

стройств является демпинг-синдром, который может развиваться как в послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки.

Клиническая симптоматика демпинг-синдрома на основании жалоб выявлена у 71,6 % больных, которым операция заканчивалась формированием различных типов пищеводно-тонкокишечных анастомозов. Значительно реже эти расстройства наблюдались после гастропластических операций (11,1 %) и крайне редко (3,1 %) они выявлены после операций с формированием прямых пищеводно-дуоденальных анастомозов.

Таким образом, завершая анализ фактического материала, можно сказать, что в настоящее время как в плане непосредственных, так и отдаленных функциональных результатов ни один из существующих типов анастомозов не может считаться идеальным.

Наилучшие как непосредственные, так и отдаленные результаты получены при формировании инвагинационного эзофагодуоденального анастомоза. Однако этот тип анастомоза имеет свои противопоказания. Сама методика анастомоза не позволяет выполнить этот тип операции при вовлечении в опухолевый процесс пищевода, начального отдела двенадцатиперстной кишки и в основном может применяться при локализации опухоли в теле желудка, преимущественно при экзофитной форме роста.

Хорошие функциональные результаты дают гастропластические операции, но относительная сложность их выполнения с учетом непосредственных результатов (послеоперационная летальность 13,6 %) диктует необходимость отбора больных для подобных вмешательств с относительно ограниченным распространением опухолевого процесса, когда есть перспектива длительной жизни.

Перспективным, вероятно, является формирование пищеводно-тонкокишечного анастомоза с использованием аппарата АКА-2. Однако эта методика в настоящее время находится в стадии разработки, и малое количество операций пока не позволяет сделать конкретные выводы и тем более оценить отдаленные функциональные результаты этого типа анастомоза.

У больных с распространенным опухолевым процессом, когда нередко возникает необходимость выполнения комбинированных операций, у тяжелых больных с сопутствующими заболеваниями операцией выбора, на наш взгляд, в настоящее время является муфтообразный петлекопцевой анастомоз, дающий удовлетворительные как непосредственные, так и отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г. В., Попович А. Ю., Звездин В. П. // Хирургия. — 1987. — № 9. — С. 74—77.
2. Клименков А. А., Бондарь Г. В., Звездин В. П. и др. // Там же. — 1989. — № 5. — С. 109—112.
3. Черный В. А., Щепотин И. Б. // Клин. хир. — 1987. — № 6. — С. 102—104.
4. Fegiz G., Tosato F., Gassese M. et al. // Minerva chir. — 1985. — Vol. 40. — P. 1205—1213.

Поступила 26.03.90

TO THE BASIS OF TECHNIQUES OF PERFORMING ESOPHAGOINTESTINAL ANASTOMOSIS IN GASTRECTOMIES FOR GASTRIC CANCER

A. A. Klimenkov, Yu. I. Patyutko, A. B. Itin, G. I. Gubina, A. A. Baronin, V. P. Lau, V. V. Pedchenko

Immediate and long-term results following 580 gastrectomies performed for gastric cancer with different types of esophagointestinal anastomoses are analyzed. The best results both immediate and long-term are obtained in performing intussusception esophagoduodenal anastomosis. However, this type of surgeries may be performed only under certain circumstances. Gastropasty yields fine functional results but high postoperative mortality necessitates patient selection for such interventions. In advanced tumor processes there is a frequent necessity for performing combined surgeries, at present in severe patients with concurrent diseases the surgery of choice is muffled loop-end anastomosis giving favourable both immediate and long-term functional results.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.33-006.6-089:616.441

А. И. Лактионова, Г. Г. Кныров, В. В. Фролов, В. Д. Макаренко, А. И. Раев, Ю. С. Осипов

ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ СИСТЕМЫ ГИПОФИЗ — ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии, базовый санаторий «Дорохово», Железноводская клиника Пятигорского НИИ курортологии и физиотерапии

Действие гормонов щитовидной железы на организм человека многообразно и охватывает практически все стороны жизнедеятельности: реактивность нервной системы и поведение, основной обмен и активность сердечно-сосудистой системы. Поэтому интерес к исследованию гипотиреоидной системы при различных патологических нарушениях остается неизменным.

Сообщения о состоянии функции щитовидной железы у больных раком желудка неоднозначны. Одни авторы отмечают развитие гипотиреоза по мере прогрессирования злокачественного процесса [1, 2], другие считают, что щитовидная железа не испытывает существенных изменений [3, 4]. Сведения о состоянии гипотиреоидной системы после операции и восстановительного лечения истощенных больных раком желудка практически отсутствуют.

Целью данной работы было изучение тиреотропной активности гипофиза и гормонпродуцирующей функции щитовидной железы у оперированных больных раком желудка после восстановительного и санаторно-курортного лечения.

Материал и методика. Исследование секреции тиреотропина гипофиза и тироксина щитовидной железы проведено у 18 здоровых лиц и у 68 оперированных больных раком желудка, в послеоперационном периоде у которых развился демпинг-синдром. Все больные получили в стационаре курс восстановительного лечения, после чего одна группа больных (26 человек) была направлена в санаторий средней полосы «Дорохово» (Подмосковье), другая (23 человека) — в санаторий Железноводска (Северный Кавказ).

В комплекс восстановительного лечения входили: диетотерапия; заместительная терапия; витаминотерапия; вспомогательное парентеральное питание; психотерапия. Санаторно-курортное лечение включало последовательное проведение лечебных процедур, питания и отдыха, культурных развлечений, соблюдение распорядка дня.

Концентрацию гормонов определяли в плазме крови, взятой из локтевой вены натощак с помощью коммерческих наборов фирмы «Byk-Mallinckrodt»: RIA-mat TSH uRIA-mat T₄. Статистическую обработку материала проводили в соответствии с критериями Стьюдента — Фишера.

Группа исследуемых	Число исследуемых	Тиреотропин, мед/л	Тироксин, нмоль/л
Здоровые	18	$4,8 \pm 0,65$	$96,2 \pm 6,13$
Больные раком желудка:			
после операции до восстановительного лечения	68	$8,7 \pm 1,49$	$73,8 \pm 5,72$
после курса восстановительного лечения	68	$5,0 \pm 0,72$	$93,7 \pm 8,2$
после курортного лечения в «Дорохово»	26	$5,2 \pm 0,43$	$87,0 \pm 5,66$
после курортного лечения в Железноводске	23	$5,7 \pm 0,63$	$80,2 \pm 4,95$

Результаты и обсуждение. Из таблицы видно, что у больных раком желудка в послеоперационном периоде секреция тироксина щитовидной железы достоверно снижена в сравнении с ее уровнем у здоровых лиц ($p < 0,05$), концентрация же тиреотропина гипофиза повышена ($p < 0,01$). После курса восстановительного лечения содержание обоих гормонов в плазме крови не отличается от контрольного.

После курортного лечения в санатории «Дорохово» существенных изменений в состоянии системы гипофиз — щитовидная железа не происходит, отличия средних значений концентрации тиреотропина и тироксина от нормы недостоверны ($p > 0,05$).

После курортного лечения в Железноводске уровень тироксина в плазме крови больных оказался сниженным, тиротропина — повышенным. И хотя отличия от исходного состояния (после восстановительного лечения) оказываются недостоверными в сравнении с нормой, достоверность не вызывает сомнений ($p < 0,05$).

Полученные нами результаты не являются веским аргументом в пользу предпочтительности того или иного вида курортного лечения, поскольку все варианты концентрации тироксина и тиреотропина у больных, прошедших курсы восстановительного лечения, находились в пределах колебаний, характерных для здоровых лиц. Для тироксина эти пределы составляют, по международным данным, 50—150 нмоль/л, для тиреотропина 2—10 мед/л. Тем не менее факт снижения функции щитовидной железы у больных, находившихся на лечении в Железноводске, должен настораживать. Такое снижение, обусловленное, очевидно, тепловым фактором [4], по существу нивелирует эффект предшествующего восстановительного лечения и может привести впоследствии к неблагоприятному течению основного заболевания.

Таким образом, полученные нами результаты убеждают, что оценка состояния функциональной активности системы гипофиз — щитовидная железа у оперированных больных раком желудка может обеспечить необходимый критерий для заключения об эффективности восстановительного лечения и служить дополнительным основанием для выбора курортного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагина Г. В. // Вопр. онкол.— 1980.— № 8.— С. 76—79.
2. Dessaint J. P., Lefebvre P., Adenis L. et al. // Ann. Endocr.— 1978.— Vol. 39.— P. 62—65.
3. Hayward J. L. // Acta Endocr.— 1975.— Vol. 80, Suppl. 199.— P. 56—94.

4. Tashima C. K. // Geriatrics.— 1977.— Vol. 32, N 10.— P. 53—69.

Поступила 19.04.90

THE IMPACT OF RECUPERATIVE TREATMENT ON FUNCTION OF PITUITARY BODY, AND THYROID GLAND OF STOMACH CARCINOMA — OPERATED PATIENTS

A. I. Laktionova, G. G. Knyrov, V. V. Frolov, V. D. Makarenko, A. I. Raev, U. S. Osypov

The defining of thyrotropic functioning of pituitary body and hormonogenic function of thyroid gland of stomach carcinoma — operated patients after they undergo recuperative treatment is of clinical interest, no doubt. Thyroid gland thyroxin secretion of patients in post-operation period is actually reduced but thyrotropin of pituitary body is increasing. After the recuperation course the concentration of both hormones in blood plasma is normal. The same results being achieved in sanatorium "Dorokhovo". After treatment in sanatorium "Zeleznovodsk" the level of thyroxin is decreased but thyrotropin vice versa. The assessment of pituitary body and thyroid gland functioning can provide the necessary criteria to judge the effectiveness of recuperative treatment and can serve as a supplementary basis to choose the method of treatment in recreation areas.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 610.33-006.6-097

Н. Н. Тулицы, А. А. Клименков, З. Г. Кадагидзе, А. К. Макишев, Г. И. Губина, В. И. Роттенберг, А. Б. Итин

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ЭКСПРЕССИИ МОНОМОРФНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ МОЛЕКУЛЫ HLA I И II КЛАССОВ НА КЛЕТКАХ РАКА ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии

В последние годы большое внимание в исследовании рака желудка уделяется анализу мембранных маркеров, которые имеют различную степень специфичности для опухолевых клеток [8—10]. Основным инструментом исследования различных клеточных антигенов стали моноклональные антитела [1, 4]. Широко используются антитела к раково-эмбриональному антигену [10], к общеэпителиальным белкам [9], к антигенам HLA I и II классов [2, 7], а также многочисленные другие маркеры [1, 4, 8].

Цель настоящей работы — оценить взаимозависимость в экспрессии различных иммунологических маркеров на клетках рака желудка при выявлении антигенов на криостатных опухолевых срезах и провести клинко-иммунологические сопоставления.

Материалы и методы. Иммунологическое исследование проведено у 59 больных раком желудка: у 41 больного выявлена аденокарцинома, у 14 — перстневидноклеточный рак, у 4 — низкодифференцированный рак.