

5. Тазиев Р.М. Спленопанкреатогастрэктомия в хирургическом лечении рака желудка: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.М. Тазиев. Казань, 1983.

6. Тимошин А.Д. Осложнения при операциях на поджелудочной железе /А.Д. Тимошин, О.Г. Скипенко // Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии; под ред. О.Б. Милонова, К.Д. Тоскина, В.В. Жебровского. М.: Медицина, 1990. С. 479-531.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ – кандидат медицинских наук, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (lechfac@mail.ru).

VOLKOV SERGEY VLADIMIROVICH – doctor of medical sciences, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

УДК 666.33-089-87

С.В. ВОЛКОВ

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТИПОВЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ключевые слова: гастрэктомия, несостоятельность пищевода-кишечного анастомоза.

Из 747 больных, перенесших гастрэктомию, несостоятельность швов пищевода-кишечного анастомоза наблюдалась у 32 (4,28%) пациентов. У 245 больных пищевода-кишечный анастомоз был наложен с использованием швейных аппаратов, несостоятельность анастомоза отмечена у 13 (5,3%) больных. Это осложнение развивалось как на ранних (на 3-5-й день после операции), так и на поздних сроках (после 9-11 дней). При развитии несостоятельности анастомоза на ранних сроках больным производилась релапаротомия с дренированием брюшной полости. При развитии этого осложнения на поздних сроках больным проводили общепринятую консервативную терапию. Из 13 больных с несостоятельностью швов данная тактика оказалась эффективной лишь у 2 пациентов.

S.V. VOLKOV

INCONSISTENCY OF ESOPHAGO-INTESTINAL ANASTOMOSIS OF PATIENTS AFTER TYPICAL AND COMBINED GASTRECTOMIA: CLINICAL AND SURGICAL ASPECTS

Key words: gastrectomy, inconsistency of esophago-intestinal anastomoses.

Out of 747 patients who underwent gastrectomy, suture failure of oesophagoenteric anastomoses was observed in 32 (4,28%) patients. In 245 patients esophageal-intestinal anastomoses was applied using suturing devices, anastomotic failure was observed in 13 (5,3%) patients. This complication developed as early (3-5 days after surgery) and late term (9-11 days). With the development of anastomosis failure of patients in the early stages relaparotomy was performed with drainage of the abdominal cavity. With the development of this complication in the later stages patients underwent conventional conservative therapy. Out of the 13 patients with suture failure this tactic has proven effective in only 2 patients.

Гастрэктомия, особенно комбинированная, до настоящего времени остается одной из наиболее тяжелых и травматичных операций в абдоминальной хирургии. Технические особенности выполнения гастрэктомии, а также некоторые аспекты проблемы, касающейся диагностики и лечения наиболее часто встречающихся осложнений на ранних и отдаленных сроках после этой операции, подробно рассмотрены более трех десятилетий назад [6]. Авторы пришли к выводу, что «гастрэктомия закономерно приводит к развитию ряда выраженных нарушений, которые по своим проявлениям и частоте гораздо серьезней, чем нарушения после любой другой операции на желудке». Этот вывод остается справедливым и в настоящее время. В связи с увеличением количества выполняемых в последнее десятилетие гастрэктомий по поводу рака желудка исследователи нашей страны, а также некоторых зарубежных стран (Япония, Германия, Франция, США) большое внимание начали уделять

многоплановому изучению последствий гастрэктомии, рассматривая их не только как хирургическую, но и как патофизиологическую проблему.

Даже после первых, выполненных более 100 лет назад, гастрэктомий многими клиницистами было установлено, что это оперативное вмешательство может сопровождаться развитием на ранних сроках после операции ряда тяжелых и опасных осложнений, которые нередко являются причиной летального исхода больных. Достаточно сказать, что частота послеоперационных осложнений после гастрэктомий составляет 34% [10].

В литературе последних лет появились указания о значительном изменении структуры послеоперационных осложнений после стандартных и расширенно-комбинированных гастрэктомий с лимфодиссекцией в объеме D2 за счет уменьшения, прежде всего, частоты несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов и увеличения количества гнойно-септических осложнений, превышающих 30%.

Частота несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов в зависимости от выбора метода формирования соустья колеблется от 4,5 до 9,63% [3, 4]. В то же время удалось снизить частоту этого осложнения после стандартных и расширенно-комбинированных гастрэктомий до 0,49% случаев при одновременном увеличении частоты плевро-легочных осложнений до 27,2%, интраабдоминальных абсцессов – до 5,3%, послеоперационных панкреатитов – до 15,4% [3, 4]. Это обстоятельство продолжает служить, по-видимому, основной причиной сохраняющейся довольно высокой летальности после гастрэктомии, частота которой колеблется от 6 до 25,4% [1, 9, 11]. Приведенные данные свидетельствуют о том, что непосредственные результаты типовых, стандартных и расширенно-комбинированных гастрэктомий нельзя признать удовлетворительными из-за высокой частоты послеоперационных осложнений и сохраняющейся высокой летальности больных. Это диктует необходимость дальнейшей разработки ряда вопросов, касающейся улучшения непосредственных результатов гастрэктомии.

В данной работе мы попытались сделать анализ одного из наиболее опасных осложнений гастрэктомии – несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов. В возникновении причин несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии многие авторы [8, 11] предполагают значение следующих факторов:

1. Пищевод лишен серозного покрова. В шве сопоставляют серозную оболочку кишки и мышечную – пищевода.

2. При тотальной гастрэктомии неизбежны лигирование и пересечение левой желудочной артерии, отключение ее восходящей ветви – главного источника кровоснабжения нижних сегментов пищевода.

3. Операцию выполняют на инфицированном полом органе. Бактериологические исследования обнаруживают в просвете пищевода богатую микрофлору.

4. Неблагоприятно сказываются выраженные метаболические нарушения, неполноценное питание, голодание.

5. Гастрэктомия сочетается с ваготомией, что может привести к трофическим нарушениям в анастомозируемых органах.

6. Эти вмешательства выполняют у больных с рядом сопутствующих патологических процессов: гипертоническая болезнь, нарушение сердечного ритма, диабет и др.

7. Гастрэктомия, в частности комбинированная – травматичные вмешательства, сопровождающиеся выраженными нарушениями гемодинамики. Каждый из перечисленных факторов и их сочетания могут иметь существенное значение как в плане заживления соустья, так и развития различных послеоперационных осложнений.

Неудовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты гастрэктомий привели к тому, что в настоящее время известны и используются в клинической практике несколько вариантов формирования пищеводно-кишечного анастомоза. Существующие методики формирования пищеводно-кишечного анастомоза можно разделить условно на следующие группы:

- 1) простые анастомозы, выполняемые соединением пищевода с тонкой кишкой двух- или трехрядными швами;
- 2) инвагинационные анастомозы;
- 3) пластические анастомозы, выполняемые: а) расслаиванием стенок анастомозируемых органов; б) с укрытием линии шва тканями или органами; в) с созданием искусственного желудка из трансплантата;
- 4) погружные анастомозы, когда дистальный отдел пищевода свисает в просвет кишки;
- 5) анастомозы, выполняемые с помощью сшивающих аппаратов (ПКС-25, СПТУ и др.);
- 6) анастомозы, выполняемые электрохирургическим методом.

Многие из предлагаемых методов гастрэктомии имеют чисто экспериментальное значение или были применены в небольшом количестве клинических наблюдений. Наибольшее распространение из методов восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта после гастрэктомии получили простые соустья, формируемые путем сшивания стенок анастомозируемых органов двумя рядами швов. В зависимости от варианта подведения кишки к пищеводу анастомозы могут формироваться по типу «конец в бок», «бок в бок», «конец в конец» с вертикальным или горизонтальным подведением кишки.

В последние годы в хирургической практике при гастрэктомиях, резекции кардии и пищевода по поводу рака широко используются различные аппараты: ПКС-25, СПТУ и зарубежные типа ЕЕА. Главными достоинствами механического шва являются большая асептичность и удобство при формировании анастомоза в глубине раны, сокращение времени операции, меньшее травмирование сшиваемых тканей, герметичность шва, отсутствие дренирующего шовного материала в области анастомоза. Применение механического шва при гастрэктомиях позволило снизить летальность после этих операций от несостоятельных швов пищеводного соустья до 2,5-7% [5-7].

Некоторые авторы отмечают, что при применении сшивающих аппаратов для формирования анастомозов в ряде случаев возникают технические неполадки самих аппаратов, из-за которых происходит неполное прошивание стенок, что требует повторного наложения соустья вручную в гораздо более худших условиях и ведет к увеличению числа осложнений со стороны соустья [2, 6].

Как показывает клиническая практика, указанные технические неполадки при эксплуатации сшивающего аппарата СПТУ связаны в основном с от-

сутствием соответствующего опыта у оперирующего хирурга по использованию данного аппарата или его аналогов.

Достоинство зарубежных сшивающих аппаратов одноразового использования типа ЕЕА является возможность наложения одномоментно двухрядного танталового шва, позволяющего по сравнению с СПТУ создать большую герметичность пищеводно-кишечного соустья. Единственным недостатком аппаратов этого типа можно назвать их дороговизну, что сдерживает их широкое использование в повседневной клинической практике. С этой точки зрения ручной метод наложения пищеводно-кишечного анастомоза отличается дешевизной, поскольку в стоимость его включаются в основном использованные шовные нити.

Из 747 больных, перенесших гастрэктомию, несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза нами наблюдалась у 32 (4,28%) пациентов. У 245 больных, перенесших гастрэктомию, пищеводно-кишечный анастомоз выполнен с использованием сшивающих аппаратов ПКС-25 и СПТУ, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза отмечена у 13 (5,3%). При применении сшивающего аппарата ПКС-25 это осложнение наблюдалось у 5 (10,64%) из 47 больных. Такой сравнительно высокий процент несостоятельности пищеводно-кишечного соустья связан прежде всего с началом освоения этого аппарата, что сопровождалось определенными техническими неполадками в работе аппарата (неполное прошивание тканей в области циркулярного шва, трудности при извлечении аппарата из просвета пищевода через сформированный анастомоз, необходимость дополнительного ушивания дефекта в области механического шва, повторное формирование пищеводного соустья механическим швом и др.). После наложения танталового у всех 47 больных накладывался второй ряд П-образных серозно-мышечных швов. Линия анастомоза пластически укрывалась ножками диафрагмы. Несмотря на дополнительное пластическое укрытие зоны анастомоза, несостоятельность пищеводно-кишечного соустья у 2 больных проявилась на 4-5-е сутки, у 3 – на 7-9-е сутки после операции. После выполнения 47 гастрэктомий дальнейшее использование сшивающего аппарата ПКС-25 было полностью прекращено из-за сравнительно частых технических неполадок в работе этого аппарата. Вместо аппарата ПКС-25 начал использоваться сшивающий аппарат новой конструкции – универсальный СПТУ, которым было выполнено 198 простых, расширенных и комбинированных гастрэктомий. После наложения танталового шва аппаратом СПТУ у всех больных накладывался второй ряд П-образных серозно-мышечных швов. После этого линия анастомоза у них пластически укрывалась ножками диафрагмы. Из 198 больных несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза отмечена у 8 (4,0%) пациентов. Из этого количества больных данное осложнение у 1 пациента клинически проявилось на 4-е сутки, у 5 – на 7-9-е сутки, у 1 – на 11-е сутки и у 1 – на 14-е сутки после операции. В.С. Маят с соавт. из 63 гастрэктомий, выполненных преимущественно сшивающим аппаратом ПКС-25, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза наблюдали у 7 (10,11%) больных [6]. При использовании сшивающих аппаратов ПКС-25М и СПТУ хирургами с различной степенью квалификации несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза при гастрэктомиях отмечена в 9,8% случаев [5]. При этом дефекты в наложении этого анастомоза с помощью указанных аппаратов авторами отмечены в 32 из 204 случаев их применения, т.е. в 15,7%. Дефекты при наложении пищеводно-кишечного анастомоза с помощью

сшивающих аппаратов нами были отмечены у 19 из 245 больных, т.е. в 7,8%. Большая часть (13 из 19 случаев) дефектов отмечена при использовании аппарата ПКС-25.

Как показали наши исследования, достоинством механического шва, особенно с использованием СПТУ, являются асептичность и удобство при формировании анастомоза в глубине раны, возможность наложения анастомоза как при истонченной, так и гипертрофированной стенке пищевода, сокращение время операции, меньшее травмирование сшивающих тканей, герметичность шва, отсутствие дренирующего шовного материала в области анастомоза. Все эти положительные моменты при использовании метода инструментальной гастрэктомии у подавляющего числа больных способствуют нормальному течению послеоперационного периода.

У больных, перенесших гастрэктомию, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза может проявляться в первые 3-5 дней после операции (ранняя несостоятельность анастомоза) и поздняя несостоятельность швов, развивающаяся в сроки от 7 до 12 дней после операции, а иногда и позже.

Как показали клинические наблюдения, развитие несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза в ранние сроки после операции (4-5-е сутки) проявляется ухудшением самочувствия больных, усилением болей в животе, особенно в эпигастральной области и левом подреберье. У больных четко вырисовывалась картина «острого живота». Отмечалось нарастание лейкоцитоза со сдвигом формулы крови влево.

При развитии несостоятельности швов пищеводно-кишечного соустья на 7-9-е сутки после операции отмечалось резкое ухудшение состояния у большинства больных. До развития осложнения у этой группы больных наблюдался стойкий парез кишечника. Отмечалось вздутие живота. Были выражены признаки интоксикации организма, хотя выраженных клинических признаков перитонита у больных не было. Сохранялся высокий лейкоцитоз (до $15-20 \times 10^9$) со сдвигом влево, температура достигала 38-39°C.

Недостаточность швов пищеводно-кишечного анастомоза на поздних сроках после операции (после 10-11 дней) возникает редко, она не проявляется яркой клинической картиной, и прогноз при ней в большинстве случаев более благоприятный, чем на ранних сроках, что связано с ограничивающими сращениями, препятствующими распространению воспалительного процесса. У одной из наблюдаемых нами больных несостоятельность швов пищеводно-кишечного соустья развилась спустя 14 суток после гастрэктомии.

Анализ причин несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза, наложенных сшивающими аппаратами, показал, что чаще данное тяжелое осложнение возникало у раковых больных с низкой реактивностью организма, преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста. Развитию этой патологии способствовали такие осложнения, как массивные желудочные кровотечения, перфорация раковой опухоли желудка с развитием перитонита. Так, по нашим данным, несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза у больных старше 50 лет отмечена в 7,2%, а у лиц моложе 50 лет – в 3,3% случаев.

При развитии несостоятельности швов пищеводно-кишечного соустья в ранние сроки послеоперационного периода почти всем больным производи-

лась релапаротомия, во время которой выявлялась локализация дефекта в зоне соустья. Попытка ушить этот дефект в зоне анастомоза в большинстве случаев оказывалась безуспешной из-за выраженной инфильтрации тканей пищевода и кишки. В связи с этим больным производилась санация брюшной полости, к зоне анастомоза подводились дренажные трубки и марлевые тампоны. После релапаротомии больным проводилась интенсивная терапия, включая переливание компонентов крови, белковых препаратов, жидкостей, антибиотиков и других лечебных средств. Больных переводили на парентеральное питание. У больных с недостаточностью швов пищеводно-кишечного анастомоза проводилось также энтеральное питание путем введения питательных смесей через зонд, проведенный в тонкий кишечник за линию анастомоза.

При несостоятельности швов соустья, развившейся на поздних сроках после операции, и при сформировавшемся пищеводно-кишечном свище без признаков перитонита проводили общепринятую консервативную терапию, которая включала ежедневные промывания через дренажные трубки левого поддиафрагмального пространства раствором фурацилина, обработку кожных покровов вокруг свища цинковой пастой, пастой Лассара и др. Из 13 больных с недостаточностью швов пищеводно-кишечного соустья вышеописанная тактика оказалась эффективной лишь у 2.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что применение сшивающих аппаратов, в частности СПТУ, позволяет значительно снизить число осложнений, связанных с несостоятельностью швов пищеводно-кишечного соустья. Сшивающий аппарат СПТУ, используемый для формирования пищеводного соустья при гастрэктомиях по поводу рака желудка и других заболеваний, позволяет улучшить ближайшие результаты этой операции за счет уменьшения количества случаев перитонита и других осложнений (внутрибрюшные гнойники, включая поддиафрагмальный) вследствие несостоятельности швов пищеводно-кишечных анастомозов.

Несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии из чрезбрюшинного доступа – тяжелое и все еще довольно часто встречающееся осложнение у больных раком желудка. Если при трансторакальном доступе несостоятельность швов пищеводно-кишечного соустья, как правило, заканчивается развитием гнойного плеврита и медиастинита, то при абдоминальном доступе несостоятельность швов пищеводно-кишечного соустья у больных после гастрэктомии часто сопровождается развитием распространенного гнойного перитонита.

Несостоятельность швов пищеводного соустья после гастрэктомии иногда проявляется уже в первые 3-5 дней после операции, и в этих случаях осложнение протекает особенно остро. Клиническая картина ранней несостоятельности швов, как правило, яркая. Внезапно ухудшается общее состояние больного, появляются резкие боли в эпигастрии и левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, плечо и лопатку, сжимающие боли за грудиной. Боли распространяются затем по всему животу, особенно по ходу левого и правого латеральных каналов. Дыхание становится поверхностным. Лицо покрывается холодным потом, черты его заостряются. Появляется акроцианоз. Пульс учащается до 120-140 ударов в мин. Температура повы-

шается до 38-39°C. В крови повышается число лейкоцитов, отмечается резкий сдвиг лейкограммы влево. В связи с интоксикацией в моче увеличивается содержание белка. В течение ближайших часов после развития несостоятельности швов пищеводного соустья развивается клиника распространенного перитонита. В результате нарастающей интоксикации возникают эйфория, бред, беспокойное поведение больного.

Поздняя несостоятельность швов пищеводно-кишечного соустья, развивающаяся в сроки от 9-го до 12-го дня после операции, а иногда и позже, в связи с отграничивающимися сращениями обычно не дает такой яркой клинической картины. Примерно спустя 7 дней после операции у больного вновь повышается температура, возникает тахикардия. Больной адинамичен. Картина крови указывает на наличие воспалительного процесса: увеличивается число лейкоцитов, отмечаются сдвиг лейкограммы влево, лимфопения и эозинопения. Иногда поздняя несостоятельность швов проявляется образованием инфильтрата в области операционной раны, нагноением раны.

Диагностика раннего расхождения швов пищеводно-кишечного анастомоза обычно не представляет трудностей из-за достаточно яркой и характерной клинической картины. У больных с этим осложнением из дренажных трубок обычно поступают кишечное содержимое, желчь, что достоверно подтверждает диагноз несостоятельности швов пищеводного соустья. Важную роль при подозрении на несостоятельность этого соустья играет рентгенологическое исследование. Один-два глотка жидкого бария или другого контрастного препарата при полипозиционном методе исследования позволяют в большинстве случаев поставить диагноз. Характерным рентгенологическим симптомом является затекание контрастного вещества из просвета пищевода через дефект в анастомозе в область левого подреберья. Нередко это осложнение проявляется спазмом пищевода выше уровня анастомоза.

Довольно простым методом выявления несостоятельности пищеводно-кишечного соустья является прием внутрь больным 30-50 мл спиртового раствора метиленовой сини. Появление этого раствора в дренаже, сформировавшемся после удаления дренажа раневом канале или свищевом ходе, иногда в ране, полностью подтверждает наличие данного осложнения.

Из 747 больных, перенесших тотальную гастрэктомию, несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза развилась у 32 (4,28%). Из них у 23 (71,88%) больных наступил летальный исход вследствие распространенного гнойного перитонита. У остальных 9 (28,12%) больных наступило выздоровление.

Касаясь вопроса об осложнениях гастрэктомии и резекции желудка, В.С. Маят с соавт. указывают, что все наблюдавшиеся в последние 5 лет больные с недостаточностью швов пищеводно-кишечного или пищеводно-желудочного анастомозов погибли [6]. Однако в литературе описано довольно большое число выздоровлений при этом осложнении, развивающемся в поздние сроки после операции [7, 2]. При этом формируются кишечные свищи, которые могут закрыться под влиянием консервативного лечения.

Согласно нашим данным, предрасполагающими факторами несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза являются запущенность

ракового процесса, пожилой возраст больных, сопутствующие заболевания и осложнения рака желудка (кровотечения, анемия и др.). В связи с раковой интоксикацией, анемией, гипопротеинемией у этих больных резко снижаются пластические свойства тканей. К тому же при запущенных формах рака желудка приходится выполнять нередко комбинированные гастрэктомии, которые отличаются большой травматичностью и тяжестью, а также и возможностью развития несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза. Так, из 257 больных, перенесших комбинированную гастрэктомию, у 21 (8,17%) развилась несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза, а при обычных гастрэктомиях это осложнение отмечено у 11 (2,44%) человек, т.е. в 3,6 раза реже, чем при комбинированных гастрэктомиях.

Лечение остро развивающейся несостоятельности швов заключается в ранней релапаротомии с ограничением и дренированием области анастомоза. В этих случаях показано также дренирование подпеченочного пространства и полости малого таза через соответствующие контрапертуры. При отсутствии распространенного перитонита следует считать целесообразным накладывать еюностому по Майдлю для разгрузки анастомоза и питания больного. После операции, а также при консервативном лечении поздней несостоятельности швов (особенно при наличии дренажей в области левого подреберья) запрещается прием пищи и жидкости минимум в течение 3-4 дней. Назначаются парентеральное питание, переливание компонентов крови, белковых препаратов, большие дозы антибиотиков широкого спектра действия. Обязательны контроль и своевременная коррекция нарушений водно-электролитного обмена. В последующем разрешается прием пищи в положении лежа, на боку, противоположном локализации дефекта в анастомозе.

Профилактика несостоятельности швов пищеводных анастомозов должна включать круг вопросов. В частности, перед операцией важнейшее значение имеет адекватная коррекция нарушений объема циркулирующей крови, белкового и водно-электролитного обмена, витаминной недостаточности. Пищевод необходимо пересекать на достаточном расстоянии от опухоли (не менее чем на 4-5 см), после чего накладывать анастомоз с тощей кишкой. Крайне опасно натяжение сшиваемых органов при формировании соустья.

Литература

1. Бондарь Г.В. Двухбригадные операции при гастроэзофагеальном раке / Г.В. Бондарь, А.Ю. Попович, В.П. Звездин // Хирургия им. Н.И.Пирогова. 1987. № 9. С. 74-77.
2. Березов Ю.Е. Оперированный желудок / Ю.Е. Березов, Ю.В. Варшавский. М.: Медицина, 1974. 192 с.
3. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Аванесов // Современная онкология. 2000. Т. 2, № 1. С. 4-10.
4. Давыдов М.И. Современная хирургия рака желудка: от D2 к D3 / М.И. Давыдов, И.Н. Туркин, Б.Е. Полоцкий // IX Российский онкологический конгресс: материалы конгресса. М., 2005. С. 41-43.
5. Кузин Н.М. Выбор оптимального варианта реконструктивного этапа гастрэктомии / Н.М. Кузин, О.С. Шкроб, Л.В. Успенский, С.С. Харнас // Хирургия. 1992. № 3. С. 40-43.
6. Маят В.С. Резекция желудка и гастрэктомия / В.С. Маят, Ю.М. Панцырев, Ю.К. Квашинин и др. М.: Медицина, 1975. 368 с.
7. Петерсон Б.Е. Рак проксимального отдела желудка / Б.Е. Петерсон. М.: Медицина, 1972. 216 с.
8. Саенко А.И. 25-летний опыт хирургического лечения рака желудка / А.И. Саенко // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1985. Т. 135, № 8. С. 19-22.
9. Сигал М.З. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака / М.З. Сигал, Ф.Ш. Ахметзянов. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1987. 217 с.

10. Черноусов А.Ф. Хирургия рака желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов, Ф.А. Черноусов. М.: Москва, 2004. 560 с.

11. Цацаниди К.Н. Пищеводно-кишечные и пищеводно-желудочные анастомозы / К.Н. Цацаниди, А.В. Богданов М.: Медицина, 1969. 170 с.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 80.

УДК 616.33-006.6

Л.А. ВОРОПАЕВА

ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОНКОМАРКЕРОВ В АКТИВНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ИЗЪЯЗВЛЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Ключевые слова: желудок, рак, онкомаркер.

На основании анализа количественных значений соответствующего антигена в сыворотке крови и их различий при доброкачественной язве и изъязвленном раке желудка определена диагностическая значимость следующих сывороточных онкологических маркеров: углеводных антигенов СА 19-9; СА 125; СА 15-3; раково-эмбрионального антигена; альфа-фетопротеина. При этом изучена информативность каждого из опухолевых маркеров и их сочетаний в диагностике изъязвленного рака желудка, метастазов и рецидива рака желудка. Проанализированы их значение в определении прогноза течения болезни после хирургических вмешательств по поводу рака желудка и диагностическая значимость опухолевых маркеров в послеоперационном мониторинге за больными.

L.A. VOROPAeva

SIGNIFICANCE OF ONCOLOGIC MARKERS USE IN ACTIVE REVEALING OF CARCINOMA OF THE STOMACH

Key words: stomach, cancer, oncology markers.

On the basis of the analysis of quantitative value of a corresponding antigen in blood serum and their differences at a good-quality ulcer and carcinoma of the stomach the diagnostic importance of the following serial oncology markers is defined: carbohydrate antigens CA 19-9; CA 125; CA 15-3; cancerous-embryonal antigen; Alpha fetoprotein. It is thus studied informative value of each of the tumor markers and their combinations in diagnostics of ulcerous stomach cancer, metastasizes and relapse of a carcinoma of the stomach. Their value in definition of the forecast of a clinical course after the surgical interventions concerning a carcinoma of the stomach and the diagnostic importance of tumor markers in postoperative monitoring for patients is analysed.

Рак любой локализации характеризуется неуправляемым ростом и распространением аномальных клеток, возникающих вследствие повреждения и отсутствия восстановления ДНК. Основателем теории клеточной патологии Рудольфом Вирховым еще в XIX в. микроскопическими исследованиями доказано, что по внешним признакам раковые клетки отличаются от окружающих нормальных клеток. Доказано, что временной интервал между развитием опухоли и ее ростом в клинически распознаваемой форме в большинстве составляет десятилетия [7]. Для обозначения ранних стадий рака в литературе употребляется несколько терминов: «минимальный», «малый», «начальный», «поверхностный», «ранний» рак. На самом деле рак желудка до определенного момента растет медленно, иногда в течение 3-4 и более лет, не выходя за пределы слизистой и подслизистой оболочек, не проявляя себя клинически [2, 3].

Фактор раннего выявления рака является основным в определении продолжительности жизни больного, и от него же зависят успех или неудача проводимого лечения. Наиболее актуальными в борьбе с раком желудка являются скрининговые программы по выявлению заболеваний на ранней стадии до развития классической картины болезни. Внедрение онкомаркеров в