



Московского  
Онкологического  
Общества

# ВЕСТНИК

См. ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ  
«УСПЕХИ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ»  
НА ДЕКАБРЬСКОМ ЗАСЕДАНИИ  
ОБЩЕСТВО ОТМЕТИТ 80-ЛЕТИЕ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ  
АКАДЕМИКА РАМН Л.А.ДУРНОВА (1931-2005),  
ОСНОВОПОЛОЖНИКА РОССИЙСКОЙ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

**Интернет:** www.ronc.ru //www.rosoncweb.ru //www.netoncology.ru //www.elibrary.ru //www.oncodome.narod.ru //www.cyto.ru

**№ 12** ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г.  
**(583)** ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г.

**2011**  
**ДЕКАБРЬ**

## ЗАСЕДАНИЕ № 583

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **22** ДЕКАБРЯ 2011 г., в 17.00  
В КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛЕ КЛИНИКИ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА им. Н.Н.БЛОХИНА

**Президиум:** проф. А.И.Пачес, чл.-корр РАМН, проф. И.С.Стилиди, проф. Л.А.Вашакмадзе

**ПОВЕСТКА ДНЯ:**

## СПЛЕНОСОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

**Доклад:**

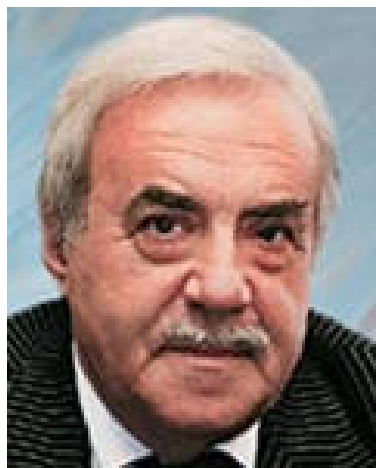
**СПЛЕНОСОХРАННАЯ D2-ЛИМФОДИССЕКЦИЯ  
В ХИРУРГИИ РАКА ТЕЛА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА**  
Стилиди И.С., Неред С.Н., Свиридов А.А., Глухов Е.В., Гривцова Л.Ю., Шолохова Е.Н.  
(Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина).

**Дискуссия:**

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СПЛЕНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ  
У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА**

**Фиксированное выступление в прениях:**

Вашакмадзе Л.А. с соавт. (Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена)



## УСПЕХИ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА РАМН Л.А.ДУРНОВА (1931-2005)

Лев Абрамович Дурнов родился 21 декабря 1931 г. в Москве. После окончания в 1956 г. Московского медицинского института им. Н.И.Пирогова работал хирургом в районной больнице села Ульяново Калужской области. В 1959 г. был принят на работу врачом-хирургом Детской городской клинической (Морозовской) больницы №1 в Москве. По его инициативе 20 января 1962 г. на базе 3-го хирургического отделения больницы впервые в СССР было создано детское онкологическое отделение. В 1965 г. это отделение вошло в структуру института Экспериментальной и клинической онкологии (ныне – РОНЦ). В июне 1976 г. Отделение детской онкологии разместилось в новом корпусе Онкологического научного центра на Каширском шоссе. Затем оно было переименовано (1989) в НИИ детской онкологии и гематологии в составе РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

В 1966 г. Л.А.Дурнов защитил докторскую диссертацию «Лечение опухоли Вильмса у детей». В 1968 г. стал профессором, затем членом-корреспондентом (1994) и академиком (1998) РАМН. Хирургическая активность и научная деятельность Л.А.Дурнова сочетались с многогранной организационной работой. Благодаря его содействию в 1970–1980-х гг. были открыты первые детские онкологические отделения в Ленинграде, Балашихе, Перми, Кемерове, Волгограде; созданы первые в Российской Федерации специализированные детские отделения – реабилитации (1987), трансплантации костного мозга и интенсивной химиотерапии (1991); основан журнал «Детская онкология» и создана кафедра детской онкологии РМАПО (1993).

Л.А.Дурнов – автор 600 научных работ и 35 монографий, посвященных вопросам современной диагностики, лечения, медицинской реабилитации детей, страдающих опухолевой патологией; руководитель 80 кандидатских и консультант 20 докторских диссертаций; Главный детский онколог МЗ РФ, лауреат Государственной премии (1999).

Л.А.Дурнов скончался 15 сентября 2005 г.

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Дополнение номенклатуры врачебных и провизорских специализаций новой специальностью – «Детская онкология» (Приказ МЗ РФ № 263 от 03.09.97г.) стало фундаментом развития этого направления исследований, придало стимул разработкам и внедрению в практическое здравоохранение современных методов диагностики и лечения детей, страдающих злокачественными новообразованиями.

В Российской Федерации ежегодно выявляются злокачественные опухоли у 2500-3000 детей. Онкопедиатрическая заболеваемость составляет 14,7 на 100.000 детского населения. В ее структуре гемобласты составляют 42%, опухоли ЦНС – 21%, нейробластомы – 13%, далее следуют нефробластомы (8%), костные и мягкотканые саркомы (7%), ретинобластомы (3%), другие опухоли.

Современное противоопухолевое лечение, тем не менее, позволяет добиться полного выздоровления абсолютного большинства пациентов. Это подтверждается существенным увеличением числа лиц, в детстве излеченных от онкологического заболевания. Как показано в материалах обследования 169 потомков излеченных из 147 семей, созданных бывшими онкологическими больными, у детей, излеченных от злокачественных опухолей и в последующем ставших взрослыми, **в 88,8% случаев рождается здоровое потомство** (т.е. – без проявлений онкологической патологии!). В остальных 11,2% случаев выявляются новообразования, по поводу которых проводится лечение; в целом – успешное, благодаря раннему выявлению и возросшим возможностям современной онкологии (см.: Возможности излечения в детской онкологии. – Моисеенко Е.И., с соавт. – Заседание Общества № 563; 17.12.2009).

Успехи детской онкологии во многом достигнуты благодаря активному применению комбинированного лечения. Оно проводится более чем у 80% пациентов. Хирургические вмешательства дополняются различными методами лучевой и/или химиотерапии, что обеспечивает должный радикализм и возможность клинического излечения.

### Лечение больных онкогематологическими заболеваниями

Всем пациентам проводится комплексная диагностика, включая морфологическую, иммунофенотипическую, цитогенетическую. По данным о состоянии больных и эффективности химиотерапии выполняется стратификация по группам риска (стандартного, среднего и высокого).

Лечение больных острым лимфобластным лейкозом ведется по международному протоколу *ALL IC BFM 2002*, который является одним из наиболее эффективных – безрецидивная 5-летняя выживаемость достигает 85%. Лечение при остром миелоидном лейкозе ведется по протоколу НИИ ДОГ ОМЛ 2007, основанному на сочетании интенсивной химиотерапии и эпигенетической терапии\*). Это обеспечивает достижение полной ремиссии у 93% пациентов; 4-летняя безрецидивная выживаемость составляет 65%. Успехи терапии при лимфоме Ходжкина связаны с совершенствованием диагностики (иммунофенотипирование, иммуногистохимия), которая позволяет точно определить стадию процесса и назначить адекватное лечение. Общая выживаемость соответствует 96,2%. С 2004 г. проводится высокотехнологичная и эффективная терапия ранних (до 2 лет) рецидивов лимфомы Ходжкина. Лечение по поводу неходжкинской лимфомы осуществляется по протоколам *BFM 95*. У больных III-IV стадий В-клеточной неходжкинской лимфомы применяется таргентная иммунотерапия ритуксимабом (Мабтерой™). Безрецидивная выживаемость больных неходжкинскими лимфомами составляет 70-98%.

Перспективными направлениями являются высокоинтенсивная химиотерапия с поддержкой стволовыми клетками, а также аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток у детей с прогностически неблагоприятными формами лейкозов и лимфом (что обеспечивает 40-65% случаев выздоровления). Также проводится лечение пациентов с нейробластомой IV стадии, опухолями семейства саркомы Юинга и др. Лечение пациентов с рецидивными и резистентными глиальными опухолями центральной нервной системы проводится в том числе при прогрессировании на фоне лечения, при рецидивных анапластических астроцитомах, глиобластомах, глиомах ствола и др. глиальных опухолях. Программа лечения нейробластомы высокого риска предназначена для пациентов от 1 до 18 лет с диссеминированной и локализованной нейробластомой высокого риска, а также для детей с рецидивами и прогрессирующими на фоне лечения формами заболевания. Безрецидивная выживаемость повышена с 5-8% до 40%.

### Лечение больных злокачественными опухолями головы и шеи

Хирургическое лечение по поводу опухолей слюнных и щитовидной желез обеспечивает безрецидивную выживаемость практически у 100% больных. Оперативные вмешательства внедрены в клиническую практику при опухолях параменингеальной и челюстно-лицевой локализации. Активно применяются органосохраняющие методы лечения в случаях поражения орбиты и глаза, когда операция дополняется локальной химиотерапией.

\*) Эпигенетическая терапия – т.е. терапия, направленная на активность генов, ответственных за пролиферацию и дифференцировку клеток; терапия, способствующая ускорению «созревания» опухолевых клеток в целях их более быстрой естественной гибели. (См.: *Пона А.В. с соавт. Эпигенетическая терапия – важная составляющая в лечении детей, больных острым миелоидным лейкозом. – Клиническая онкогематология, 2011. – Т.4, №1. – С.20-26.*)

Разработаны новые программы интенсивной и высокодозной полихимиотерапии. Операция в сочетании с методами химиолучевой терапии позволяет достичь общей 5-летней выживаемости свыше 90% при ретинобластомах, 80% – при опухолях орбиты, челюстно-лицевой области, и ЛОР-органов.

Лечение больных злокачественными опухолями опорно-двигательного аппарата проводится с применением современной интенсивной химиотерапии (системной и регионарной), современных программ лучевой терапии, в том числе внутритканевой. Хирургические вмешательства выполняются преимущественно (в 80% случаев) в объеме органосохраняющих операций. Сохранение пораженной конечности достигается эндопротезированием – замещением пораженного фрагмента искусственными конструкциями, которые закрепляются к сохранным костным основам. В современной онкоортопедии эндопротезирование возможно при поражении практически любого крупного сустава. В эндопротезировании применяются стальные и титановые эндопротезы с пластиковым компонентом, инертным к окружающим тканям. Для коррекции длины оперированной конечности используются модульные раздвижные («растущие») эндопротезы (см.: Результаты эндопротезирования при опухолях костей и суставов. – Алиев М.Д., с соавт. – Заседание Общества № 577; 28.04.2011).

Успехи онкохирургии и противоопухолевой химиотерапии, совершенствование ортопедической техники улучшили отдаленные результаты. Если в 1960-е гг. 5-летняя выживаемость оперированных соответствовала 20%, то к 2010-м гг. 5-летняя продолжительность жизни возросла до 85%.

Лечение больных злокачественными опухолями торако-абдоминальной локализации.

Видеохирургические операции выполняются с 2007 г. Среди 136 лапароскопических вмешательств – нефрэктомии, адреналэктомии, резекции желудка, печени, гемигепатэктомии, удаления забрюшинных опухолей, биопсии новообразований (см.: Современные возможности лапароскопии в онкологии. – Заседание Общества № 564; 28.01.2010). Лапароскопические вмешательства у детей имеют ряд особенностей. Так, например, малый объем брюшной полости и миниатюрность анатомических структур уменьшают амплитуду движения инструмента, затрудняя выполнение видеохирургической процедуры. Результаты подтверждают возможность применения видеохирургии по поводу злокачественных опухолей без нарушения онкологических принципов у детей с первых недель жизни. Преимущества лапароскопии у детей аналогичны ее уже доказанным достоинствам у взрослых: раннее начало специального послеоперационного лечения, малая травматичность, минимальная кровопотеря, снижение частоты послеоперационных осложнений, ранняя активизация и сокращение сроков лечения, хороший косметический эффект.

Успехи лечения демонстративны при гепатобластоме. Выполнение радикальной операции дополняется химиотерапией платиносодержащими препаратами. Это позволяет добиться 75-90%-ной 5-летней выживаемости. Непременным условием достижения успеха является радикализм хирургического вмешательства, что иногда требует выполнения предельно допустимой резекции печени, либо ее трансплантации (см.: Резекции и трансплантации печени при гепатобластоме. – Рябов А.Б., с соавт. – Заседание Общества № 568; 20.05.2010).

С 2010 г. в НИИ ДОГ 5 пациентам с гепатобластомой и гепатокарциномой, резистентными к химиотерапии и крайне неблагоприятного прогноза проведена иммунотерапия аутологичными дендритными противоопухолевыми вакцинами на основе опухолевых лизатов. Отмечена стабилизация опухолевого роста в сроки от 2 до 5 мес. В перспективе применение аутологичных дендритных противоопухолевых вакцин при гепатобластоме и гепатокарциноме с высоким риском рецидива после резекции или трансплантации печени позволит существенно снизить риск прогрессирования опухолевого процесса и увеличить выживаемость.

Улучшены результаты лечения больных нейробластомой: 5-летняя выживаемость при I стадии соответствует 70%; при II – 54%; при III и IV – 28 и 5% соответственно. В лечении больных герминогенными экстрагонадными опухолями также достигнуты положительные результаты: 3-летняя выживаемость составила 81%.

*«...Это был 1961 год. Никто тогда детской онкологией в России не занимался, такой области медицины еще не существовало. Я сообщил главному врачу больницы, что хочу организовать онкологическое отделение. Тот не возражал... Президент АМН Н.Н.Блохин принял меня сразу же, несмотря на мой еще несолидный возраст (мне тогда не было и 30), обещал поддержку. Но чтобы открыть отделение, нужно было разрешение зав. горздраотдела. И я поехал добывать нужные бумаги. В приемной я просидел с полчаса, хотя, кроме меня, никого из посетителей не было. В кабинете зав. посмотрел на меня, на бумаги и сказал: «Какое отделение?! ... Грыжами занимайтесь!» И написал красным карандашом: «Возражаю!». Ну, все, думаю, погиб... и совершил подлый поступок. Перед «Возражаю!», подписал «Не». Так, в январе 1962 г. было открыто первое детское онкологическое отделение» – Л.А.ДУРНОВ (Из воспоминаний).*



**На фото:** Академик РАМН Л.А.Дурнов.

На дальнем плане – сооружаемые корпуса нового здания НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

**ТРУДЫ**

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

**Рефераты сообщений:**

**PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY №583 (December 22, 2011)  
SPLEEN-SAVING SURGERY FOR GASTRIC CANCER**

**Report-1:** D2 TOTAL GASTRECTOMY WITH SPLEEN PRESERVATION FOR CANCER OF MIDDLE AND UPPER THIRD OF THE STOMACH. By Prof. I.Stilidi, Prof. S.Nered, Dr. A.Sviridov, Dr. E.Glukhov et al. (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

**Discussion** CLINICAL ASSESSMENT OF SPLEEN-SAVING SURGERY FOR GASTRIC CARCINOMA. By Prof. L.Vashakmadze et al. (The P.A.Hertzen Moscow Research Institute of Oncology)

**Доклад:**

**СПЛЕНОСОХРАННАЯ D2-ЛИМФОДИСЕКЦИЯ  
В ХИРУРГИИ РАКА ТЕЛА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА \*)**

Стилиди И.С., Неред С.Н., Свиридов А.А., Глухов Е.В., Гривцова Л.Ю., Шолохова Е.Н.  
(РОИЦ им. Н.Н.Блохина).

Стандартным объемом лимфодиссекции при раке желудка является D2, что подразумевает выполнение спленэктомии. Однако спленэктомия приводит к увеличению послеоперационных осложнений и летальности.

Спленэктомия выполняется для облегчения лимфодиссекции и полного удаления лимфатических узлов ворот селезенки. Однако отрицательное влияние спленэктомии на показатели иммунитета могут привести к уменьшению выживаемости и времени безрецидивного периода у больных РЖ, что подтверждено рядом исследований (Okuno K., 1999, Sugimachi K., 1980, Bonenkamp J.J, 1995, Yoshino K., 1979)

Целью нашего исследования является оценка целесообразности спленосохранной D2 лимфодиссекции при хирургическом лечении рака тела и проксимального отдела желудка.

С января 2005 года в нашем отделении применяется методика спленосохранной D2 лимфодиссекции с полным удалением лимфатических узлов в воротах селезенки и вдоль селезеночных сосудов (10 и 11 группы лимфатических узлов по классификации JGCA) при раке тела и проксимального отдела желудка. Методика предусматривает удаление перивазальной клетчатки и лимфатических узлов по ходу основных стволов селезеночных артерии и вены и всех терминальных ветвей этих сосудов и парапанкреатической клетчатки в зоне хвоста поджелудочной железы без мобилизации селезенки (Рис.1). Все удаляемые лимфатические узлы маркировались хирургом и подвергались тщательному гистологическому исследованию. Опухоль и метастатически пораженные лимфатические узлы стадировались по TNM классификации UICC 1997. Случаи наличия конгломерата метастатически пораженных лимфатических узлов в воротах селезенки или инфильтрацией опухолью желудочно-селезеночной связки в исследование не включались.

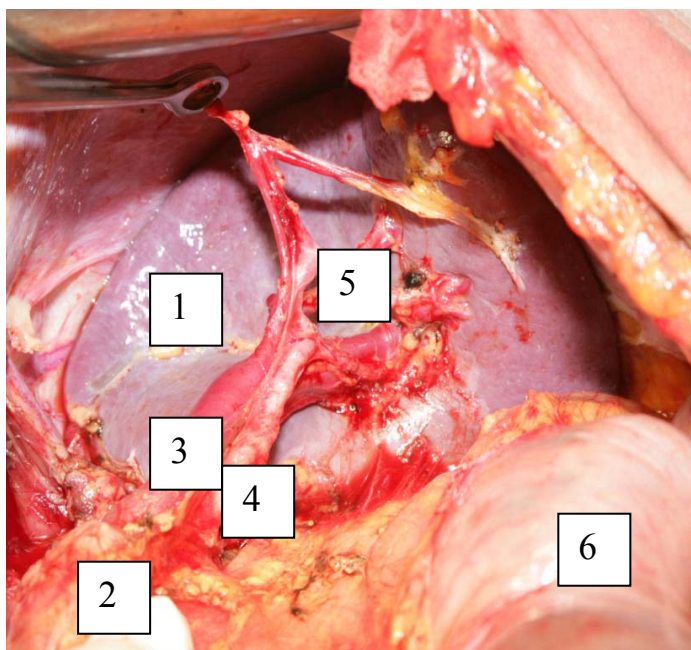
По данной методике выполнены 143 радикальные спленосохранные операции. У 22 больных применен комбинированный торако-абдоминальный доступ. Проксимальная резекция желудка произведена у 23 больных, у 120 – гастрэктомия.

Средний возраст больных составил 55,1 лет. Мужчин – 72, женщин – 71. У 29 (20,3%) больных выявлена 1а стадия рака желудка, у 16 (11,2%) – 1в стадия, у 29 (20,3%) - 2 стадия, у 35 (24,5%) – 3а стадия, у 17 (11,9%) – 3в стадия, у 17 (11,9%) - 4 стадия. Опухоль локализовалась в теле желудка в 83 (58%) случаях, в проксимальном отделе в 38 (26,6%), у 21 (14,7%) больных были поражены тело и проксимальный отдел желудка, тотальное поражение выявлено у 1 (0,7%) больного.

Контрольную группу составили 182 пациентов, которым в этот же период времени выполнена радикальная гастрэктомия (151) или проксимальная резекция желудка (29) со спленэктомией. Распределение больных в контрольной группе по полу, возрасту, форме роста по Боррманну, гистологическому строению опухоли существенно не отличалось от больных, перенесших спленосохранную операцию. Однако, необходимо отметить, что в основной группе отмечено преобладание раннего рака - 33 (23,1%), по сравнению с контрольной группой - 21 (11,5%).

\*) Текст публикуется в авторской редакции

Рис.1 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).



Из 325 пациентов у 202 (62,2%) выявлено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, 9,2% больных (30/325) имели метастазы в лимфатических узлах ворот селезенки, а у 6,2% (20/325) поражены лимфатические узлы по ходу селезеночной артерии. При этом метастазы только в 10 группе лимфатических узлов без поражения 11 группы встречались в 21 случае (6,5%), а изолированное поражение 11 группы лимфатических узлов в 11 случаях (3,4%). Проанализирована частота метастазирования в 10 и 11 группы лимфатических узлов в зависимости от локализации, глубины инвазии опухоли, формы роста по Боррманну, гистологическому строению.

При этом наиболее высокая частота метастазирования в указанные группы лимфатических узлов наблюдалась при поражении опухолью двух и более отделов желудка (25,7% и 18,6%), локализации опухоли на задней стенке и большой кривизне (16% и 16%), а также при циркулярном поражении (24,1% и 10,3%), при глубине инвазии T3 и более (12,5% и 7,9%), при язвенно-инфильтративной (14,4% и 8,1%) и диффузно-инфильтративной (8,3% и 8,3%) форме роста опухоли по Боррманну, при недифференцированном раке (21,4% и 0%) и аденокарциноме разной степени дифференцировки (15,4% и 7,7%). Следует отметить, что при раннем раке желудка метастатического поражения 10 и 11 групп лимфатических узлов отмечено не было.

Периоперационные хирургические результаты у пациентов в двух группах представлены в таблице 1. Выполнение спленосохранных операций несколько удлиняло время хирургических вмешательств (в среднем на 18 минут), однако способствовало уменьшению интраоперационной кровопотери (в среднем на 250 мл) и времени пребывания пациентов в стационаре (в среднем на 2 койко – дня). Среднее количество удаляемых лимфатических узлов в спленосохранной группе составило 33,8, в группе со спленэктомией – 29,4. Среднее количество удаляемых лимфатических узлов 10 группы – 2,6, и 2,4, соответственно.

Общая частота осложнений (Таблица 2) в основной группе – 20%, в контрольной группе – 34,6%; показатель летальности 0,0% и 1,1%, соответственно. Отмечена более высокая частота развития поддиафрагмальных абсцессов, панкреатических свищей, панкреатитов, плевритов, пневмонии в контрольной группе.

Таблица 1. Периоперационные результаты.

Показатели	Спленосохранная группа (N=143)	Группа со спленэктомией (N=182)
Интраоперационная кровопотеря	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 удаленных лимфоузлов	33.8±12.5	29.4±12.8

Таблица 2. Послеоперационные осложнения и летальность.

Осложнения	Спленосохранная группа (N=143)	Группа со спленэктомией (N=182)	P
Пневмония	6 (4.2%)	20 (11%)	0,025
Плеврит	4 (2.8%)	25 (13.7%)	0,0002
Внутрибрюшные абсцессы	3 (2.1%)	12 (6.6%)	0,05
Внутрибрюшное кровотечение	3 (2.1%)	2 (1.1%)	0,47
Панкреатический свищ	1 (0.7%)	12 (6.6%)	0,007



Панкреатит	4 (2.8%)	11 (6.1%)	0,17
Нагноение послеоперационной раны	8 (5.6%)	13 (7.1%)	0,57
Кишечная непроходимость	4 (2.8%)	1 (0.5%)	0,1
Послеоперационная летальность	-	1 (1.1%)	0,21

Из 325 больных 3-х летняя выживаемость изучена у 220 больных оперированных в период с 2005г по ноябрь 2008г. Оценка выживаемости рассчитывалась по методике Каплан-Мейер. Из них 106 больных составили основную группу, 114 – контрольную. Прослеженность отдаленных результатов среди больных оперированных в этот период составила – 88,6%. Медиана общей выживаемости в двух группах пациентов не достигнута. Средняя продолжительность жизни в основной группе – 38,7 месяцев, в контрольной – 36,8 месяцев. Отмечено увеличение общей 3-х летней выживаемости в основной группе по сравнению с контрольной, что может быть обусловлено некоторым преобладанием больных ранним раком. В спленосохранной группе 3-х летняя выживаемость составила 80,9%, в группе со спленэктомией – 62,9% (p=0,01).

Анализ отдаленных результатов, проведенный с учетом стадии болезни, показал, что при Ia и Ib стадиях различий в выживаемости в сравниваемых группах нет. При II и III стадиях 3-х летняя выживаемость оказалась лучше после спленосохранных операций (83,4% против 69,6%, p=0,3; 79,2% против 56,8%, p=0,1).

При IV стадии 3-х летняя выживаемость практически не различалась в двух группах (24,3% и 35,3%, p=0,9).

В заключении необходимо отметить, что симультанное выполнение спленэктомии при раке тела и проксимального отдела желудка является фактором риска в отношении развития послеоперационных осложнений. Также спленэктомия приводит к увеличению интраоперационной кровопотери, увеличению продолжительности послеоперационного койко-дня, угнетению иммунного статуса пациента. Сравнительная оценка количества удаленных лимфатических узлов и показателей 3-х летней выживаемости свидетельствуют о том, что спленосохранная D2 лимфодиссекция при раке тела и проксимального отдела желудка не уступает по радикальности стандартной D2 лимфодиссекции со спленэктомией. Эти данные позволили сузить спектр показаний для спленэктомии при раке желудка, которыми в настоящий момент времени руководствуется отделение абдоминальной онкологии. Ими являются:

1. Конституциональные особенности больного.
2. Прямая инвазия опухоли в ворота селезенки.
3. Наличие конгломерата метастатически пораженных лимфатических узлов в воротах селезенки.



## ПРОВОЗВЕСТНИК

**ЗАСЕДАНИЕ № 584** Состоится в четверг, 26 января 2012 г., в РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

- Повестка дня:**
1. **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ. ОТЧЕТЫ И ВЫБОРЫ В ОБЩЕСТВЕ.**
  2. **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ**

**«Информирую, следовательно существую!» (лат.)**



УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА  
Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества.

Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002)

в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель — РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

ISSN 1728-3000  7 71728 30000	<b>Председатель Общества</b>	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское шоссе 24 (т./+7 495/ 324-1970)
	<b>Главный редактор</b>	Сергей Михайлович ВОЛКОВ (т./+7 495/ 324-2640; 741-9265) E-mail: <a href="mailto:volkov_sm@mail.ru">volkov_sm@mail.ru</a>
	<b>Зам. главного редактора</b>	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /+7 495/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /+7 495/ 324-9714
	<b>Ответственный секретарь</b>	Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /+7 495/324-9464
	<b>Секретарь-референт</b>	Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /+7 495/324-11-55
<b>НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА</b> Декабрь 2011; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 12.12.2011; Заказ 1666		