

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

относительно широкой зоны исследования мы исходили из предположения, что локальные изменения тонуса одной отдельно взятой шило-сосцевидной артерии, питающей лицевой нерв в фаллопиевом канале, представляются мало вероятными, а если они имеют место, то, очевидно, должны составлять часть регионарных нарушений в системе наружной сонной артерии или ее крупных ветвей.

Для изучения этого вопроса был применен ряд методик, усовершенствованных или же разработанных нами [1, 2]. К ним относятся исследование: 1) дифференциальных кривых каротидного и височного пульса; 2) объемных сфигмограмм височных артерий; 3) тахоосциллограмм височных артерий при меняющихся соотношениях между уровнями давления в манжете и артерии; 4) скорости распространения пульсовой волны на пути от устья аорты до височных артерий и, в том числе, на участках: а) устье аорты — общая сонная артерия, б) общая сонная — височная артерия (система наружной сонной артерии).

Нами обследовано 45 больных параличами лицевого нерва, среди которых 30 страдали параличами Белла, 10 — отогенными и 5 — травматическими параличами лицевого нерва. Женщин было 27, мужчин — 18. У 28 больных был поражен правый, у 16 — левый и у 1 — оба лицевых нерва. Больны до 3 месяцев 19 чел., от 3 месяцев до года — 12, от 1 до 2 лет — 3, свыше 2 лет — 11. Контрольную группу составили 35 здоровых людей в возрасте от 25 до 45 лет.

Из 30 больных параличами Белла у 9 заболеванию лицевого нерва предшествовал грипп, у 4 — ангины, у 1 — приступ мигрени, у 2 — обострение аллергического ринита и у 14 сведений о заболеваниях, непосредственно предшествовавших параличу, не получено. У больных отогенными параличами лицевого нерва причиной паралича явилось обострение хронического эпимезотимпанита. Из 5 больных с травматическими параличами лицевого нерва у 3 было повреждение стенки фаллопиевого канала при переломах основания черепа и у 2 паралич наступил вследствие травмы нерва во время операций на ухе. У всех 45 больных поражение локализовалось в пределах фаллопиевого канала височной кости.

Скорость распространения пульсовой волны на трассе устье аорты — общая сонная артерия у больных параличами Белла практически была такой же, как у лиц контрольной группы.

Асимметрии скорости распространения пульсовой волны на этом участке справа и слева, превышающие $\pm 10\%$, обнаружены лишь у 1 больного.

Совершенно другие результаты (табл. 1) были получены при исследовании скорости распространения пульсовой волны на трассе общая сонная артерия — височная артерия (система наружной сонной артерии).

Т а б л и ц а 1

Группа обследованных	М	$\pm m$	P (по отношению к контрольной группе)
Больные с параличами Белла	9,4	0,6	0,001
с отогенными параличами	6,7	0,9	$>0,05$
с травматическими параличами	8,5	1,7	$>0,05$
Здоровые	6,2	0,4	

Эти данные указывают на статистически достоверное увеличение скорости распространения пульсовой волны в системе наружной сонной артерии у больных параличами Белла по сравнению со здоровыми лицами и страдающими отогенными параличами лицевого нерва. Что касается больных травматическими параличами лицевого нерва, то у них также отмечается тенденция к повышению скорости распространения пульсовой волны, но полученные различия не оказались статистически значимыми по отношению к норме (последнее может быть связано с малым числом наблюдений). Отсюда следует, что общий характер сосудистых реакций в системе наружной сонной артерии у больных параличами Белла направлен в сторону повышения сосудистого тонуса (увеличения скорости распространения пульсовой волны). Однако в отдельных случаях такие реакции у разных больных были неодинаковыми и отличались друг от друга на здоровой и больной стороне.

При сравнении с нормой у больных параличами Белла определялось уменьшение амплитуды и деформация дифференциальных кривых пульса височных артерий, изменения формы объемных сфигмограмм, указывающие на понижение эластичности (повышение тонуса) исследуемой артерии и снижение кровоснабжения данной области. В большинстве случаев такие изменения были односторонними. То же относится к данным анализа продольных реовазограмм височной артерии, которые полностью совпадали с показателями объемных сфигмограмм и не имели фактически перед ними никаких преимуществ.

Дифференциальные кривые пульса височных артерий у больных параличами Белла характеризовались снижением амплитуды тахоосциллограмм, изменением формы дифференциальных кривых и запаздыванием максимальной скорости подъема анакроты

по сравнению с полученными у больных отогенными параличами лицевого нерва. Такого рода изменения должны быть отнесены за счет снижения эластичности (повышения тонуса) артерий в месте фиксации приемника пульсовых колебаний.

Асимметрии амплитуды дифференциальных кривых и осцилляторного индекса тахоосциллограмм височных артерий оказались наиболее выраженными при параличах Белла, где отношения амплитуды к норме составили ($M \pm m$) $0,52 \pm 0,02$. Соотношения между амплитудами дифференциальных кривых височных артерий с обеих сторон, характеризующие степень асимметрий, были следующими ($M \pm m$): у здоровых — $0,89 \pm 0,01$, при параличах Белла — $0,70 \pm 0,02$, при отогенных — $0,87 \pm 0,02$, при травматических — $0,81 \pm 0,03$. Одностороннее запаздывание максимальной скорости подъема анакроты пульса височной артерии составило у больных параличом Белла в среднем 53 миллисек. против 40 миллисек. у здоровых, а время подъема анакроты было равно 150 миллисек. против 103 миллисек. в контрольной группе.

При параличах Белла наиболее часто выявляются локальные изменения тонуса височной артерии как ветви наружной сонной артерии (у 23 из 30 больных), затем во всей системе наружной сонной артерии (у 16), реже — односторонние локальные изменения эластичности общей сонной артерии (у 6) и чрезвычайно редко — односторонние изменения на пути, охватывающем расстояние от устья аорты до начала наружной сонной артерии. Не лишено интереса, что такие изменения чаще определяются в дистальных артериях заинтересованной зоны, хотя они и составляют часть сосудистой дисрегуляции более широкой области.

В свете полученных данных, указывающих на выраженные сосудистые нарушения при параличах Белла, патогенез таких параличей может быть представлен в следующем виде. Дисрегуляция сосудистого тонуса в системе наружной сонной артерии, которая в ряде случаев является лишь звеном в общей цепи нарушений сосудистой регуляции или системных заболеваний сосудов, может вызвать снижение кровоснабжения лицевого нерва в силу анатомических особенностей прохождения нерва и питающих его сосудов в узком и неподатливом канале височной кости. По этой причине любые нарушения в системе разветвлений наружной сонной артерии, питающих лицевой нерв, будь то наиболее часто встречающиеся спастические явления (повышение тонуса) или даже противоположные им явления пареза (падение сосудистого тонуса), могут привести ко вторичной ишемии лицевого нерва в фаллопиевом канале, обусловленной сдавлением нерва и сопровождающих его сосудов на данном участке. Что касается причин, вызывающих такую дисрегуляцию, т. е. этиологии параличей Белла, то они могут отличаться большим разнообразием, объединяя такие разнородные факторы, известные по клиническим наблюдениям, как перенесенные инфекции, переохлаждение, аллергические реакции и т. п.

Придерживаясь сосудистой теории происхождения параличей Белла, можно рассматривать данное заболевание как монопатогенетическое и в то же время полиэтиологическое. Такой взгляд на сущность параличей Белла должен способствовать дифференцированной и патогенетически обоснованной терапии сосудистых нарушений в самом широком плане. Лечение должно быть направлено на прерывание порочного круга нарушений кровоснабжения нерва, которое в случае безуспешности консервативной терапии в течение 2—3 месяцев может быть достигнуто за счет хирургической декомпрессии лицевого нерва в канале височной кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Завражин Н. М., Каевецер И. М. Хирургия, 1964, 12. — 2. Каевецер И. М. Клин. мед., 1958, 1. — 3. Лобзин В. С. и Матвеев Б. И. Журн. им. С. С. Корсакова, 1967, 6. — 4. Савицкий Н. Н. Некоторые методы исследования функциональной оценки системы кровообращения. Медгиз, Л., 1956. — 5. Шустер М. А. Вopr. нейрохир., 1967, 4.

УДК 616.284 — 004 — 616 — 089

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИЙ НА СТРЕМЕНИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ

Л. Г. Сватко, Л. Д. Нестерова и Р. В. Холопова

Кафедра оториноларингологии (и. о. зав. — доц. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Исполнилось 10 лет с момента освоения первых операций на стремени в нашей стране (А. И. Коломийченко, В. Ф. Никитина, 1957). Благодаря широкому внедрению многочисленных вариантов слухолучшающих операций, предложенных за эти годы различными отохирургами, удалось получить положительные функциональные резуль-