

раннего распознавания рака желудка лежит на участках врачей-терапевтах.

Они обязаны хорошо знать наиболее ранние симптомы рака и при малейшем подозрении организовать своевременное квалифицированное обследование, в основном в стационарных условиях.

Врачи же стационаров, подвергая больного вспомогательным методам исследования, должны учитывать всю совокупность клинических проявлений, а не полагаться только на данные рентгеновского обследования.

В настоящее время показания к пробной лапаротомии искусственно ограничиваются. К ней прибегают, главным образом, в тех случаях, когда следует уточнить, возможна ли радикальная операция при доказанном раке желудка или нет. Пробная лапаротомия в диагностических целях производится исключительно редко. Даже для решения вопроса о происхождении механической желтухи (опухоль или камень) не всегда охотно идут на операцию.

Между тем, на современном уровне хирургической техники пробное чревосечение в руках опытных хирургов не представляет большой опасности для больного.

Необходимо признать, что пробное чревосечение показано во всех случаях клинически обоснованного подозрения на рак желудка, даже при отсутствии рентгенологических признаков рака или при наличии признаков сомнительных. В таких случаях пробное чревосечение менее опасно, чем выжидание появления явных рентгенологических симптомов рака. У определенного, к тому же значительного, количества подобных больных пробная лапаротомия превратится в радикальную операцию по поводу рака желудка.

Поступила 8 июля 1957 г.

## О ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРОЭКТОМИИ

*Проф. В. И. Акимов и С. М. Бова*

Из кафедры факультетской хирургии педиатрического и санитарно-гигиенического факультетов (зав.—проф. В. И. Акимов) Львовского медицинского института и 5-й городской клинической больницы (главврач — И. И. Хома)

В последние годы тотальная гастроэктомия получила довольно широкое распространение как в нашей стране, так и за рубежом, являясь операцией выбора при далеко зашедшем раке желудка, особенно его кардиального отдела. В связи с этим операбельность рака желудка, по данным некоторых авторов, располагающих большим статистическим материалом, достигает 65% (Walter), а по данным Дзядека (I. Dziedek), — даже 82%.

Так называемая резектабельность, по данным института онкологии АМН СССР, составляла в довоенный период около 40%, а за последние годы приблизилась к 60% (Н. Н. Петров, С. А. Холдин, А. И. Раков и В. П. Тобилевич).

В большинстве случаев при тотальной гастроэктомии по поводу рака удаляются большой сальник, печеночно-желудочная связка, желудочно-ободочная и дуоденально-ободочная связки вместе с увеличенными лимфатическими узлами в зоне привратника, нередко поперечноободочная кишка, частично или полностью поджелудочная железа и селезенка. При расширенной, комбинированной тотальной гастроэктомии, кроме того, нередко подлежат удалению селезенка, хвост или тело поджелудочной железы, часть левой доли печени и нижний отдел пищевода.

Комбинированные гастроэктомии, особенно с резекцией поджелудочной железы, производятся относительно редко (Н. Махов).

Вполне естественно возникает вопрос, как реагирует организм на полную утрату

желудочного пищеварения, может ли он приспособиться к новым условиям, или тотальная гастрэктомия как антифизиологическая операция ведет к истощению, связанному с нарушением обмена. Что быстрее приводит к смерти, рецидив рака или указанное нарушение обмена?

На основании предположений о грубом нарушении пищеварения и обмена веществ после тотальной гастрэктомии некоторые хирурги и интернисты вообще отвергают подобное оперативное вмешательство. Еще сложнее решить вопрос о целесообразности тотальной гастрэктомии в сочетании с удалением таких органов, как селезенка и особенно поджелудочная железа.

Нами произведено 6 расширенных комбинированных тотальных гастрэктомий при раковых поражениях желудка. Эта операция применяется нами только по исключительным показаниям. Примером может служить следующее наблюдение.

Б.-ной Г., 55 лет, 4 марта 1955 г. доставлен санавиацией в клинику в крайне тяжелом состоянии с жалобами на острые боли в верхней половине живота, кровавую рвоту и резкую общую слабость.

Заболевание началось постепенно, с появления постоянных болей в подложечной области, усиливающихся после еды, беспокоили отрыжки и изжоги. За месяц до поступления в клинику была кровавая рвота. В день поступления — обильная многократная рвота кровью.

Больной резко анемичен. Пульс не определяется. Верхняя половина живота напряжена, положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Во время осмотра дважды рецидив рвоты кровью. Кровяное давление не определяется. Диагноз: Кровоточащая язва желудка. Рак желудка? Острая анемия.

Консервативные мероприятия оказались безрезультатными — кровотечение продолжалось. Нв.— 28%, Э.— 2 150 000, Л.— 14 000; п.— 6,5%; с.— 79%; л.— 11,5%; м.— 3%; РОЭ — 12 мм/час. Несмотря на переливание крови, состояние больного продолжало ухудшаться.

5 марта под местной анестезией больной был оперирован. Обнаружена раковая опухоль кардиального отдела желудка с прорастанием в малый сальник и тело поджелудочной железы.

Наложен типичный пищеводно-кишечный анастомоз. Отсечен желудок в одном блоке с телом поджелудочной железы и большим сальником. Между приводящей и отводящей петлями тощей кишки наложен брауновский анастомоз.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Однако, уже к концу месяца после операции обнаружены метастазы рака в надключичные лимфатические узлы. Через 2 месяца больной умер от нарастающей кахексии.

Непосредственная послеоперационная смертность при этих операциях, в первую очередь, обуславливается перитонитом, вследствие недостаточности швов пищеводно-кишечного анастомоза, а при резекции поджелудочной железы — перитонитом на почве автолитического действия панкреатического сока.

Большинство авторов сходятся на том, что важнейшими условиями для прочного сращения являются хорошая васкуляризация анастомоза; не менее важным условием состоятельности швов является асептичность (хотя и относительная) места анастомоза.

Недостаточность швов пищеводно-кишечного соустья может наступить рано — в первые 2—3 дня после операции, по причине, чаще всего, отсутствия их герметизма. Иными словами, швы накладываются технически недостаточно тщательно. В других случаях недостаточность швов наступает относительно поздно, к 14 дню после операции, вследствие некротических изменений по линии шва.

При резекции части поджелудочной железы угроза перитонита, вследствие ферментативного действия панкреатического сока, очень велика, так как тщательная и надежная перитонизация культи поджелудочной железы технически трудно выполнима.

По материалам большинства авторов, продолжительность жизни оперированных и выписанных больных колеблется от 6 месяцев до 1 года. В одном нашем случае — 6 месяцев, в другом — 2 месяца.

В послеоперационном периоде наблюдались болезненные отрыжки, рвоты, изжоги и затруднение глотания, которые, по-видимому, могут

быть объяснены перерезкой обеих блуждающих нервов, отеком анастомоза и антиперистальтикой подшитой петли тощей кишки.

В одном случае у больного вскоре после операции появился понос, вызванный, по-видимому, поступлением пищи в кишечник без желудочной фазы пищеварения.

Небезынтересна динамика основных гематологических показателей у трех больных, обследованных нами на сроках от 2 недель до 6 месяцев. У всех трех больных, невзирая на прогрессивное ухудшение общего состояния, в послеоперационном периоде количество эритроцитов удерживалось стойко в пределах 3 500 000 и более. Не отмечалось и заметного снижения содержания гемоглобина. Цветной показатель оставался относительно стабильным (0,76—0,90). В картине белой крови наблюдался относительный сдвиг формулы влево. Следует отметить, что РОЭ не повышалась с прогрессированием ракового процесса.

В послеоперационном и последующем периодах были более выраженные биохимические сдвиги. У всех трех больных отмечалось снижение содержания белков крови (до 5,2%), причем, главным образом, за счет глобулиновой фракции (до 1,7% у больного В.). Отмечено повышение хлоридов крови у всех трех больных (до 598 мг%). Кроме того, снижалась барьерная и антитоксическая функция печени, о чем свидетельствовали показатели пробы Квика — Пытеля (47,8% после операции). Содержание сахара крови у больных с прогрессированием ракового процесса нарастало, достигая в среднем 160 мг%.

Некоторые хирурги и многие терапевты утверждают, что после обширных резекций желудка, а тем более после гастроэктомии, часто развивается синдром так называемой агастральной астении («постгастрорезекционная астения» — И. О. Неймарк). Как раньше, так и теперь, мы не встречали у наших больных этого симптомокомплекса.

Развивающаяся после гастроэктомии недостаточное питание, видимо, следует рассматривать как алиментарную дистрофию. Необходимо научиться правильно организовать питание больных, и проблема «агастральной астении» перестанет быть барьером на пути развития этой области хирургии.

У больных, перенесших гастроэктомию по поводу рака желудка, развитие общей дистрофии идет, прежде всего, за счет раковой интоксикации и алиментарной дистрофии.

Продолжительность жизни раковых больных, лишенных желудка, по данным литературы (Штейнграбер), оказалась весьма короткой: после 3 лет жила только 12,4%, а после 5 лет — 3,7%.

По статистике Института онкологии АМН СССР, отдаленные результаты резекции пораженного раком желудка остаются мало утешительными; за период с 1926 по 1941 гг. из 700 выписанных из числа оперированных живых через 5 лет и более оказалось 114, то есть 20,5%. Отраден, однако, факт, что во втором периоде (1942—1948 гг.) из 192 оперированных через 5 лет и более оказалось живых 70 (36,5%), или на 16% больше, чем в предыдущем периоде.

Но и к этим цифрам надо относиться критически, так как обычно подсчет производится без точного разделения комбинированных и некомбинированных гастроэктомиий.

Продолжительность жизни оперированных нами больных была следующей: двое умерли в течение двух недель после операции (шок, перитонит); двое прожили по 2 месяца и умерли от метастазов и раковой кахексии; один прожил 7 месяцев и погиб от метастазов. Только одна больная живет уже полтора года и находится в удовлетворительном состоянии; у нее при экзофитном раке верхней трети желудка с переходом на кардию были метастазы в лимфоузлы малого сальника.

Что касается патоморфологических форм рака желудка в наших

наблюдениях, то в 5 случаях была аденокарцинома и в одном — скirr желудка.

На основании критической оценки ближайших результатов, осложнений и отдаленных результатов тотальной гастроэктомии по поводу рака можно прийти к заключению, что принципиально отказываться от тотальной гастроэктомии при далеко зашедшем раке желудка не следует, ибо, в противном случае, эти больные обречены на неизбежную гибель. Кроме того, успехи современной хирургии позволяют добиваться с каждым годом лучших результатов и при расширенных комбинированных гастроэктомиях.

При неизбежности перевязки селезеночной артерии и одновременно — коротких артерий желудка надлежит удалять и селезенку.

При обработке культи поджелудочной железы допустимы ее прошивание и перевязка прочной шелковой лигатурой с последующей перитонизацией культи, без вшивания в тонкую кишку.

Сдвиги биохимических показателей после гастроэктомии можно поставить в связь и с прогрессирующим раковым процессом, а не только с отсутствием желудочного пищеварения.

Поступила 22 июля 1957 г.

## СЕКРЕТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА, РЕЗЕЦИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Асп. С. А. Валитов*

Из кафедры госпитальной хирургии № 2 (зав.—проф. И. В. Домрачев) Казанского медицинского института и кафедры патофизиологии (зав.—проф. Н. А. Крылова) Казанского ветеринарного института

Болезни оперированного желудка обсуждались на 24 съезде хирургов. С тех пор в печати широко освещались вопросы, связанные с последствиями оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а именно: кроветворения, обмена веществ, пищеварения и компенсаторных механизмов, рецидивов болезни, трудоспособности.

В последние годы опубликован ряд работ по изучению функции резецированного желудка. Так, А. И. Гошкина установила заметное снижение пептической активности желудочного сока на 15—30 день после резекции, Н. В. Корняева, изучая процесс в те же сроки, такого снижения не обнаружила. Е. И. Гуляева, изучая секреторную функцию резецированного желудка на протяжении 6 месяцев, обнаружила постепенное снижение соляной кислоты. По ее данным, постоянный тип кислотообразования устанавливается не ранее трех месяцев после операции, а свободная соляная кислота сохраняется в 25,4% случаев. По данным Н. А. Захарова, секреторная и моторная функции после резекции желудка стабилизируются к 6 месяцам, а свободная соляная кислота выявляется в 13 случаях из ста. С. О. Бадилькес, основываясь на литературных данных, считает, что свободная соляная кислота после резекции желудка обнаруживается в 10—25% случаев.

Пестрота литературных данных, вероятно, связана с применением разнообразных методик и сроками исследования оперированных больных.

Целью нашей работы было изучение пепсино- и кислотообразовательной, а также эвакуаторной функций резецированного желудка при длительном наблюдении в послеоперационном периоде.

Желудочная секреция исследовалась натощак и после пробного завтрака по Эрману динамическим фракционным методом в течение двух часов. Изучалась нервно-гуморальная фаза секреции. В каждой 10-минутной порции определялись общая