

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-60-60>



Комментарии редколлегии к статье

«Илеоцекальная резекция с расширенной лимфаденэктомией при локализованном раке слепой кишки», авторы: Матвеев И.В., Данилов М.А., Климашевич А.В., Аллахвердиев А.К., Максименко А.В., Валиева А.М.

Достижение оптимального баланса между онкологической радикальностью оперативного вмешательства, выполняемого по поводу колоректального рака, и его травматичностью, а также риском функциональных последствий является актуальной проблемой современной онкопроктологии. В связи с этим результаты работы Матвеева И.В. с соавт. представляют значительный интерес.

Согласно отечественным клиническим рекомендациям, хирургическое лечение рака слепой кишки подразумевает выполнение правосторонней гемиколэктомии с лигированием у основания подвздошно-ободочной артерии, правой ободочной артерии и средней ободочной артерии или правой ее ветви у основания. Таким образом, предполагается удаление, по меньшей мере, 201, 202, 203, 211, 212, 213, 221 правой и 222 правой групп лимфоузлов.

Целью же предпринятого авторами исследования является обоснование безопасности и предпочтительности с функциональной точки зрения илеоцекальной резекции с расширенной лимфаденэктомией в случае локализованных форм рака слепой кишки.

При всех потенциальных преимуществах такого органосохраняющего подхода, редколлегия считает необходимым высказать ряд соображений относительно целесообразности его применения. Так, отсутствие статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений не позволяет сделать заключение о большей хирургической безопасности ограниченной резекции по сравнению со стандартной. Более того, риск дискредитации кровоснабжения сохраняемой восходящей кишки при высокой перевязке правой ободочной артерии угрожает возрастанием вероятности такого грозного осложнения, как несостоятельность илеоасцендоанастомоза. Что касается онкологической эффективности, то здесь оснований для сомнений еще больше. Предлагаемая авторами методика илеоцекальной резекции включает в себя удаление 201, 202, 203 и 213 групп лимфоузлов. Таким образом, в границы резекции не входит не только 221 и 222 группы вдоль правой ветви средней ободочной артерии, но и лимфоузлы по ходу правых ободочных сосудов и параколические вдоль восходящей ободочной кишки (211 и 212 группы). Исследователи аргументируют такой подход отсутствием метастазов на этих уровнях у пациентов контрольной группы, которым

выполнялась правосторонняя гемиколэктомия. Однако этот вывод сделан на основании изучения всего 20 пре-паратов. В то же время, согласно данным Park I.J. с соавт. (2009), на которых ссылаются сами авторы настоящего исследования, в куда более репрезентативной выборке из 75 больных раком слепой кишки, метастазы в лимфоузлы 211, 212 и 222 групп были выявлены в 12,7%, 12,2% и 6,1% наблюдений, соответственно. Игнорирование этих данных при планировании исследования требует, на наш взгляд, серьезного обоснования. И если в отношении периколических узлов 211 группы использование 10 сантиметрового дистального клиренса может быть рассмотрено в качестве разумной, хоть и не бесспорной, альтернативы, то для 212 группы это не выглядит достаточным. Удаление 213 группы лимфоузлов при оставлении 211 и 212 также не представляется логичным с онкологической точки зрения и, вероятно, обусловлено необходимостью обеспечения достаточной мобильности остающихся правых отделов толстой кишки, учитывая формирование экстракорпорального анастомоза. Еще одной методологической особенностью, внушающей определенные сомнения, является включение в группу ограниченных резекций двух пациентов с доброкачественными новообразованиями, как следует из таблицы 1. Во-первых, это противоречит критерию включения в исследование. Во-вторых, может быть причиной систематической ошибки в сравнительном анализе онкологических результатов. Что касается возможных функциональных преимуществ ограниченной резекции, которые служили бы аргументом в пользу предлагаемой тактики, то они в настоящей публикации не представлены, да и вряд ли имеют существенное клиническое значение.

Таким образом, заключение авторов о том, что илеоцекальная резекция с расширенной лимфаденэктомией при локализованных формах рака слепой кишки позволяет улучшить непосредственные результаты лечения и может рассматриваться в качестве альтернативы общепринятой методике правосторонней гемиколэктомии, представляется преждевременным и требующим дальнейшего изучения и более строгого обоснования.

Редакционная коллегия журнала
«Колопроктология»