

ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ТОТАЛЬНЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ

Н. И. Баранов

Кафедра хирургии и онкологии № 2 (зав. — проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Городской онкологический диспансер (главврач — И. Б. Нагимов)

Мы проследили отдаленные исходы тотальной гастрэктомии, выполненной электрохирургическим методом по способу проф. М. З. Сигала, у 181 больного в сроки от 3 месяцев до 11 лет. 174 больных оперированы по поводу рака и 7 — по поводу доброкачественных заболеваний желудка (полипоз, язва и др.). На 1/IV 1967 г. живы 123 больных (116 оперированных по поводу рака и 7 по поводу доброкачественных заболеваний). Из 116 больных, оперированных по поводу рака желудка (у 109 из них был рак кардиального отдела желудка, у 4 — рак из полипа и у 3 — рак культи желудка после перенесенной ранее операции в связи с язвенной болезнью), живут до года 20, до 3 лет — 49, до 5 лет — 23 и свыше 5 лет — 24. После тотальной гастрэктомии по поводу рака в срок до года умерло 36 больных, от 1 до 2 лет — 13, от 2 до 3 лет — 8 и свыше 3 лет — 1. Причиной смерти у 52 больных были метастазы во внутренние органы и лимфатические узлы брюшной полости (в том числе в печень — у 39, в яичник — у 3), у 5 — рецидивы опухоли в области анастомоза, у 1 — обострение туберкулеза легких.

При тотальной гастрэктомии электрохирургическим методом по способу, разработанному М. З. Сигалом (1956), шов на слизистую кишки не накладывают, герметизация и гемостаз обеспечиваются электрокоагуляцией. Такая методика наложения анастомоза снижает опасность инфицирования операционного поля. Двенадцатилетний опыт (1955—1967) электрохирургических гастрэктомий показал, что опасения развития стриктуры или недостаточности швов не обоснованы.

Мы применяли пищеводно-кишечные анастомозы пяти вариантов: 1) пищеводно-кишечный анастомоз с отводящей петлей и создаваемый электрохирургическим методом межкишечный анастомоз по Брауну; 2) пищеводно-кишечный анастомоз с приводящей петлей и межкишечный по Брауну; 3) пищеводно-кишечный анастомоз с приводящей петлей и анастомоз отводящей петли с двенадцатиперстной кишкой; 4) пищеводно-кишечный анастомоз с приводящей и отводящей петлей и дополнительный межкишечный анастомоз по Брауну; 5) пищеводно-кишечный анастомоз с приводящей и отводящей петлей в одном блоке с межкишечным соустьем.

Данные о продолжительности жизни больных, перенесших гастрэктомию с различными вариантами пищеводно-кишечных анастомозов, приведены в табл. 1.

Таблица 1

Варианты операций	Живы				Всего
	до года	до 3 лет	до 5 лет	свыше 5 лет	
1-й	—	—	2	14	16
2-й	—	—	11	9	20
3-й	—	—	—	1	1
4-й	16	49	10	—	75
5-й	4	—	—	—	4

Комбинированные гастрэктомии на нашем материале составили 37,06%. Сведения о продолжительности жизни больных после простой и комбинированной гастрэктомии представлены в табл. 2.

Таблица 2

Вид операции	Живы			
	до года	до 3 лет	до 5 лет	свыше 5 лет
Простая гастрэктомия	11	33	17	12
Комбинированная гастрэктомия .	9	16	6	12

Наш материал подтверждает заключения ряда авторов о целесообразности комбинированных операций при раке желудка.

Частым осложнением тотальной гастрэктомии является дисфагия. По литературным данным, дисфагия, не связанная с рецидивом, отмечается у 17—43% больных. У наших больных постоянной стойкой дисфагии, не связанной с рецидивом рака, не было. Перемежающаяся дисфагия была у 36,8% больных. К концу первого года после операции дисфагия обычно проходит, однако у некоторых больных она сохранялась в легкой форме и на отдаленных сроках.

По данным Б. Е. Петерсона и Г. Ф. Марковой, у 80—86% больных, перенесших гастрэктомию, наблюдается регургитация, которая может возникать в любые сроки после операции. Из 75 наших больных, оперированных с наложением 4-го варианта пищевода-кишечного соустья, регургитация выявлена у 12. Это были редкие, небольшие срыгивания желчью, которые не сказывались на состоянии больных.

Гликемические кривые, полученные при исследовании, у 18 больных свидетельствовали о нарушениях углеводного обмена, и только у одного больного кривая приближалась к норме.

Тяжелым осложнением полного удаления желудка является стойкое истощение со значительным дефицитом веса больного. Среди наших больных дефицит веса свыше 10 кг наблюдался в 42,9% (по данным Г. Ф. Марковой — в 59%).

Табл. 3 иллюстрирует дефицит веса наших больных в зависимости от вариантов пищевода-кишечного анастомоза.

Таблица 3

Варианты анастомоза	Число больных с дефицитом веса			Число больных, у которых вес соответствует росту
	до 5 кг	от 5 до 10 кг	свыше 10 кг	
1-й . . .	1	4	9	2
2-й . . .	1	5	13	1
3-й . . .	—	1	—	—
4-й . . .	9	39	27	—
5-й . . .	2	2	—	—

После гастрэктомии по поводу доброкачественных заболеваний желудка у 2 больных дефицит веса составил 5 кг, у 4 — от 5 до 10 кг; у 1 вес был нормальным.

Демпинг-синдром после тотальной гастрэктомии встречается по Г. Ф. Марковой (1962) у 83%, по Ю. Е. Березову (1957) — у 63%, по Ю. К. Квашнину и Ю. М. Панцыреву (1967) — у 35% больных. У наших больных легкий и умеренный демпинг-синдром зафиксирован в 51,2%. Тяжелых форм демпинг-синдрома мы не отмечали.

В отдаленные сроки после полного удаления желудка (начиная со второго года) нередко развивается В₁₂-дефицитная анемия. У 11 наших больных возникла гиперхромная агастрическая анемия.

Наши наблюдения показали, что на отдаленных сроках после электрохирургических гастрэктомий по способу М. З. Сигала обычно сохраняется вполне удовлетворительная проходимость анастомоза.

Мы подтвердили также указания автора метода о возникновении «сфинктерного» механизма, предотвращающего регургитацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркова Г. Ф. Тр. VIII Международного противоракового конгресса. Медгиз, 1963, т. 5. — 2. Ратнер Ю. А. Очерки хирургии опухолей груди и живота. Медицина, М., 1966. — 3. Сигал М. З. Тр. II съезда онкологов и III съезда радиологов СССР (1956). Медгиз УССР, 1959; Казанский мед. ж., 1958, 4. — 4. Сорокин Н. М., Баранов Н. И. Казанский мед. ж., 1966, 6. — 5. Харитонов Р. К. Хирургия, 1963, 6.

УДК 616.833.71

О СОСУДИСТОМ ГЕНЕЗЕ ПАРАЛИЧЕЙ БЕЛЛА

М. А. Шустер и И. М. Каевицер

Лаборатория функциональной диагностики (зав. — И. М. Каевицер) и ЛОР-отделение (зав. — М. А. Шустер) Центральной больницы (главврач — А. В. Леоненко), г. Клин

Цель данной работы заключалась в изучении при помощи ряда клинико-инструментальных методов состояния сосудистого тонуса у больных параличами Белла на трассе: восходящая аорта — сонные артерии — височные артерии. При выборе такой