, Н.Л.** Профилактика спайкообразования в брюшной полости / Н.Л. Матвеев. – Москва, 2007. – 41 с.
4. **Петров, В.П.** Кишечная непроходимость / В.П. Петров, И.А. Ерюхин. – Москва, 1989. – 285.

УДК 616.33–006.6:616.33–018.98–089.87

В.М. Напольских, А.А. Киришин, М.А. Астраханцев

Спленосохранная D2 лимфодиссекция у больных раком желудка

В отечественной и зарубежной литературе последних лет активно обсуждается вопрос о целесообразности спленэктомии при раке желудка. В настоящее время стандартным объемом лимфодиссекции является D2, т.е. удаление 1–12-й групп лимфатических узлов, что подразумевает выполнение спленэктомии. Однако спленэктомия приводит к иммуносупрессии и увеличению послеоперационных осложнений на 20%. Вопрос о послеоперационных осложнениях – только один из аспектов проблемы. Второй связан с распространенностью опухолевого процесса [4, 2]. В большинстве исследований [4] показано отсутствие разницы в выживаемости

больных после операций со спленэктомией и без выполнения последней. Частота метастазирования в лимфатические узлы ворот селезенки при поражении средней трети желудка составляет 0–20%, тогда как при локализации рака в верхней трети достигает 25%, а при тотальном поражении желудка – 26,7% [4, 2, 5]. Таким образом, вопрос о целесообразности спленэктомии при раке желудка остается дискутабельным.

Цель: определить целесообразность радикальных операции со спленосохранной *D2* лимфодиссекцией у больных раком тела и проксимального отдела желудка.

Задачи: 1) оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных раком желудка, перенесших спленосохранные операции; 2) определить показания для проведения спленосохранной лимфодиссекции.

Материалы и методы. В исследование включены 347 больных, которым по поводу рака тела и проксимального отдела желудка в отделении торакоабдоминальной онкологии с 2003 по 2011 гг. выполнены оперативные вмешательства в радикальных объемах (стадии заболевания *IA-B*, II). Больные разделены на две группы: основная – 153 (44,1%) после спленосохранных операций и контрольная – 194 (55,9%) после операций со спленэктомией. Средний возраст больных основной группы составил 54,9 года, контрольной группы – 58,7 года. Диагноз рака желудка во всех случаях был подтвержден гистологически. Во всех наблюдениях основной и контрольной группы преобладала аденокарцинома низкой и умеренной дифференцировки.

Полученные результаты. Общая 5-летняя выживаемость при раке тела желудка практически не различалась в обеих группах и составила 71% и 71,5%, соответственно ($p=0,7$). Медиана выживаемости не достигнута. В зависимости от метастатического поражения регионарных лимфоузлов (далее *N*-статус) показатели выживаемости при *N* (+) статусе в основной и контрольной группах не различалась и составила 49% и 50%, соответственно. Медиана выживаемости в основной группе оказалась равной 60 месяцам, в контрольной – 53 месяцам ($p=0,3$). При *N* (–) статусе показатели выживаемости также не различались и составляли 92% в основной группе и 91% – в контрольной. Медиана выживаемости не достигнута ($p=0,3$). При *N1*-статусе 5-летняя выживаемость ока-

залась выше в основной группе, по сравнению с контрольной и составила 74 и 49%, соответственно. Медиана выживаемости не достигнута ($p=0,1$). При *N2*-статусе 5-летняя выживаемость не достигнута в обеих группах, была рассчитана 3-летняя выживаемость, которая не различалась и составила по 22%. Медиана выживаемости в основной группе оказалась равной 26 месяцам, в контрольной – 25 ($p=0,8$). Выживаемость больных раком тела желудка, имеющих метастатическое поражение лимфатических узлов ворот селезенки, рассчитать не удалось из-за слишком малого количества наблюдений. Таким образом, при раке тела желудка отдаленные результаты в двух группах практически не различались. Однако имелось различие 5-летней выживаемости у больных с *N1*-статусом, при этом более высокие показатели были в группе больных после спленосохранной *D2* лимфодиссекции. 5-летняя выживаемость больных раком проксимального отдела желудка в основной группе была выше, по сравнению с контрольной и составила 56% и 40,5%, соответственно. Медиана выживаемости не достигнута в основной группе. В контрольной составила 46 месяцев ($p=0,09$). Анализ отдаленных результатов при раке проксимального отдела желудка в зависимости от *N*-статуса показал, что 5-летняя выживаемость при положительном *N*-статусе в основной была незначительно выше, по сравнению с контрольной и составила 33% и 22%, соответственно. Медиана выживаемости в основной группе составила 40 месяцев, в контрольной – 35 ($p=0,1$). При *N* (–) статусе значимых различий не наблюдалось и составляло в основной и контрольной группах 73% и 66%, соответственно. Медиана выживаемости не достигнута в обеих группах ($p=0,7$). При *N1*-статусе 5-летняя выживаемость оказалась незначительно выше в основной группе по сравнению с контрольной и составила 42% и 34%, соответственно. Медиана выживаемости 45 и 36 месяцев, соответственно ($p=0,08$). При *N2*-статусе 5-летняя выживаемость не достигнута, а 3-летняя в основной и контрольной группах не различалась и составила 33% и 30%, соответственно. Медиана выживаемости в основной группе была равна 34 месяцам, в контрольной 20 ($p=0,3$). У больных с метастазами в лимфатических узлах ворот селезенки 5-летняя выживаемость не достигнута. Рассчитана 3-летняя. Она составила 49%

и 31% в основной и контрольной группах соответственно ($p=0,5$). Медиана выживаемости равна 20 и 26 месяцев, соответственно. Таким образом, выживаемость больных в основной группе оказалась выше в целом по группе, а также при N1-статусе и у больных, имеющих метастатическое поражение лимфатических узлов ворот селезенки. При N0, N2 выживаемость в двух группах не различалась. Общая 5-летняя выживаемость у больных с субтотальным поражением (рак тела и проксимального отдела) желудка в основной и контрольной группах, практически не различалась и составила 41% и 32%, соответственно. Медиана выживаемости в основной и контрольной группах составила 38 и 30 месяцев, соответственно ($p=0,7$). Анализ отдаленных результатов при субтотальном поражении желудка в зависимости от N-статуса показал, что 5-летней выживаемости при положительном N-статусе в основной и контрольной группах достигнуто не было, а 3-летняя выживаемость практически не различалась и составила в 44% и 36%, в основной и контрольной группах, соответственно. Медиана выживаемости в основной и контрольной группах составила 35 и 23 месяцев, соответственно ($p=0,7$). 5-летняя выживаемость при N0-статусе также не различалась в основной и контрольной группах и составила 50% и 47%, соответственно. Медиана выживаемости в обеих группах равнялась 49 и 60 месяцам, соответственно ($p=0,5$). При N1-статусе 5-летняя выживаемость не достигнута в обеих группах. 3-летняя выживаемость не различалась и составила 52% и 51%, соответственно. Медиана выживаемости равнялась 34 и 40 месяцев, соответственно ($p=0,9$). При N2-статусе 5-летняя выживаемость не достигнута, а 3-летняя в основной и контрольной группах не различалась и составила 24% и 13%, соответственно. Медиана выживаемости была равна 20 и 16 месяцам, соответственно ($p=0,6$). У больных при раке тела и проксимального отдела желудка с метастазами в лимфатических узлах ворот селезенки 5-летняя выживаемость не достигнута. Рассчитана 3-летняя, она оказалась незначительно выше в основной группе, по сравнению с контрольной и составила 24% и 12%, соответственно ($p=0,7$). Медиана выживаемости равнялась 13 и 16 месяцам, соответственно. Таким образом, отдаленные результаты практически не различались в двух группах сравнения, однако 3-летняя выживаемость

у больных раком тела и проксимального отдела желудка, имеющих метастазы в лимфатических узлах ворот селезенки оказалась выше после спленосохранной D2 лимфодиссекции.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о том, что для значительной группы больных правомочными являются оперативные вмешательства с сохранением селезенки. Отсутствует значимая разница в показателях 5-летней выживаемости между больными прооперированными в рамках стандартного объема лимфодиссекции D2 и спленосохранной. В зарубежной литературе приведено много данных об осложнениях, характерных для операций со спленэктомией, таких как поддиафрагмальный абсцесс и панкреатический свищ. У наших пациентов после операций со спленосохранной лимфодиссекцией отмечалось снижением частоты послеоперационных осложнений (хирургических и терапевтических) и составляло 20,0% ($p<0,05$), в отличие от операций со спленэктомией – 36,5%. Наряду с этим, хотя спленосохранная лимфодиссекция несколько увеличивает продолжительность операции, она сопровождается уменьшением объема интраоперационной кровопотери и сокращением длительности нахождения больного в стационаре после операции. Показанием к выполнению спленосохранной D2 лимфодиссекции при раке тела и проксимального отдела желудка является отсутствие опухолевой инфильтрации желудочно-селезеночной связки, тела или хвоста поджелудочной железы.

Литература

1. Ахметзянов, Ф.Ш. Метастазирование рака желудка в лимфатические узлы ворот селезенки и его интраоперационная диагностика / Ф.Ш. Ахметзянов, Д.М. Рувинский // Российский онкологический журнал. – 2003. – № 6. – С. 37–40.
2. Влияние принципиальной спленэктомии на результаты расширенной гастрэктомии / М.Д. Джураев [и др.] // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – № 2. – С. 60–63.
3. Выполнение гастрэктомии и лимфаденэктомии с сохранением селезенки при раке желудка / А.Ф. Черноусов [и др.] // Врач. – 2011. – № 10. – С. 3–7.
4. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения / М.И. Давыдов [и др.] // Практическая онкология. – 2001. – V. 7, № 3. – С. 18–24.
5. Туркин, И.Н. Влияет ли спленэктомия при раке желудка на частоту развития панкреатогенных осложнений? / И.Н. Туркин, М.М. Давыдов, М.И. Давыдов // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2013. – Т. 24. – № 1. – С. 31–34.