

МУКОПОЛИСАХАРИДЫ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Н. П. Силитрин

Онкологическое отделение Мордовской республиканской больницы (главврач — канд. мед. наук В. И. Колобаев). Научный руководитель — доктор мед. наук И. Ф. Грех (Институт онкологии им. проф. Н. Н. Петрова МЗ СССР)

По данным Ю. М. Васильева, В. К. Кухты, Т. Л. Тохадзе, К. С. Косякова при развитии злокачественной опухоли в сыворотке крови происходит увеличение концентрации мукополисахаридов, причем интенсивность его зависит от распространенности и злокачественности опухоли [2, 5, 10]. Одни авторы связывают этот процесс с деполимеризацией и деструкцией основного вещества соединительной ткани [1, 8, 5], другие — с пролиферацией соединительной ткани [6], третьи же считают, что источником мукополисахаридов служит сама опухоль [2].

Кислый мукопротеид является основным компонентом так называемой серомукоидной фракции крови. Серомукоид отличается высокой стабильностью, не коагулируется при нагревании в водных растворах, хорошо растворяется в перхлорной кислоте и содержит большое количество углеводов (20—40%), при электрофорезе мигрирует главным образом с фракцией α -глобулинов [3, 4, 9]. По мнению ряда авторов [2, 5, 10], определение мукополисахаридов может служить дополнительным диагностическим и прогностическим тестом при злокачественных опухолях.

Под нашим наблюдением находилось 95 больных раком желудка (50 женщин и 45 мужчин в возрасте от 31 до 70 лет). Содержание серомукоида мы определяли на аппарате ФЭК-М методом Веймара и Мошина в модификации De la Huerga. За норму были приняты показатели, полученные у 10 доноров, — в среднем 0,20 ед. опт. пл., что соответствует литературным данным. До операции обследовано 80 больных, у 75 определено повышенное содержание серомукоида.

Увеличению концентрации серомукоида соответствует появление лейкоцитоза, ускорение РОЭ и снижение гемоглобина. Эти изменения статистически достоверны. Из числа больных, обследованных на серомукоид, у 23 опухоль располагалась в выходном отделе желудка, у 15 — на уровне нижней трети тела желудка, у 19 — в средней трети, у 13 — в верхней трети и у 10 было тотальное поражение желудка. Какой-либо зависимости между локализацией опухоли, анатомической формой рака желудка и содержанием серомукоида в сыворотке крови выявлено не было, не отмечено и зависимости уровня серомукоида от возраста и пола.

Мы пришли к выводу, что чем выше концентрация серомукоида в сыворотке крови больного раком желудка, тем менее возможно радикальное оперативное вмешательство. Так, при содержании серомукоида 0,21—0,40 ед. у 10 больных определена запущенная форма, из них 8 сделана радикальная операция. При концентрации серомукоида до 0,41—0,60 ед. уже у 19 больных была запущенная форма, а 5 сделана резекция желудка. При наибольшем содержании серомукоида — 0,61 ед. и выше — из 33 больных запущенная форма выявлена у 27 и лишь 6 больным удалось сделать резекцию желудка. Величина коэффициента корреляции высоко достоверна, так как она превышает свою среднюю ошибку в 4 раза.

Больным с запущенными формами сделано 16 паллиативных операций и 31 пробная лапаротомия. Выписано без операции 9 больных IV клинической группы.

Через год после радикальной операции по поводу рака желудка обследовано 15 чел., уровень серомукоида в сыворотке крови у них равен 0,28 ед., количество гемоглобина 13 г%, лейкоцитов 5100 и РОЭ 10 мм/час.

Из 80 больных раком желудка, обследованных до операции, с нормальным содержанием серомукоида (0,20 ед. и ниже) было 5, причем у всех оказалась запущенная форма болезни.

ВЫВОДЫ

1. Увеличенное содержание серомукоида сыворотки крови выявлено у 93,7% больных раком желудка.
2. Концентрация серомукоида сыворотки крови, лейкоцитоз и РОЭ коррелируют со степенью распространения опухолевого процесса.
3. Уровень серомукоида сыворотки крови у больных раком желудка не зависит от локализации опухоли, возраста и пола.
4. Через год после радикальной операции по поводу рака желудка уровень серомукоида, количество гемоглобина, лейкоцитов и РОЭ приходят к норме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю. М. Соединительная ткань и опухолевый рост в эксперименте. Медгиз, М., 1961. — 2. Габуня У. А. Арх. патол., 1964, 6. — 3. Косяков К. Л. Клин. биохимия. Медицина, Л., 1967, 27. — 4. Крусанова Н. И. В кн.: Современные методы диагностики злокачественных опухолей. Медицина, М., 1967. — 5. Кухта В. К.

Вопр. мед. химии, 1964, т. 10, вып. 1. — 6. Орловская Г. В. В кн.: Механизмы склеротических процессов и рубцевания. Новосибирск, 1964. — 7. Приваленко М. Н. Тер. арх., 1964, 3. — 8. Смирнова-Замкова А. И. Клини. мед., 1957, 6. — 9. Тистаев А. А. Вестн. АМН СССР, 1960, 3. — 10. Тохадзе Т. Л. Вopr. онкол., 1966, 8. — 11. Тустановский А. А. Успехи совр. биол., 1962, т. 54, вып. 1 (4).

УДК 616.351—006—616—089

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Б. В. Крапивин

*Факультетская хирургическая клиника лечебного факультета (зав. — доктор мед. наук
К. И. Мышкин) Саратовского медицинского института*

В нашей клинике с 1950 г. по май 1965 г. было на лечении 111 больных раком прямой кишки (мужчин — 44, женщин — 72). С запущенными, неоперабельными формами заболевания было 69 больных (61,6%). У 47 больных (38,4%) оказалось возможным произвести радикальное вмешательство. Больные были в возрасте от 24 до 73 лет, почти две трети — старше 50 лет. У 1 больного опухоль была в анальном отделе, у 39 — в промежностном, у 39 — в нижнеампулярном, у 10 — в среднеампулярном, у 6 — в верхнеампулярном, у 16 — в ректосигмоидальном.

17 больных страдали геморроем, 23 — дизентерией, 7 — хроническим колитом, 1 — полипозом прямой кишки, 3 — полипами прямой кишки, 1 — выпадением прямой кишки.

Наиболее ранними симптомами были появление крови и слизи в кале (у 53 больных), запоры (у 19), боли в области заднего прохода (у 10), боли внизу живота (у 10), понос (у 21). Изменение формы кала отмечалось более часто в группе неоперабельных больных. Нами отмечена некоторая зависимость в характере первых симптомов от локализации опухоли в прямой кишке. При локализации опухоли в нижних отделах прямой кишки чаще появлялась примесь крови, слизи в кале, боли в области заднего прохода, а при локализации в ректосигмоидальном отделе — запоры, признаки частичной непроходимости и боли внизу живота. 15 больных поступили с явлениями обтурационной кишечной непроходимости. Бессимптомное течение рака прямой кишки наблюдалось у 3 больных, 2 из них поступили с картиной внезапно развившейся кишечной непроходимости, 1 — с обильным кишечным кровотечением.

В 1950—1953 гг. было осуществлено 11 ампутаций прямой кишки промежностным способом. В настоящее время эта операция не применяется. 23 больным была произведена брюшнопромежностная ампутация прямой кишки без сохранения сфинктера. Из числа оперированных этим способом умерло 2 больных (вследствие сердечно-сосудистой недостаточности).

Наш опыт операций, сохраняющих наружный сфинктер, показал, что для каждого больного должен быть выбран самый рациональный метод оперативного вмешательства. По-видимому, наиболее целесообразен выбор характера операции в зависимости от локализации опухоли, ее размера и формы. Противопоказанием к резекции прямой кишки мы считаем диффузные формы рака прямой кишки, низкое расположение опухоли, прорастание ее в соседние органы, явления непроходимости кишечника.

Если от нижнего края опухоли до сфинктера был здоровый участок кишки длиной около 7—8 см, а опухоль небольшая, то мы производили резекцию кишки с эвагинацией (способ Грекова II). Нами сделано 4 подобных операции. При том же расположении опухоли, но при значительных ее размерах мы осуществляли брюшно-анальную резекцию прямой кишки с протягиванием сигмовидной кишки через демукозированный сфинктер, при расположении опухоли в ректосигмоидальном отделе — внутрибрюшную резекцию.

Трем больным была выполнена брюшно-анальная резекция с демукозацией слизистой анального отдела. Расстояние между краем анального отверстия и нижней границей опухоли было 7—10 см. Если расстояние менее 7 см, то выполнение этой операции противопоказано.

После брюшно-анальной резекции 2 больных удерживали кал и газы, а у одной установился ритм дефекации, характерный для ампутации прямой кишки, но газы она удерживала.

Внутрибрюшную резекцию прямой кишки мы производили 4 больным при локализации опухоли не ниже 15 см над краем анального отверстия. Ручное наложение анастомоза в полости малого таза является более сложным, чем наложение пищеводно-кишечного анастомоза при трансабдоминальной гастрэктомии. Особенно трудно удерживать дистальный отрезок прямой кишки близко к поверхности раны. Методика Е. И. Попова значительно облегчает этот этап операции. Так, после мобилизации