

## ОНКОЛОГИЯ

УДК 616.33-006.6-089

*А. В. Гуляев, И. М. Григорьева***СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
РЕЦИДИВНОГО РАКА ЖЕЛУДКА  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия последипломного образования,  
кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

Рак желудка остается одной из основных причин смерти во всем мире. В России рак желудка занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости у мужчин, уступая раку легкого, у женщин — третье место после рака молочной железы и новообразований кожи [1]. Более 70% больных раком желудка, впервые обратившихся в медицинские учреждения, имеют III или IV стадию заболевания, что во многом определяет результаты лечения. Так, если при I–II стадии заболевания 5- и даже 10-летняя выживаемость составляет 80–95%, то при III стадии она снижается до 15–50%, а при IV стадии 5-летняя выживаемость не превышает 4% [2].

Хирургический метод остается основным при лечении рака желудка. Однако даже после радикального оперативного вмешательства подавляющее большинство больных умирают от рецидива заболевания [3, 4]. Согласно данным литературы, рецидив опухоли после резекции желудка встречается у 20–60% пациентов, являясь основной причиной гибели больных. Зачастую, рецидивная опухоль сочетается с наличием метастазов [5, 6, 7]. В тех случаях, когда местный рецидив не сопровождается диссеминацией процесса, бывает возможно повторное хирургическое вмешательство. Известно, что у каждого третьего пациента рецидивный процесс носит локорегионарный характер. Рецидив в культе желудка, в зоне пищеводно- и желудочно-кишечного анастомоза возникает у 16–22% больных, при этом у 11–13% больных он является единственным проявлением заболевания [8, 9].

**Факторы риска развития рецидива.** Следует отметить, что факторы риска возникновения рецидива опухоли желудка, приводимые различными авторами, зачастую разнятся, однако такие параметры, как метастатическое поражение регионарных лимфоузлов и прорастание опухоли серозной оболочки, в настоящее время признаются большинством авторов [10–16].

Так, по данным С. Н. Уоо и соавторов (2000), при многофакторном анализе независимыми факторами риска рецидива являются: метастатическое поражение лимфоузлов, инвазия опухолью серозной оболочки желудка, диффузный тип роста опухоли, величина опухоли более 4 см [17]. Согласно S. Moriguchi (1992), при многофакторном анализе было выявлено, что прорастание опухолью серозной оболочки желудка и карцинома IV

типа по классификации Боррманна являются наиболее значимыми факторами риска развития канцероматоза брюшины, а метастатическое поражение лимфоузлов и сосудистая инвазия опухолевыми клетками являются фактором риска возникновения гематогенных метастазов [18].

На современном этапе средства молекулярной генетики представляют новые возможности оценки риска рецидивирования и прогрессирования опухоли. Так, было отмечено, что при потере экспрессии гена p21 риск рецидива после радикальной операции значимо увеличивается и прогноз ухудшается [19, 20]. Имеются убедительные данные, что увеличение экспрессии гена VEGF значимо коррелирует с перитонеальным рецидивом рака желудка [21]. При многофакторном анализе Н. Saito и соавторы (2007) показали, что экспрессия VEGF прямо коррелирует с развитием гематогенных метастазов, а экспрессия p53 — с рецидивом в лимфоузлы [22]. В последних исследованиях N. Dai и соавторов (2009) было продемонстрировано, что экспрессия PRL-3 положительно коррелировала с рецидивом опухоли и пациенты с положительной экспрессией PRL-3 имели значимо меньшую 5-летнюю выживаемость по сравнению с пациентами с отрицательной экспрессией данного гена [23].

**Классификация и частота развития рецидивов.** По распространенности процесса различают: местный рецидив, регионарный и отдаленные метастазы. При этом местный рецидив включает в себя рецидив в культе желудка либо в зоне пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомозов. К регионарному относят рецидив в области «ложка» опухоли, в окружающих и непосредственно прилегающих к желудку органах и тканях, а также в лимфатических узлах этой зоны. К отдаленным метастазам относят гематогенные метастазы, канцероматоз брюшины и поражение отдаленных групп лимфатических узлов [24].

Кроме того, некоторые исследователи выделяют следующие варианты рецидивирования рака желудка: 1) перитонеальная диссеминация; 2) отдаленные гематогенные метастазы; 3) локо-регионарные или местные рецидивы, локализующиеся в «культе» желудка, в зоне пищеводно-кишечного анастомоза, в зоне оперативного вмешательства (в ложе), в перигастральных или забрюшинных лимфоузлах [7, 25, 26]. К отдельным редким формам местного рецидива, вероятно, следует отнести единичные случаи, приведенные в иностранной литературе. Так, описаны 5 случаев возникновения рецидива рака желудка в линии аппаратного шва в резервуаре из тонкой кишки (recurrence in jejunal pouch) после радикальных операций [27–30]. А также случаи развития рецидивного рака желудка в брауновском анастомозе [31] или в культе двенадцатиперстной кишки после резекции по способу Бильрот II [32].

При выявлении заболевания у 9–25% пациентов выявляется несколько зон и сочетание нескольких путей рецидивирования. Из них наиболее частым является сочетание местного рецидива и канцероматоза брюшины [6, 17, 26].

Различия, лежащие в основе классификаций, приводят к существенному расхождению в представляемых данных о частоте отдельных форм рецидивов [25]. Зачастую они объясняются значительным влиянием на частоту и вариант возникновения рецидива степени распространенности первичной опухоли, ее биологических свойств и адекватности объема оперативного вмешательства. Так, например, частота развития рецидивов при раннем раке составляет от 0,3 до 8,2 [12, 13, 15, 33]. При местно-распространенном раке желудка рецидив заболевания чаще проявляется гематогенным метастазированием и канцероматозом брюшины, которые являются основной причиной смерти больных. С целью обеспечения адекватности хирургического пособия степени распространения опухолевого процесса в практике широко применяются расширенные

и комбинированные оперативные вмешательства, которые позволяют снизить количество изолированных местных рецидивов до 5–15% и общую частоту возврата болезни до 30–50% [24, 34].

В зависимости от сроков возникновения принято выделять ранние и поздние рецидивы. Как правило, рецидив опухоли желудка возникает в течение первых двух лет после операции [5, 12, 35–39]. Рецидивы карциномы в сроки более 10 лет редки [33, 40] и в определенном проценте случаев являются проявлением первичной множественности процесса.

**Механизм возникновения рецидива рака желудка.** Современные представления, а также данные морфологических исследований опухолей свидетельствуют в пользу многофакторности процесса возникновения или возобновления опухолевого роста в желудке после перенесенной операции по поводу рака. Причиной развития рецидива рака могут служить оставленные опухолевые клетки, которые становятся источником продолжения роста опухоли в желудке. Подобный «возврат» заболевания чаще всего проявляется в ближайшие сроки после операции [4, 41]. В работе А. В. Юдина (1999), изучавшего особенности рецидивирования рака желудка, было показано, что рецидив возникал в 2,8 раза чаще в случаях, сопровождавшихся опухолевым поражением линий резекции. При этом средняя продолжительность безрецидивного периода при наличии опухолевых клеток в крае резекции составляла 13 мес, а при их отсутствии 20 мес. Такой вариант рецидива наиболее характерен для низкодифференцированной аденокарциномы желудка [34, 42].

Опухолевые очаги могут оставаться и вне зоны резекции в стенках органа — в лимфатических щелях и микрососудах, перинеуральных пространствах, распространяться по серозной оболочке в виде «пылевых» микрометастазов и становиться источником возобновления опухолевого роста. Такой механизм возникновения характерен для инфильтративных карцином преимущественно низкой степени дифференцировки [41, 43].

Кроме того, в литературе встречаются описания случаев развития рецидива опухоли желудка в результате имплантации клеток рака (cancer cell exfoliated) из внутрипросветной слизи или с «загрязненного» во время операции шивающего аппарата [27–31].

Одной из причин возникновения повторной опухоли может быть мультицентричный рост опухоли [25]. При этом вторая карцинома, развившаяся после выявления и лечения первой, как правило, расценивается как рецидив заболевания.

В ряде случаев источником возникновения опухолевого роста в желудке могут служить метастазы в регионарных лимфоузлах, оставленные после нерадикально выполненной лимфодиссекции. А также возможный рост оставшихся после нерадикальной резекции опухолевых элементов в окружающих органах, которые становятся источником экзогастральных рецидивов. По данным разных авторов, частота экзогастральных рецидивов колеблется от 15,5% до 50% [4, 34].

**Операбельность и резектабельность при рецидивном раке желудка.** По мере накопления клинического опыта установлено, что рецидивный рак желудка длительное время может носить местный характер, на чем и основывается возможность лечения таких больных. В настоящее время целесообразность повторных хирургических вмешательств при рецидиве рака желудка сомнений не вызывает [44]. Наиболее частым вмешательством при этом является экстирпация культи желудка [45–47].

Показатель резектабельности при операциях по поводу рецидива рака желудка варьирует в широких пределах от 13,2% до 83% [8, 45, 46, 48–50]. Операбельность и резектабельность при рецидивах рака желудка зависят от многих факторов. Согласно дан-

ным А. А. Клименкова и соавт. (2004), при позднем рецидиве возможность выполнения радикальной операции в 1,6 раза выше, чем при раннем. Самая низкая резектабельность отмечена при тотальном поражении оставшейся части желудка и при рецидиве в области анастомоза.

Установлено, что на резектабельность оказывает влияние тип реконструкции, выполненной при первичной резекции желудка. Экстирпация культи желудка может быть выполнена при рецидиве опухоли после операции по Бильрот-I в 25–34,4%. Резектабельность после резекции по Бильрот-II с позадиободочным анастомозом на короткой петле составляет 45,8–65,6%. Наиболее высокий показатель резектабельности отмечен после резекции желудка по Бильрот-II с впередиободочным анастомозом на длинной петле (76%) [45].

После резекции желудка по Бильрот-I рецидивная опухоль часто вовлекает в процесс печень, головку поджелудочной железы и элементы печечно-двенадцатиперстной связки, поскольку именно к этим анатомическим структурам прилежит оставшаяся часть желудка. После резекции по Бильрот-II с позадиободочным анастомозом последний фиксируется в брыжейке поперечной ободочной кишки, и рецидивная опухоль инфильтрирует корень брыжейки и брыжеечные сосуды. Подобная ситуация возникает и после операции с позадиободочным анастомозом на длинной петле. После резекции по Бильрот-II с впередиободочным анастомозом на длинной петле поперечная ободочная кишка является как бы прослойкой между возможной рецидивной опухолью и структурами брюшинного пространства, поэтому опухоль, достаточно часто прорастая в поперечную ободочную кишку, не достигает их [44].

Так с учетом топографо-анатомических изменений, связанных с первичной операцией на желудке и вероятностью повторного вмешательства, ОНЦ РАМН рекомендует формировать при первичной резекции желудка гастроэюнальный анастомоз на длинной петле, размещенной впередиободочно. Предполагалось, что в этом случае при возникновении рецидива снижается риск прорастания карциномы в неудалимые анатомические структуры и уменьшаются технические трудности в процессе оперативного вмешательства. Соответствующая методика стала применяться в ОНЦ с 1980 года, что привело к повышению показателя резектабельности при рецидиве более чем на 20% (37,8% в период с 1954 по 1979 гг. и 59,5% за период с 1980 по 1996 гг.) [45].

Установлено, что у 42–65% больных с рецидивом рака желудка операция носит комбинированный характер, сопровождаясь удалением соседних органов [4, 35, 43, 48, 51]. Чаще всего экстирпация культи желудка сопровождается удалением селезенки, резекцией поперечной ободочной кишки, петель тонкой кишки, печени и поджелудочной железы [35, 47].

Резектабельность зависит от гистологической формы опухоли и составляет: 72,2% при аденокарциноме и 42,9% при перстневидноклеточном раке. В отношении анатомической формы роста карциномы, самая высокая резектабельность отмечалась при экзофитном рецидиве от 45,7% до 75,9%. Самые низкие показатели выявлены при эндофитном росте рецидива рака желудка — от 25,4% до 26,1% [45, 48, 49].

В случае возникновения рака в культе желудка появляются новые, нехарактерные для первичной опухоли, пути метастазирования [24, 40, 45]. С учетом новых путей лимфооттока, регионарными становятся ближайшие к анастомозированному участку тонкой кишки брыжеечные лимфатические узлы [48]. Есть основания считать, что при раннем рецидиве с большой вероятностью лимфогенные метастазы, обнаруженные при повторной операции, являются реализовавшимися к этому моменту метастазами первичной опухоли. Это определяет низкую резектабельность во всей группе больных с

ранним рецидивом и крайне неблагоприятный прогноз повторного вмешательства. С учетом этого, авторы считают, что повторная операция, должна включать в себя расширенную лимфодиссекцию, спленэктомию и резекцию брыжейки анастомозированной кишки [45].

**Выживаемость больных рецидивным раком желудка.** Показатель послеоперационной летальности по данным разных авторов значительно различается, составляя от 7,4 до 28% [4, 5, 38, 46, 47, 50].

В исследовании В. М. Ефетова и соавт. (2001) было отмечено, что послеоперационная летальность после радикальных операций прямо зависит от числа дополнительно резецированных органов. Так, если после типичных операций послеоперационная летальность составила 11,1%, то после комбинированных вмешательств с резекцией 1–3 органов послеоперационная летальность увеличивается до 17,6%, а после операций с резекцией 4–6 органов до 48,6%. Показатель 5-летней выживаемости для пациентов, перенесших типичные вмешательства, составил — 23,6%, для перенесших комбинированные операции с резекцией 1–3 органов — 20,6%. В группе пациентов, подвергшихся комбинированной операции с резекцией 4–6 органов, переживших 5-летний срок не отмечено. На этом основании авторами было сделано заключение о том, что если при дополнительной резекции не более 3 органов повышение летальности с 11,1 до 17,6% компенсируется удовлетворительным конечным результатом, то при дальнейшем расширении объема вмешательства наряду с послеоперационной летальностью достигающей почти 50%, 5-летней выживаемости не отмечается [48].

По данным [4, 35, 45, 48] общая 5-летняя выживаемость после радикальных операций варьирует от 23% до 29%, причем, согласно А. А. Клименкову и соавт. (2004), она не изменилась за последние 40 лет. Наименьшая продолжительность жизни среди умерших от прогрессирования опухолевого процесса отмечалась при перстневидноклеточном раке (17,8 мес.).

Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах значительно ухудшает прогноз выживаемости [45, 50]. В этой группе больных, согласно данным А. А. Клименкова и соавт. (2004), 5-летней выживаемости не отмечено, более 3 лет прожил только 1 из 10 больных.

При анализе отдаленных результатов авторы отметили, что при локализации рецидивной опухоли в гастроэнтероанастомозе и в области малой кривизны 5-летняя выживаемость составила 13%, а при рецидивных опухолях, возникших в культе вне гастроэнтероанастомоза и малой кривизны, показатель 5-летней выживаемости достигает 50% [45].

Согласно данным литературы, после эксплоративной лапаротомии большинство больных умирает в сроки от 1 до 6 мес после операции, средняя продолжительность жизни данных пациентов составляет от 4,5 до 4,9 мес [4, 17, 35, 50, 52, 53]. После формирования обходных анастомозов и стом срок жизни больных составляет в среднем 5,5–8,5 мес [8, 17].

Таким образом, к неблагоприятным факторам прогноза для рецидивного рака желудка, как и при первичном раке желудка, относят метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, случаи низкодифференцированной аденокарциномы и перстневидно-клеточного рака [17, 39, 54].

Большинство исследователей отмечают, что отдаленные результаты хирургического лечения рецидивного рака желудка остаются неудовлетворительными и проблема требуют дальнейшего изучения [4, 8, 44].

## Литература

1. *Мерабишвили В. М.* Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. СПб., 2007. 422 с.
2. *Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В.* Состояние онкологической помощи населению России в 2006 г. М., 2009. 190 с.
3. *Давыдов М. И., Тер-Ованесов М. Д., Абдихакимов А. Н., Марчуж В. А.* Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения. Практическая онкология. СПб., 2004. С. 473–483.
4. *Скоропад В. Ю., Бердов Б. А.* Рецидивы рака желудка: закономерности развития, профилактики и лечение // Российский онкологический журнал. 2005. №6. С. 47–52.
5. *Carboni F., Lepiane P., Santoro R., Lorusso R.* Treatment for isolated loco-regional recurrence of gastric adenocarcinoma: does surgery play a role? World Journal of Gastroenterology. 2005; 11(44):7014–7017.
6. *Katai H., Maruyama K.* Mode of recurrence after gastric cancer surgery. Digestive Surgery 1994;11:99–103.
7. *Marrelli D., De Stefano A.* Prediction of recurrence after radical surgery for gastric cancer. Annals of Surgery 2005;241(2):247–255.
8. *Скоропад В. Ю., Бердов Б. А.* Возможности хирургического лечения рецидивного и первичного рака резецированного желудка // Российский онкологический журнал. 2005. №5. С. 8–11.
9. *Otsuji E., Kuriu Y., Ichikawa D., Okamoto K., Ochiai T.* Time to death and pattern of death in recurrence following curative resection of gastric carcinoma: analysis based on depth of invasion. World Journal of surgery. 2004; 28:866–869.
10. *Ahn J.-S., Bang H.-Y., Lee J.-I., Noh W.-H.* Recurrence of early gastric cancer. Journal Korean Gastric Cancer Association. 2001;1(3):180–186.
11. *De Manzoni G., Roviello F., Marrelli D., Morgagni P.* Influence of histologic type on prognosis of patients undergoing curative intervention for gastric adenocarcinoma. Italian multicenter study. Ann Ital Chir. 2001. 72:(1):13–18.
12. *Lai J. F., Kim S., Kim K., Li C.* Prediction of recurrence of early gastric cancer after curative resection. Annals of surgical oncology. 2009;16:1896–1902.
13. *Lee H.-J., Kim Y. H., Kim Y. H.* Clinicopathological analysis for recurrence of early gastric cancer. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2003;33:209–214.
14. *Otsuji E., Shinichiro K., Okamoto K., Hagiwara A., Yamagishi H.* Is time of death from tumor recurrence predictable after curative resection for gastric cancer? World Journal of surgery. 2001; 25:1373–1376.
15. *Saka M., Katai H., Fukagawa T., Nijjar R., Sano T.* Recurrence in early gastric cancer with lymph node metastasis. Gastric Cancer. 2008;11: 214–218.
16. *Wu B., Wu D., Wang M., Wang G.* Recurrence in patients following curative resection of early gastric carcinoma. Journal of surgical oncology. 2008. Nov 1; 98(6): 411–414.
17. *Yoo C. H., Noh S. H., Shin D. H.* Recurrence following curative resection for gastric carcinoma. British Journal of Surgery 2000;87(2):236–242.
18. *Moriguchi S., Maehara Y., Korenaga D., Sugimachi K.* Risk factors which predict pattern of recurrence after curative surgery for patients with advanced gastric cancer. Surgical Oncology. 1992;1(5):341–346.
19. *Ogawa M., Maeda K., Onoda N., Chung Y. S., Sowa M.* Loss of p21WAF1/CIP1 expression correlates with disease progression in gastric carcinoma. British Journal of Cancer. 1997; 75(11): 1617–1620.
20. *Ogawa M., Onoda N., Maeda K., Kato Y., Nakata B.* A combination analysis of p53 and p21 in gastric carcinoma as a strong indicator for prognosis. Int J Mol Med. 2001; 7(5):479–483.
21. *Aoyagi K., Kouhiji K., Yano S., Miyagi M., Imaizumi T., Takeda J.* VEGF significance in peritoneal recurrence from gastric cancer. Gastric Cancer. 2005; 8(3): 155–163.

22. *Saito H., Osaki T., Murakami D., Sakamoto T., Kanaji S., Ohro S.* Prediction of sites of recurrence in gastric carcinoma using immunohistochemical parameters. *Journal of Surgical Oncology*. 2007; 1:95(2):123–128.
23. *Dai N., Lu A.-P., Shou C.-C., Li J.-Y.* Expression of phosphatase regenerating liver 3 is an independent prognostic indicator for gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*. 2009; 15(12): 1499–1505.
24. *Скоропад В. Ю., Бердов Б. А., Локтионова О. В.* Закономерности развития рецидивов и метастазов перстневидно-клеточного рака желудка после комбинированного и хирургического лечения // *Вопросы онкологии*. 2007. Т. 53. №5. С.538–543.
25. *Lehnert T., Rudek B., Buhl K.* Surgical therapy for loco-regional recurrence and distant metastasis of gastric cancer. *European Journal of Surgical Oncology* 2002;28:455–461.
26. *Maehara Y., Hasuda S., Koga T.* Postoperative outcome and sites of recurrence in patients following curative resection of gastric cancer // *British Journal of Surgery*, 2000 (87) N.3 P. 353–357.
27. *Miyoshi K., Fuchimoto S., Ohsaki T., Sakata T.* Suture line recurrence in jejunal pouch replaced after total gastrectomy for gastric cancer. *Gastric cancer*. 1999; 2: 194–197.
28. *Namikawa T., Kobayashi M., Okamoto K., Okabayashi T.* Recurrence of gastric cancer in the jejunal pouch after completion gastrectomy. *Gastric Cancer*. 2007; 10: 256–259.
29. *Nishimura M., Honda I., Watanabe S., Nagata M.* Recurrence in jejunal pouch after proximal gastrectomy for early upper gastric cancer. *Gastric cancer*. 2003; 6: 197–201.
30. *Shinohara T., Kashiwagi H., Nakada K., Nimura H., Mitsumori N.* Suture line recurrence in the jejunal pouch after curative proximal gastrectomy for gastric cancer: report of two cases. *Hepatogastroenterology*. 2007; 54(78): 1902–1904.
31. *Polychronidis A., Laftsidis P., Giatromanolaki A., Perente S.* Suture-line recurrence at a jejunojejunal anastomosis after gastrectomy for gastric cancer. *Gastric Cancer*. 2008; 11: 59–63.
32. *Lee J., Lee K., Kim W.* Duodenal stump after Billroth-II distal gastrectomy for gastric cancer. *Gastric Cancer*. 2009; 12: 118–122.
33. *Скоропад В. Ю., Бердов Б. А.* Рецидивы после хирургического лечения раннего (pT1) рака желудка: закономерности развития, возможности расширенной лимфаденэктомии в их профилактике // *Хирургия*. 2007. №1. С. 43–48.
34. *Вашикмадзе Л. А., Чайка А. В.* Рецидивы рака желудка (патогенез и диагностика) // *Российский онкологический журнал*. 2004. №4. С. 46–50.
35. *Badgwell B., Cormier J. N., Xing Y., Yao J., Bose D., Krishnan S.* Attempted salvage resection for recurrent gastric or gastroesophageal cancer. *Annals of surgical oncology*. 2009;16: 42–50.
36. *Kodera Y., Ito S., Yamamura Y., Mochizuki Y., Fujiwara M., Hibi K., Ito K.* *Annals of Surgical Oncology*. 2003; 10 (8):898–902.
37. *Park C. H., Byun J. Y., Kim B. K., Kim I. C.* Recurrent gastric cancer after curative surgery. *Journal Korean Cancer Association*.1998;30(3):488–496.
38. *Park S. M., Lee C. H., Park C. H., Kim W., Ahn C. J.* Reoperation of recurrent gastric cancer. *Cancer Res Treat*. 2001;33(6): 478–482.
39. *Shiraishi N., Inomata M., Osawa N.* Early and late recurrence after gastrectomy for gastric carcinoma. Univariate and multivariate analyses. *Cancer* 2000;89(2):255–261.
40. *Скоропад В. Ю., Локтионова О. В., Загребин В. М., Ланцов Д. С.* Поздний рецидив рака желудка с необычным метастазированием и клиническим проявлением // *Российский онкологический журнал*. 2003. №3. С. 46–48.
41. *Янкин А. В.* Современная хирургия рака желудка. *Практическая онкология*. 2009. Т.10. №1. С. 12–19.
42. *Юдин А. В.* Рецидивы рака желудка у больных с линией резекции в зоне опухолевой ткани. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999. 36 с.
43. *Вашикмадзе Л. А., Алейкина Т. Н., Чайка А. В.* Хирургическая тактика при рецидивах рака желудка // *Российский онкологический журнал*. 2001. №1. С. 9–12.

44. *Неред С. Н., Клименков А. А., Стилиди И. С., Губина Г. И.* Хирургическое лечение рецидива рака желудка в пищеводно-кишечном анастомозе после гастрэктомии // *Анналы хирургии.* 2006. №3. С. 32–33.
45. *Клименков А. А., Неред С. Н., Губина Г. И.* Современные возможности хирургического лечения рецидива рака желудка // *Мат. 8-го Рос. онк. конг. М., 2004.* С. 13–16.
46. *Моргошья Т. Ш., Гуляев А. В.* Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака культи желудка // *Вопросы онкологии.* 2003. Т. 49. №6. С. 752–754.
47. *Щепотин И. Б., Бардаков Г. Г.* Комбинированное лечение больных с рецидивом рака желудка // *Онкология.* 2005. Т. 7. №4. С. 275–279.
48. *Ефетов В. М., Ефетов С. В.* Повторные вмешательства по поводу рака резецированного желудка // *Клиническая хирургия.* 2001. №6. С. 39–41.
49. *Тер-Ованесов М. Д., Давыдов М. И., Стилиди И. С.* Хирургическое лечение рецидивов кардиоэзофагеального рака // V ежегодн. Рос. онкол. конф. 27–29 ноября 2001 г. М., 2001. С. 75–76.
50. *Wang Y., Wang L.* Re-surgical treatment for postoperative anastomotic recurrence of adenocarcinoma of gastric cardia. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* 2001; 39 (10):775–777.
51. *Takeyoshi I., Ohwada ., Ogawa T., Kawashima Y., Ohya T., Kawate S.* The resection of non-hepatic intraabdominal recurrence of gastric cancer. *Hepatogastroenterology.* 2000; 47(35):1479–1481.
52. *Щербаков А. М.* Эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция в паллиативном лечении рецидива рака желудка в зоне пищеводных анастомозов // *Вопросы онкологии.* 2005. Т. 51. №2. С. 230–231.
53. *Hoya Y., Matai K., Mitsumori N., Murai R., Nagayama A.* Palliative surgical treatment for enterostasis caused by recurrent gastric cancer: analysis of survival and QOL based on pathological features. *International surgery.* 2007; 92(3): 138–141.
54. *Скоропад В. Ю., Бердов Б. А.* Закономерности развития рецидивов и метастазов у больных местнораспространенным раком желудка // XII ежегодн. Рос. онкол. конф. 18–20 ноября 2008 г. М., 2008. С. 94–96.

Статья поступила в редакцию 15 июня 2010 г.