

ГУН НИИ онкологии
им. проф. Н.Н. Петрова
Росздрава,
Санкт-Петербург

НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Г.И. Гафтон, А.М. Щербаков, В.В. Егоренков, В.М. Гельфонд

Неотложные состояния при онкологических заболеваниях желудочно-кишечного тракта могут возникнуть из-за: обтурационной опухолевой непроходимости, перфорации опухоли, перифокальном воспалении и кровотечениях. Каждая из четырех клинических ситуаций требует определенной оценки и специфического подхода.

Значение проблемы злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта не снижается на протяжении многих лет и становится острее с ростом заболеваемости. Непрерывный рост числа больных со злокачественными новообразованиями пищеварительного тракта и высокая частота развития осложнений при этих заболеваниях привлекают к себе самое пристальное внимание различных специалистов хирургического профиля. Улучшение терапевтических возможностей ведения таких больных, диктует необходимость обратить особое внимание на диагностику и лечение угрожающих жизни осложнений, связанных с неуклонным ростом опухоли. Неотложные состояния при онкологических заболеваниях желудочно-кишечного тракта могут возникнуть из-за: обтурационной опухолевой непроходимости, перфорации опухоли, перифокальном воспалении и кровотечениях. Каждая из четырех клинических ситуаций требует определенной оценки и специфического подхода. Следует сказать, что осложнения, связанные с опухолевым ростом, могут развиваться у больного как при подтвержденном диагнозе, так и до того, когда выявлена и верифицирована злокачественная опухоль. В этом случае одновременно с диагностикой и выяснением распространенности опухолевого процесса необходимо проведение экстренной хирургической и терапевтической помощи. Подобные лечебные мероприятия необходимо выполнять таким образом, чтобы не повлиять на потенциальные возможности последующего специфического лечения. Важным моментом оказания экстренной хирургической помощи онкологическому больному при развитии у него угрожающего жизни осложнения является тщательная оценка прогноза основного заболевания до того, как будет определен объем экстренной помощи. Данные шаги в экстренной хирургии должны соответствовать вероятности излечения или достижения относительно длительной ремиссии, в противном случае неадекватность проведения подобных мероприятий может лишь продлить мучительную жизнь больного. Не все экстренные ситуации у онкологических больных связаны с основной патологией или его лечением, поэтому зачастую необходимо избегать тенденции связывать любые остро возникшие симптомокомплексы с наличием злокачественного новообразования. Однако на практике все оказывается наоборот, в ряде случаев большинство пациентов с осложнениями онкологического заболевания поступают в стационары общехирургического профиля, где отсутствует единый онкологический подход к лечению различных клинических форм злокачественных новообразований.

Таким образом, основное если не решающее значение в решении данной проблемы имеет знание о клиническом течении злокачественного новообразования. Эти сведения могут более эффективно рассматриваться при планировании экстренных лечебных мероприятий, а тем самым появится возможность более тщательно подходить к лечению запущенных форм рака.

Пищевод

Наиболее часто стеноз пищевода обусловлен первичным злокачественным новообразованием этого органа. Также встречаются метастатические поражения при опухолях молочной железы, меланоме, раке легкого и лимфомах, которые также могут вызывать непроходимость пищевода. По-прежнему остается бесспорным тот факт, что раннее выявление опухоли, а тем самым и более раннее начало специализированного лечения, сопровождается увеличением показателей выживаемости. В настоящий момент не существует достойной альтернативы хирургическому лечению рака пищевода, в то же время, результаты последнего оставляют желать лучшего.

Операбельность при раке пищевода достигает 63%. При хирургическом лечении в среднем 5-летний срок переживают около 25–35% оперированных [13, 17].

Одна из причин состоит в том, что в большинстве случаев симптомы на ранних стадиях развития новообразования обычно отсутствуют, а клинические проявления заболевания нередко появляются при распространенных формах опухоли, когда хирургическое лечение уже не приносит желаемых результатов. При неоперабельных формах или рецидиве заболевания на первый план выходят проблемы паллиативного лечения, в первую очередь связанные с прогрессирующим нарушением проходимости пищевода [11].

В большинстве случаев дисфагия развивается незаметно и сначала бывает эпизодической или нерезко выраженной. При значительном сужении пищевода больные обычно вынуждены принимать только жидкую и полужидкую пищу. Среди других признаков часто наблюдаются отрыжка, боли за грудиной при проглатывании, слюнотечение, изжога. По мере прогрессирования стеноза твердая пища полностью перестает проходить, и люди вынуждены питаться только жидкостями. В конечной стадии заболевания перестает проходить и жидкость.

Хирургический метод является эффективным способом устранения дисфагии даже при неполном иссечении опухоли. Однако с паллиативной целью применяется редко, что объясняется высоким риском угрожающих для жизни интра- и послеоперационных осложнений у ослабленных больных с местнораспространенным раком пищевода [18]. При нерезектабельной опухоли, если это выявлено на этапе торакотомии, может быть выполнено обходное шунтирование [10].

В основном, когда речь идет о запущенных и осложненных случаях рака пищевода, избирается вариант лечения, предусматривающий формирование гастростомы [14]. Гастростомия, как операция, направленная на спасение больных от угрозы голодной смерти, прошла большой путь от простого подшивания желудка к брюшной стенке со вскрытием его просвета и образованием свища до сложных пластических операций – создания гастростомы с использованием изолированной петли тонкой или толстой кишки. К настоящему времени в литературе опубликовано свыше 100 модификаций гастростомии, которая может быть наложена временно или постоянно, в зависимости от показаний к операции. Все предложенные способы гастростомии можно разделить на следующие группы:

I. Гастростомический канал формируется из передней стенки желудка, при этом канал свища выстлан серозной оболочкой желудка и грануляционной тканью. Такой канал имеет форму трубчатого свища (гастростомия по Витцелю, по Штамму-Сенну-Кадеру).

II. Гастростомический канал формируется путем извлечения в рану передней стенки желудка в виде конуса и подшивания его к брюшной стенке. При этом канал желудочного свища на всем протяжении выстлан слизистой оболочкой. Так формируют губчатый свищ по способу Топровера.

III. Пластические способы гастростомии с использованием изолированной петли тонкой или толстой кишки.

В последнее время ведущая роль в восстановлении проходимости пищевода отводится эндоскопическим методам, позволяющим осуществлять неинвазивное локальное воздействие на опухоль в комбинации с различными механическими и физико-химическими методами. Эти эндоскопические методики устраняют дисфагию и могут служить одним из этапов последующего специализированного лечения (химио-лучевая терапия).

Из механических способов восстановления проходимости пищевода наиболее простым является чрезопуховое бужирование. Принцип метода основан на введении по инструментальному каналу направляющей струны дистальнее стенозирующего участка с последующим, после извлечения эндоскопа, проведением по этой струне бужей нарастающего диаметра. Идентичен бужированию и метод баллонной гидродилатации, применяемый при коротких (до 2–3 см) стенозах. К сожалению, эти два способа устраняют дисфагию на короткое время и применяются как этап последующего применения других эндоскопических методик лечения [1, 6, 24].

Среди способов эндоскопического восстановления просвета пищевода широко представлена группа методов, направленная на деструкцию внутрипросветного стенозирующего компонента опухоли.

Наиболее недорогим и простым в исполнении является метод химического некролиза опухоли. В качестве агента, вызывающего асептический некроз опухоли, используют 96% этиловый спирт. Эффект достигается при обкалывании всей поверхности опухоли, начиная с дистального ее отдела по направлению к оральному. Данный метод может применяться при опухолях с выраженным экзофитным компонентом [25].

Широкое распространение в эндоскопической хирургии рака получили термальные лазеры. Основанное на принципе фотокоагуляции и испарения опухолевой ткани, высокоэнергетическое лазерное излучение позволяет реканализировать протяженные опухолевые стенозы. Дополнение лазерной терапии внутрипросветной брахитерапией позволяет увеличить безрецидивный период, а значит, и интервал между повторными курсами лечения, с 36 до 83 дней, а в сочетании с химиотерапией – до 117 дней [4].

В последние годы для восстановления просвета пищевода успешное клиническое применение находят такие методики, как: аргоноплазменная коагуляция и фотодинамическая терапия.

Метод аргоноплазменной коагуляции сочетает в себе преимущества всех методов высокочастотной хирургии, не имея их недостатков. Физический принцип, положенный в основу метода, позволяет получать гомогенные зоны коагуляции и десикации (высушивание) при контролируемой глубине проникновения, которая составляет не более 3 мм, что практически полностью исключает риск перфорации [3].

Фотодинамическая терапия основана на цитотоксическом действии ряда фотосенсибилизаторов, которые при введении селективно накапливаются в опухолевой

клетке и при воздействии света определенной длины волны приводят к ее гибели [12].

Использование гибких стентов, хотя и снижает, но не исключает возможность развития таких осложнений, как образование пролежней, пищеводно-трахеальных свищей и кровотечений [9]. Поэтому стентирование пищевода рекомендуется осуществлять лишь в случаях, когда возможности эндоскопического лечения исчерпаны.

Желудок и двенадцатиперстная кишка

Стенозом чаще всего осложняются опухоли желудка с локализацией в области кардии и пилорического отдела, а также опухолевые образования проксимальной части двенадцатиперстной кишки [22].

Опухолевый стеноз кардии, по данным различных авторов, составляет от 18 до 23% ко всем кардиальным ракам [34]. Клиническая картина рака кардиального отдела желудка, как и в первом случае, зависит от локализации и интенсивности опухолевого роста [33]. Основным, наиболее ярким, но не начальным симптомом рака кардиоэзофагальной области является дисфагия, возникающая за счет спазма пищевода или кардии около опухоли. По мере роста опухоли и циркулярном росте опухоли нарастают явления затруднения при прохождении пищи. Дисфагия усугубляется приемом сухой и твердой пищи. Следует отметить, что дисфагия не является характерным клиническим признаком запущенного рака кардии и может также соответствовать I и II стадии опухолевого процесса. При распаде опухоли проходимость пищи восстанавливается и наступает временное облегчение для пациента [36].

Операции при стенозирующем раке кардиального отдела могут быть радикальные, паллиативные и симптоматические.

Из радикальных операций, при отсутствии данных за отдаленные метастазы, выполняется субтотальная проксимальная резекция. При большой распространенности опухолевого процесса и инфильтративных формах объем оперативного вмешательства может быть расширен до гастрэктомии. Как в первом, так и во втором случае радикальный объем операции предполагает удаление всех групп регионарных лимфатических узлов [5].

Паллиативные резекции и гастрэктомии при раке проксимального отдела желудка предпринимают, главным образом, в целях ликвидации явлений нарастающей непроходимости, предотвращения распада и кровотечения из опухоли. Несмотря на удаление первичной опухоли, удаление отдаленных метастазов является нецелесообразным в связи с уже имеющей место генерализацией опухолевого процесса [23]. Также циторедуктивную операцию, несмотря на наличие непроходимости, можно выполнить лишь в тех случаях, если первичная опухоль легко удалима, а общее состояние больного может позволить выполнение операции такого объема.

Из симптоматических операций, при невозможности удаления первичной стенозирующей опухоли, выполняют операции в объеме гастростом.

При обширном инфильтративном поражении желудка, когда невозможно выполнить гастростомию, объем операции может быть ограничен формированием тонкокишечного свища по Витцелю или Кайдлю.

Эзофагогастроанастомоз имеет несравнимые преимущества перед другими симптоматическими операциями при стенозирующем раке кардии. Больные получают возможность избежать процедуры кормления через трубку и не лишаются естественного питания. Несмотря на то, что при формировании эзофагогастроанастомоза повышается качество жизни больного, риск осложнений при этой операции гораздо выше, чем при гастростомии.

Частота поражения раком пилорического отдела желудка, по данным различных авторов, составляет от 40 до 70%, при этом опухолевых стенозов данного отдела выявляется 27% [30, 35]. Быстрота возникновения стеноза в первую очередь зависит от формы роста опухоли и ее локализации.

При экзофитных раках, растущих в просвет желудка, стеноз наступает быстрее, чем при эндофитных формах, в то же время частота опухолевого стеноза привратника наблюдается намного чаще, чем при новообразованиях антрального отдела. Выделяют три стадии опухолевого стеноза выходного отдела желудка. К ним относятся:

- 1) компенсированный стеноз – возникает за счет умеренного сужения просвета выходного отдела желудка обусловленного увеличением в объеме мускулатуры этого органа;
- 2) субкомпенсированный стеноз – прогрессирующее сужение, обусловленное атрофией и атонией стенки желудка с явлениями застоя пищи;
- 3) декомпенсированный стеноз – почти полная непроходимость привратника с выраженной атрофией слизистой.

Нарастающие явления стеноза напрямую связаны с неуклонным ростом опухоли. При прогрессировании опухолевого процесса симптомы непроходимости усиливаются, вызывая стойкую задержку эвакуации желудочного содержимого. Сужение просвета привратника может достичь крайней степени, при которой полностью прекращается поступление пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку.

Клиническая картина стеноза характеризуется болевыми ощущениями после еды, обусловленными усилением перистальтики чувства тяжести в эпигастрии. Типичная для полной непроходимости, она возникает через 4–6 часов после еды при скоплении в желудке большого количества пищевых масс. Рвота со временем приобретает постоянный характер, повторяясь ежедневно и принося значительное чувство облегчения пациенту. В рвотных массах отсутствует желчь, определяются прожилки свежей или измененной крови, а также остатки непереваренной пищи.

Так как значительно выраженные явления непроходимости – относительно поздний симптом рака желудка, радикальное хирургическое лечение возможно лишь у малой части больных. Оперативное лечение при опера-

бельном раке выходного отдела желудка со стенозом последнего выполняется в объеме дистальной субтотальной резекции. При инфильтративных формах и большой распространенности опухолевого процесса объем операции может быть расширен до гастрэктомии [21].

Несмотря на отдаленные метастазы и технически удалимую опухоль, выполняют операцию в объеме паллиативной резекции желудка [32]. В данном случае операция направлена на предотвращение развития угрожающих жизни осложнений (перфорация опухоли, кровотечение) и дает возможность более эффективного проведения адьювантной химиотерапии.

При неоперабельном раке желудка, осложненном стенозом привратника, операции преимущественно направлены на восстановление эвакуации содержимого из желудка и улучшение общего состояния больного. Данная операция представляет собой формирование обходного гастроэнтероанастомоза с межкишечным соустьем по Брауну [28]. Формирование гастростомы при локализации стенозирующей опухоли выходного отдела желудка бессмысленно.

Практически аналогичная клиническая картина непроходимости, как и при раке выходного отдела желудка, отмечается и при опухолевом процессе проксимальной части двенадцатиперстной кишки. Опухоли, развивающиеся из элементов стенки двенадцатиперстной кишки, исключительно редки. Наиболее часто двенадцатиперстная кишка вовлекается в опухолевый процесс вторично при раке поджелудочной железы. Также непроходимость проксимальной части двенадцатиперстной кишки может быть обусловлена и опухолями других локализаций: толстая кишка, яичники, шейка матки и т.д. Если опухолевый стеноз локализуется в проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки или распространяется на поджелудочную железу, может рассматриваться вопрос о выполнении панкреатодуоденальной резекции [27].

Опухолевый стеноз желудка и двенадцатиперстной кишки является жизненным показанием к хирургическому лечению, однако, операция возможна только после проведения полноценной предоперационной подготовки. Предоперационная подготовка должна быть проведена в сжатые сроки и направлена на коррекцию водно-электролитного, кислотно-щелочного и белкового баланса. Данные, полученные при развернутом биохимическом и клиническом анализе крови, помогают сложить объективную картину о статусе пациента, а соответственно, более точно скорректировать терапию. Мы считаем целесообразным назначение предоперационной инфузионной терапии, рассчитанной исходя из физиологической потребности организма, умноженной на коэффициент 1,5÷2. Для предоперационной подготовки больного предпочтительно использовать высокоосмолярные растворы (6–10% HES, 10–20% раствор глюкозы, гелофузин, растворы нутрифлекса и т.д.), которые увеличивают объем циркулирующей плазмы, длительно сохраняются в кровеносном русле, не выходя в околососудистую клетчатку.

В 85% у больных с явлениями непроходимости отмечаются явления гипопротейнемии, которые могут иметь разные степени выраженности. Для выявления скрытых форм гипопротейнемии иногда необходимо назначение около 1,0–1,5 литров инфузионной терапии с последующим биохимическим анализом крови. Не менее важным является показатель альбумина крови, для коррекции которого необходимо назначение 10- или 20-процентного альбумина. Параллельно проводится терапия, направленная на коррекцию нарушений реологии крови и улучшение репаративных процессов. По стандартной схеме назначаются препараты (актовегин, солкосерил, трентал, гепарин, который отменяется за 12 ч до начала операции).

В послеоперационном периоде наиболее важным становится решение вопросов, связанных с энтеральным питанием больного. Мы считаем целесообразным назначение энтерального питания на 2–3 сутки после операции с одновременной медикаментозной поддержкой прокинетиками и спазмолитиками.

Также в настоящий момент, в послеоперационном периоде, считается оправданной методика регионарной анестезии, которая позволяет улучшить моторику кишки и значительно уменьшить болевой синдром. В нашей клинике для проведения регионарной анестезии в основном используются такие местные анестетики, как маркаин и наропин.

Тонкая кишка

Непроходимость тонкой кишки встречается очень часто, но только в 10–20% случаев обусловлена опухолевым заболеванием. Злокачественные новообразования составляют порядка 3% среди всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Как правило, опухоли тонкой кишки представлены карциномами и лимфомами, в редких случаях аденокарциномами и меланомами. Карциноиды наиболее часто представляют угрозу непроходимости тонкой кишки [2]. Карциноидные опухоли имеют подслизистый рост, вызывая его фиброз, а как следствие контрактуру кишки. Другие первичные опухоли могут вызывать непроходимость за счет инвагинации одного из участков тонкой кишки, либо за счет увеличения опухолевой массы.

Тонкокишечная непроходимость может иметь метастатическое происхождение и быть следствием генерализации опухолевого процесса (непосредственное распространение опухоли на стенку кишки; диссеминация опухоли по брюшине и т.д.) [29].

Клинические симптомы начинающейся тонкокишечной непроходимости длительны и нечетки. К наиболее ранним симптомам относятся приступообразные боли, вздутие живота. При нарастающих явлениях непроходимости появляются тошнота, неукротимая рвота, резкое вздутие живота, тимпанит, усиление перистальтической волны.

Основным методом диагностики острой тонкокишечной непроходимости остается рентгенологическое исследование. Однако на ранних этапах развития кишечной непроходимости обзорная рентгенография

оказывается информативной только в 31% случаев. Прогрессирование патологического процесса с развитием синдрома кишечной непроходимости делает рентгенологическую симптоматику более выразительной. Классическая рентгенологическая картина отмечается при этом синдроме в 80% случаев [31]. Одним из недостатков рентгенологического метода является длительный срок наблюдения для принятия необходимого решения о лечебной тактике (4–8–10 ч). В последние годы особое внимание в диагностике тонкокишечной непроходимости уделяется ультразвуковому исследованию [8].

Основными ультразвуковыми признаками острой кишечной непроходимости являются: увеличение диаметра кишечных петель; признаки внутрипросветного депонирования жидкости; выявление складчатости слизистой оболочки; утолщение стенки тонкой кишки; патологическая перистальтика; несмещаемость кишечных петель при изменении тела больного; наличие свободной жидкости в брюшной полости; «застойный» желудок и «застойный» желчный пузырь. Острая тонкокишечная непроходимость является абсолютным показанием для экстренного оперативного лечения.

Методом выбора при этом является сегментарная резекция тонкой кишки, при этом необходимо стремиться не выключать из питания большие сегменты кишки (петли подвздошной кишки, илеоцекальный угол) [20].

Во время операции при первичной локализации стенозирующей опухоли необходимо также удалять регионарные лимфатические узлы в области первичной опухоли.

При поражении подвздошной кишки может возникнуть необходимость в гемиколэктомии, но при этом следует сохранить по возможности больший участок подвздошной кишки, с тем чтобы избежать развития в послеоперационном периоде диареи и дефицита витамина В₁₂.

При наличии неоперабельной опухоли по возможности надо избегать удалений отдельных участков тонкой кишки, а для восстановления пассажа содержимого по тонкой кишке необходимо формировать обходные межкишечные анастомозы.

Для пред- и послеоперационной декомпрессии желудка используют только назогастральный зонд, необходимость в проведении назоинтестинальной интубации возникает редко.

Предоперационная подготовка больных с непроходимостью включает в себя несколько составляющих. Обязательное назначение антибиотиков до оперативного вмешательства. Нами в основном используются антибиотики цефалоспоринового ряда 3–4 поколения. Инфузионная терапия направлена на коррекцию дефицита ОЦК и нарушений водно-электролитного баланса. Следующий этап: назначение препаратов, улучшающих репаративные процессы, микроциркуляцию, поддерживающие работу антиоксидантной системы (трентал, курантил, солкосерил, цитофлавин, витамин «С»)

Толстая кишка

Непроходимость прямой и ободочной кишки является наиболее частым осложнением рака толстой кишки. Фактически у половины больных на момент верификации диагноза просвет кишки или резко сужен, или полностью закрыт опухолью. Несмотря на то, что острая непроходимость кишечника составляет лишь 3–9% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, она является причиной почти 30% летальных исходов во всей группе ургентных больных [19]. Острая кишечная непроходимость до настоящего времени остается актуальной и полностью не решенной проблемой ургентной хирургии. Опухолевая обструкция наиболее характерна для левой половины ободочной кишки – 75% [26]. Возникновению кишечной непроходимости при раке правой половины предшествуют боли по типу кишечных колик, в последующем появляется вздутие живота, запоры, сменяющиеся поносами, в периферической крови отмечается лейкоцитоз. При раке левой половины ободочной кишки развитию кишечной непроходимости предшествует симптомокомплекс, напоминающий псевдодизентерийный синдром: упорные запоры, сменяющиеся обильным зловонным стулом, выделение слизи, схваткообразные боли в животе. Во время острого приступа часто наблюдается выраженная перистальтика, урчание кишечника. По мере нарастания непроходимости симптомы становятся более выраженными. Рвота наиболее характерна для правой половины ободочной кишки и возникает в запущенных случаях.

Лечение больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью хирургическое и проводится в зависимости от степени запущенности опухолевого процесса и тяжести общего состояния пациента [16]. Задержка с операцией возможна только для коррекции водно-электролитного обмена, коррекции метаболических нарушений и необходимых диагностических исследований. Предоперационная подготовка принципиально не отличается от терапии при тонкокишечной непроходимости.

При выраженных явлениях кишечной непроходимости и тяжелом общем состоянии больного необходимо выполнять радикальные многоэтапные хирургические вмешательства и при наличии отдаленных метастазов, паллиативные операции в объеме колостом или обходных межкишечных анастомозов, отказываясь от радикальных одноэтапных и паллиативных резекций толстой кишки.

При умеренно выраженных явлениях кишечной непроходимости, несмотря на инфильтрацию опухолью окружающих тканей, допустимо выполнение радикальных одноэтапных и паллиативных резекций толстой кишки, от которых необходимо отказаться лишь при крайне тяжелом состоянии больных с нестабильной гемодинамикой и декомпенсацией сопутствующих заболеваний.

При сочетании кишечной непроходимости с воспалительным процессом в зоне опухоли или кишечным кровотечением, независимо от степени выраженности явлений непроходимости и наличия инфильтрации опухолью окружающих тканей, радикальные одноэтап-

ные и паллиативные резекции толстой кишки являются операциями выбора.

При исходно тяжелом состоянии больного при раке прямой кишки, осложненном кишечной непроходимостью, следует ограничить операцию формированием разгрузочных колостом или операцией Гартмана. В последующем при отсутствии данных за генерализацию опухолевого процесса и местнорезектабельной опухоли можно рассматривать вопрос о проведении реконструктивной операции [15].

Операцией выбора при раке прямой кишки, осложненного кишечной непроходимостью, следует считать брюшно-анальную резекцию с низведением, так как эваги-

нированный колоанальный анастомоз с избытком кишки рассматривается как промежуточная колостома [6].

Заключение

В нашей работе представлен обзор причин, клинической картины и лечебной тактики при возникновении первичной и вторичной опухолевой непроходимости желудочно-кишечного тракта. При развитии такой непроходимости часто возникает угрожающее жизни состояние, которое требует тщательного и незамедлительного лечения. Если больным оказывается паллиативная помощь, то состояние их облегчается и улучшается, а продолжительность жизни может увеличиться.

Литература

1. Галлингер Ю.И., Годжело Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. – М., 1999. – С. 273.
2. Гарин А.М., Базин И.С. Злокачественные опухоли пищеварительной системы – М., 2003. – С. 247.
3. Грунд К.Е., Циндель К., Фарин Г. Практические указания по применению метода аргоноплазменной коагуляции (АРС) в «гибкой» эндоскопии // Эндоскопия сегодня. – 1996. – № 4. – С. 338-343.
4. Грунд К.Е., Циндель К., Фарин Г. Применение метода аргоноплазменной коагуляции (АРС) в «гибкой» эндоскопии // Немецкий еженедельный журнал – 1997. – № 122. – С. 432-438.
5. Давыдов М.И., Тер-Аванесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология. – 2000. – Т. 2, № 1. – С.4-12.
6. Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки. – М, 1984. – С. 151.
7. Кувшинов Ю.П., Поддубный Б.К., Ефимов О.Н. и др. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка // Совр. Онкол. – 2000. – Т. 2, № 3. – С. 72-78.
8. Лемешко З.А. Ультразвуковые методы исследования // Болезни кишечника. – М., 1994. – С. 107-122.
9. Майстренко Н.А., Андреев А.Л. Эндопротезирование пищевода // Terra med. – 2000. – № 1. – С. 37-39.
10. Мамонтов А.С., Соколов В.В., Верещагин В.Г. Лечебная тактика при нерезектабельном раке пищевода с дисфагией II-IV степени: обходное шунтирование, гастростомия или эндопротезирование // Паллиат. Мед. и реабилит. – 2003. – № 2. – С. 88-89.
11. Мельников О.Р. Рак пищевода: клиническая картина и стадирование заболевания // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4, № 2 – С. 66.
12. Мешков В.М. Фотодинамическая терапия при реканализациях стенозирующего рака пищевода и кардиального отдела желудка // Неоглож. помощь в клин. условиях. – 2002. – № 9. – С. 219-223.
13. Мирошников Б.И., Лебидинский К.М. Хирургия рака пищевода. – СПб., 2002. – С. 304.
14. Петерсон Б.Е. и др. Критерии, определяющие хирургическую тактику при раке пищевода // Хирургия. – 1979. – № 2. – С. 69-72.
15. Симонов Н.Н. Хирургическое лечение рака прямой кишки при наличии отдаленных метастазов. Циторедуктивные, паллиативные, симптоматические операции // Практическая онкология. – 2002 – Т.3, № 2. – С. 130-134.
16. Симонов Н.Н., Правосудов И.В., Гуляев А.В. с соавт. Современные принципы хирургического лечения рака ободочной кишки // Практическая онкология. – 2000. – № 1. – С. 14-19.
17. Чиссов В.И. и др. Основные показатели состояния специализированной онкологической помощи населению России в 2001 году. – М., 2002. – С. 168.
18. Щербаков А.М., Симонов Н.Н., Канаев С.В. Современные тенденции паллиативного лечения больных раком пищевода // Практическая онкология. – СПб. – 2003 – Т. 4, № 2. – С. 91.
19. American Joint Committee on Cancer. Colon and rectum. Philadelphia: Lippincott – Raven, 2002. – P.113.
20. Barnett W.O. Problems in abdominal surgery // J. Miss State Med. Assoc. – 1996. – P. 170- 325.
21. Boddie A.W.Jr., McMurtrey M.J., Giacco G.G. et al. Palliative total gastrectomy and esophagogastrectomy. A reevaluation // Cancer. – 1983. –Vol.51. – P.1195.
22. Boring C.C., Squires T.S., Tong T. Cancer statistics // Cancer J. Clin. – 1991. – P. 18-19.
23. Bozzetti F., Bonfanti G., Audisio R.A. et al. Prognosis of patients after palliative surgical procedures for carcinoma of the stomach // Surg. Gynecol. Obstet. – 1987. – Vol. 164. – P. 151.
24. Buset M., Cremer M. Endoscopic palliation of malignant dysphagia // Acta Gastroenterol. Belg. – 1992. –Vol. 55. – P. 264-270.
25. Chung S.C.S., Leong H.T., Choi C.Y.C. Palliation of malignant oesophageal obstruction by endoscopic alcohol injection // Endoscopy. – 1994. – Vol. 26. – P. 275-277.

26. *Compton C.C.* Surgical pathology of colorectal cancer. Totowa, NJ: Humana Press. – 2002. – P. 247.
27. *Doglietto G.B., Pacelli F., Caprino P. et al.* Pancreas-preserving total gastrectomy for gastric cancer // Arch. Surg. – 2000. – Vol.135. – P. 89.
28. *Ekbom G.A., Gleysteen J.J.* Gastric malignancy: resection for palliation // Surgery. – 1980. – Vol. 88. – P.476.
29. *Glass R.L., LeDuc R.J.* Small intestinal obstruction from peritoneal canceromatosis // Amer. J. Surg. – 1983. – P. 125-316.
30. *Gouzi J.L., Huguier M., Fagniez P.L. et al.* Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum. A French prospective controlled study // Ann. Surg. – 1989. – Vol.209. – P.162.
31. *Ketcham A.S.* Delayed intestinal obstruction following treatment for cancer // Cancer. – 1990. – P.250-406.
32. *Meijer S., De Bakker O.J., Hoitsma H.F.* Palliative resection in gastric cancer // J. Surg. Oncol. – 1983. – Vol. 23. – P.77.
33. *Obno S., Tomisaki S., Oiwa H. et al.* Clinicopathologic characteristics and outcome of adenocarcinoma of the human gastric cardia in comparison with carcinoma of other regions of the stomach // J. Amer. Coll. Surg. – 1995. – P.180-577.
34. *Parkin D.M.* Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation // Rev. Epidemiol. Sante Publique. – 1992. – P. 400-410.
35. *Robertson C.S., Chung S.C., Woods S.D. et al.* A prospective randomized trial comparing R1 subtotal gastrectomy with R3 total gastrectomy for antral cancer // Ann. Surg. – 1994. – Vol.220. – P. 176.
36. *Zhang Z.F., Kurtz R.C.* Adenocarcinomas of the esophagus and gastric cardia: the role of diet // Nutr. Cancer. – 1997. – Vol.27. – P.298.