

расширенных, с неровными контурами, основных стволов большой и малой подкожных вен голени.

Ценность инфракрасной фотографии не умаляется теми случаями, когда снимки в инфракрасных лучах не дают должного представления о структуре поверхностной венозной сети, ибо удельный вес их невелик. Однако «противопоказания» к использованию данного метода должны быть четко оговорены. Их незнанием или техническими погрешностями объясняются подчас отрицательные результаты. Последние дают повод для совершенно необоснованных негативных заключений о методе инфракрасной фотографии.

При анализе причин, вызывающих снижение выявляемости подкожных вен нижних конечностей, наряду с общепризнанным фактором — выраженным развитием подкожной жировой клетчатки, отмечено резкое снижение видимости венозной сети при комбинации патологии венозной и лимфатической систем, сопровождающейся лимфостазом. Малопригодным оказался данный метод при обширных и резко выраженных трофических расстройствах. Относительным противопоказанием является обильный волосистой покров нижних конечностей, резко снижающий проявляемость венозной сети.

Таким образом, наши исследования подтвердили возможность выявления измененной поверхностной венозной сети у больных с различной патологией вен конечностей. В комплексном исследовании инфракрасная фотография может быть использована для дифференциальной диагностики вторичного варикозного изменения поверхностных вен, возникающего вследствие тромбоза глубоких вен, для изучения механизмов компенсации нарушенного венозного кровотока в связи с облитерацией магистральных вен, различной степени реканализации и т. д.

Простота, безопасность и информативность инфракрасной фотографии дают основание рекомендовать этот метод для широкого применения как в хирургической практике, так и при врачебно-трудоустройственной экспертизе.

Поступила 9 февраля 1976 г.

УДК 616—022.363—089.197.5:616.33—006.6

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ И ЭКСТИРПАЦИЙ ЖЕЛУДКА, ПРОИЗВЕДЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА

*М. Е. Фишер*

*НИИ онкологии и медицинской радиологии МЗ БССР (директор — чл.-корр. АМН СССР проф. П. Н. Александров)*

**Реферат.** Проведен анализ продолжительности жизни 56 больных после паллиативных резекций и экстирпаций желудка. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности паллиативных субтотальных резекций у больных раком желудка при наличии отдаленных одиночных метастазов в печени, поджелудочной железе, корне брыжейки.

В ряде случаев страдающие раком желудка подвергаются резекциям и экстирпациям при наличии отдаленных метастазов. Естественно, что такие операции являются сугубо паллиативными. К ним относятся также оперативные вмешательства при обнаружении в краях резекции опухолевых клеток. Сведения о судьбе этих больных в литературе приводятся чрезвычайно редко, хотя они, несомненно, представляют интерес в связи с встречающейся необходимостью выполнения подобных операций.

В НИИ онкологии и медицинской радиологии МЗ БССР за 10 лет (1963—1972) произведено 748 резекций и экстирпаций желудка по по-

воду рака, и из них 64 (8,5%) были отнесены к паллиативным. Судьба части этих больных была изучена ранее [6]. Из 64 больных 8 умерли в ближайшем послеоперационном периоде.

В настоящей работе представлены данные о продолжительности жизни 56 больных, выписанных из института после паллиативных резекций и экстирпаций желудка (см. табл.). 20 больным из этих 56 вводили (17 — внутривенно и трем — внутривенно) коллоидное золото  $^{198}\text{Au}$  для воздействия на оставшиеся после операции опухолевые клетки и микрометастазы. При гистологическом исследовании раковые клетки были выявлены по краю резекционного разреза у 17 больных: у 7 — в дистальном, у 8 — в проксимальном и у 2 — в обоих краях резекции.

**Причины и характер паллиативных операций, произведенных по поводу рака желудка**

Факторы, определяющие нерадикальность операции	Характер операции				Всего
	субтотальные резекции	тотально-субтотальные резекции	проксимальные резекции	экстирпации	
Раковые клетки в проксимальном крае резекции . . . . .		3	1	4	8
Раковые клетки в дистальном крае резекции . . . . .	6			1	7
Раковые клетки в обоих краях резекции . . . . .		1		1	2
Метастазы в печени . . . . .	2	1			3
Метастазы в поджелудочной железе . . . . .	5			1	6
Прорастание опухоли в печень (оставление части опухолевой ткани) . . . . .	3	1			4
Прорастание опухоли в поджелудочную железу (оставление части опухолевой ткани) . . . . .	3			1	4
Метастазы Шницлера . . . . .	1				1
Метастазы Вирхова . . . . .			1		1
Метастазы Крукенберга . . . . .	3	1		2	6
Метастазы в парааортальных лимфоузлах . . . . .		1		1	2
Метастазы в корне брыжейки тонкой кишки . . . . .	4	1			5
Канцероматоз брюшины . . . . .	1				1
Прохождение линии резекции вблизи от опухоли (1 см) . . . . .	3	2		1	6
Итого . . . . .	31	11	2	12	56

Основной причиной оставления опухолевых клеток является невозможность точного определения границ резекции в ряде случаев при подслизистом росте опухоли. По данным В. Н. Сагайдака (1968), при инфильтративном раке каждого третьего больного оперируют нерадикально. А. И. Саенко (1961) вообще отрицает возможность макроскопического определения границы опухоли при инфильтративной форме рака желудка. Из 2 больных, у которых обнаружены опухолевые клетки в обоих краях резекции, у одного была инфильтративная опухоль, а у другого — две опухоли, расположенные в пилорическом отделе (язвенная форма) и в субкардиальном (полипообразная). Первый больной прожил после тотально-субтотальной резекции желудка только 3 месяца, второй после экстирпации желудка — 1 год и 3 месяца.

Из 7 больных, у которых опухолевые клетки выявлены в дистальном крае резекции, у 6 опухоль была инфильтративной, причем у 4 из них был отмечен переход ее на двенадцатиперстную кишку. Один из этих 7

больных прожил 5 месяцев, один — 7 месяцев, один — 8 месяцев, один — год и 7 месяцев, один — 4 года, один — 7 лет и один больной живет уже в течение 12 лет. Из 8 больных с выявленным опухолевым ростом в проксимальном крае резекции у 7 опухоль оказалась инфильтративной и только у 1 — блюдцеобразной. Из них один прожил 4 месяца, один — 6 месяцев, один — 7 месяцев, один — 8 месяцев, один — 9 месяцев, один — 1 год, один — год 4 месяца и один — 2 года 3 месяца.

Эти результаты показывают, что при оставлении опухолевых клеток в проксимальном крае прогноз менее благоприятен, чем при их оставлении в дистальном крае. Поэтому многие онкологи считают мерой профилактики рецидива рака максимальное расширение границ резекции от проксимального края опухоли — на 8—10 см [1, 2].

3 больным резекция желудка произведена при наличии одиночных метастазов в печени размерами до  $2 \times 2$  см. Метастатический характер поражения печени доказан гистологическим исследованием материала, полученного пункционной биопсией. Из этих 3 больных один прожил 12 месяцев, один — 3 года и один — 4 года 2 месяца. Таким образом, проведение паллиативных резекций при наличии одиночных метастазов в печени в ряде случаев вполне оправданно. Также оправданно удаление одиночных метастатических узлов из-под капсулы поджелудочной железы. Из 6 больных, которым при резекции желудка были удалены указанные метастазы, один прожил 2 года, а остальные свыше 5 лет.

Из 8 больных, у которых произведено нерадикальное отделение от печени и поджелудочной железы при прорастании их раковой опухолью желудка, трое прожили до 6 месяцев, трое — 1 год и два — до 3 лет.

Узел в левой надключичной области считается отдаленным метастазом, и обычно в оперативном лечении таким больным отказывают. Однако метастаз Вирхова может быть результатом случайного заноса опухолевых клеток и являться единственным. Об этом свидетельствует и наше наблюдение. Больной после резекции желудка и удаления подобного метастаза наблюдается нами уже свыше 4 лет.

Из 6 больных раком желудка с метастазами Крукенберга у 3 было поражение одного яичника и у 3 — обоих. 1 больной была произведена субтотальная резекция желудка с экстирпацией матки и придатками. После этой операции она прожила 7 месяцев. У остальных 5 больных была осуществлена экстирпация или субтотальная резекция желудка с удалением лишь придатков матки. Две больные прожили соответственно 3 и 5 месяцев, две — до 1,5 лет и одна — 1 год 10,5 месяцев.

Одному больному была произведена субтотальная резекция желудка при неудаленных метастазах в парааортальных лимфоузлах. Он прожил 1 год 8 месяцев. Другой больной после подобной операции, но при наличии метастазов в парааортальных лимфоузлах и метастаза Шницлера, прожил только 5 месяцев. Из 6 пациентов с метастатическими узелками в корне брыжейки тонкой и поперечной ободочной кишки один прожил 7,5 месяцев, два — год 2 месяца, два — 3 года и один — свыше 10 лет.

Одному больному с диссеминацией по брюшине была произведена паллиативная субтотальная резекция. Он прожил после операции 5 месяцев. По-видимому, при наличии диссеминации по брюшине резекция желудка нецелесообразна. Изучение нами отдаленных результатов у больных раком желудка с диссеминацией по брюшине после пробных лапаротомий показало что все они погибли через 3—6 месяцев после оперативного вмешательства.

6 больным была выполнена субтотальная или тотально-субтотальная резекция желудка с прохождением линии резекции вблизи опухоли (1 см). Такие вмешательства были отнесены нами также к паллиативным. Два из этих больных прожили 7 и 11 месяцев соответственно,

два — 1,5 года, один — 9 лет и один наблюдается свыше 10 лет. Таким образом, часть больных после паллиативных операций прожила 5 и более лет.

Полученные благоприятные результаты свидетельствуют о целесообразности проведения паллиативных операций у больных раком желудка при наличии отдаленных одиночных метастазов в печени и поджелудочной железе, корне брыжейки кишечника, особенно в тех случаях, когда можно ограничиться субтотальной резекцией желудка. Так как оставление опухолевых клеток в проксимальном крае более неблагоприятно, необходимо расширять по возможности границы резекции по кардии и пищеводу, особенно при инфильтративном раке. Хорошие отдаленные результаты у ряда больных связаны, по-видимому, с краевым некрозом и гибелью опухолевых клеток [4]. Относительно большая продолжительность жизни у части больных после паллиативных операций объясняется как удалением основного опухолевого очага (уменьшение интоксикации и угрозы кровотечения), так и воздействием коллоидного золота <sup>198</sup>Au на оставшиеся микрометастазы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Летагин В. П., Денисов Л. Е. Хирургия, 1975, 2.— 2. Петерсон Б. Е. Там же, 1969, 9.— 3. Сагайдак В. Н. *Вопр. онкол.*, 1968, 10.— 4. Сагайдак В. Н., Любушин А. А. *Вестн. хир.*, 1969, 1.— 5. Саенко А. И. Там же, 1964, 12.— 6. Суковатых Л. С. В кн.: *Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии*, Минск, 1973, т. III.

Поступила 22 июня 1977 г.

УДК 616.718.55/56—001.5—036.865

## ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ОШИБОК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

*Канд. мед. наук В. И. Евсеев, Н. Г. Халфиев*

*Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович) и Республиканская специализированная травматологическая ВТЭК Министерства социального обеспечения ТАССР (председатель — Н. И. Талье)*

**Реферат.** Согласно материалам специализированной травматологической ВТЭК ТАССР, инвалидность после тяжелых повреждений голеностопного сустава при лечении в специализированных стационарах (участковых и районных больницах) в 3 раза выше, чем при лечении в специализированных отделениях. Это связано с ошибками в проведении медицинской реабилитации данной группы больных. Предложена схема медицинской реабилитации больных с повреждениями голеностопного сустава, включающая диагностический, лечебный и восстановительный этапы.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении больных со сложными повреждениями голеностопного сустава, довольно значительное число пострадавших все же остается длительно нетрудоспособными и даже инвалидами. Дальнейшее уменьшение неудовлетворительных исходов возможно путем анализа ошибок, допускаемых врачами на всех этапах медицинской реабилитации этой группы больных.

Нами изучен контингент больных с последствиями тяжелых повреждений голеностопного сустава по материалам специализированной травматологической ВТЭК ТАССР с 1966 по 1975 год включительно.

Всего за 10 лет зарегистрировано 1006 больных (548 мужчин и 458 женщин) с последствиями тяжелых повреждений голеностопного сустава (7,4% всех больных, освидетельствованных за этот период). 63,7% из них были в возрасте от 31 года до 50 лет. С последствиями уличных травм было 43,7%, бытовых — 41,1%, производственных — 15,2%. 830