

**Зависимость частоты рецидивов и отдаленных метастазов
от распространения ракового процесса в молочной железе
в момент операции**

Стадия заболевания	Число больных, оперирован- ных с биоп- сией	Выявлено поражение молочной железы после биопсии		Результаты пятилетнего наблюдения			
				рецидивы		отдаленные метастазы	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
I	151	5	3,3	7	4,6	29	19,2
II	90	7	7,8	10	11,1	35	38,9
III	33	11	33,6	4	12,1	14	42,4
Всего . . .	274	23	8,4	21	7,7	78	28,5

дивы обнаружены у 5 из 146 (3,4%), отдаленные метастазы — у 26 (17,8%); при II ст. — рецидивы у 5 из 83 (6,0%), отдаленные метастазы — у 29 (34,9%); при III ст. — рецидивы у 1 из 22, отдаленные метастазы — у 5. Всего из 251 больной этой группы рецидивы наблюдались у 11 (4,4%), отдаленные метастазы — у 60 (23,9%).

Итак, у больных, у которых после биопсии были обнаружены раковые клетки в удаленной молочной железе, местные рецидивы и отдаленные метастазы встречались значительно чаще, чем у больных, у которых после биопсии раковые клетки в молочной железе не были найдены.

Из 182 больных с отдаленными метастазами рака молочной железы после радикальной мастэктомии более 5 лет жили 48 (26,4%), а после выявления метастазов — 7 (3,8%), все остальные больные умерли в основном в первые 6—18 месяцев после выявления у них метастазов.

Мы изучили также влияние электрохирургического метода операций и рентгенотерапии в составе комбинированного лечения на возникновение местных рецидивов и отдаленных метастазов рака молочной железы. Оказалось, что электрохирургический метод лечения и рентгенотерапия не способствуют уменьшению количества рецидивов и метастазов рака молочной железы после радикальной мастэктомии и не улучшают отдаленных результатов лечения.

УДК 616.351—006.6—089—612.015.348

СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ В БЛИЖАЙШИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

М. Н. Елисеев

*Первая кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев) Куйбышевского
медицинского института им. Д. И. Ульянова*

В последние годы в связи с развитием анестезиологии придается большое значение изучению особенностей состояния больного в ближайший послеоперационный период. В многочисленных исследованиях, посвященных этой проблеме, обнаружено, в частности, уменьшение общего белка сыворотки крови после операции по поводу рака и язвенной болезни желудка [1, 7], а также после холецистэктомии, после операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки [8] и других оперативных вмешательств [2, 5], происходящее в основном на 3—5—7-е послеоперационные сутки. Степень этих изменений различна. Чем более травматичной была операция и чем значительнее кровопотеря при ней, тем более глубокими были нарушения белкового обмена.

Мы изучали фракционный состав белков сыворотки крови у больных раком прямой кишки. Нас интересовало отклонение белкового обмена от нормы, наблюдаемое до опе-

рации и непосредственно после операции (на операционном столе). Больных обследовали на операционном столе до и после операции, на 1—2—3—5—7-й послеоперационные дни. Общий белок определяли рефрактометрически, белковые фракции сыворотки крови — методом электрофореза на бумаге по Флин и Мейо. Кроме того, в сыворотке крови определяли остаточный азот, 20 свободных аминокислот, аминотрансферазы, альдолазу, K, Na, Cl, что характеризовало сопряженность нарушений белкового обмена с нарушениями солевого обмена, в частности K и Na.

Чтобы судить о нарушениях протеинового обмена при заболевании раком прямой кишки, необходимо прежде всего установить норму белков сыворотки крови. Мы обследовали 20 лиц пожилого возраста и обобщили данные литературы. Полученные нами показатели не идут в разрез с литературными, что дает нам возможность вывести средние величины нормального содержания белка и белковых фракций сыворотки крови.

У страдающих раком прямой кишки наблюдается незначительное снижение общего белка сыворотки крови, отчетливое снижение количества альбуминов (до 80%) и повышение количества глобулинов. Наиболее существенные изменения претерпевает α_1 -фракция, которая составляет 0,64%, что соответствует 183% нормы. Содержание остальных глобулиновых фракций увеличено в меньшей степени (на 12—29%).

Непосредственно после операции резко падает уровень общего белка, уменьшается содержание альбуминов и всех глобулиновых фракций. Это может быть обусловлено прежде всего большой кровопотерей и травматичностью экстирпации прямой кишки (несмотря на адекватное восполнение кровопотери) и обуславливает необходимость переливания в послеоперационном периоде крови, плазмы и гидролизатов белков. Видимо, несмотря на адекватное переливание крови во время операции, мы не в состоянии компенсировать потерю белков сыворотки крови. В ближайший послеоперационный период уровень белка продолжает уменьшаться, что говорит о глубоком нарушении белковообразовательной функции печени.

Количество общего белка неуклонно уменьшается, равно как и альбуминов. Содержание α -глобулинов приходит к норме к 3-му послеоперационному дню и продолжает повышаться (α_1 -фракция достигает 0,72, α_2 — 1,07, или 112,5 и 121,69% исходного уровня). β - и γ -глобулины составляют соответственно 82,75 и 78,4% нормы. На 7-й послеоперационный день происходит некоторое повышение общего белка сыворотки крови в основном за счет глобулинов.

Направленность изменений относительного содержания белков сыворотки крови в целом соответствует направленности их абсолютного содержания.

ВЫВОДЫ

Исследование белков сыворотки крови электрофоретическим методом дает возможность более точно определять степень поражения, тяжесть заболевания, а также и характер протекания послеоперационного периода у больных, перенесших экстирпацию прямой кишки.

Резко выраженная послеоперационная гипопроотеинемия, а также гипоальбуминемия свидетельствуют о неблагоприятно протекающем послеоперационном периоде.

Переливание крови во время операции не может компенсировать потерю белков сыворотки крови.

Возникающая глубокая послеоперационная гипопроотеинемия и гипоальбуминемия указывают на нарушение протеиногенной функции печени в ближайший послеоперационный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булгаков П. П. Хирургия, 1960, 4.—2. Кадошук Т. А. Вестн. хир., 1961, 9.—3. Кашевник Л. Д., Горбенко Л. П. Вопр. онкол., 1950, 5.—4. Капланский С. Я. Успехи совр. биол., 1945, т. 19, в. 3.—5. Медведев Н. П. Биохимические нарушения при хирургических операциях и их коррекция. Казань, 1967.—6. Лапин М. Д. Груд. хир., 1960, 4.—7. Ориновский Б. М. Хирургия, 1963, 6.—8. Остроумов А. Б. Динамика общего белка, белковых фракций глюкотеинов, липотеинов при некоторых видах острой хирургической патологии органов брюшной полости. Автореф. канд. дисс., Казань, 1965.—9. Ойвин И. А. Пат. физиол. и экспер. тер., 1958, 4.—10. Ойвин И. А., Смоличев Е. П. О скорости восстановления белкового состава сыворотки крови (электрофоретическое исследование). Докл. АН Таджикской ССР, 1954, в. 12.—11. Потехин Д. Е. К клиническому значению изменений устойчивости белкового комплекса кровяной сыворотки при патологических состояниях организма. Автореф. канд. дисс., 1954.—12. Троицкий Г. В. и Тарасова Л. С. Вопр. мед. химии, 1956, т. 26.—13. Троицкий Г. В. и Сорокина Д. А. Укр. биохим. журн., 1957, 3.—14. Шахбазян Е. С. В кн.: Вопр. предоперационной подготовки и послеоперационного периода. Медгиз, М., 1953.—15. Феннингер Л., Медер Б. В. В кн.: Успехи в изучении рака. Медгиз, М., 1956.

т. 2. — 16. Antweiler H. S. Die Quantitative Elektrophorese in der Medizin. Berlin, 1957, 39—40, 44—48. — 17. Gitter A. Taschenbuch Klinischer Funktionsprüfungen. Jena, 1957. — 18. Mider G. B., Alling E. L., Morton S. S. Cancer, 1950, 3, 56—58. — 19. Miller B., Eri L. Surg. Gynec. Obstet., 1956, 102, 487. — 20. Peterman M. S., Hogness K. R. Cancer., 1948, 1, 100—102. — 21. Schneiderbauer A. Wien. med. Wschr., 1954, 104, 95. — 22. Tarver A., Reinhardt W. O. J. Biol. Chem., 1947, 187, 259. — 23. Wurman F., Wunderly C. Die Bluteiweisskörper des Menschen. Stuttgart, 1952; Die Blutciweisskörper des Menschen. Basel, 1957.

УДК 616.613—003.7—036.65

О РЕЦИДИВНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ

*Проф. Г. Д. Вилявин, доктор мед. наук В. Е. Кузьмина,
канд. мед. наук О. П. Никитина*

*Институт хирургии им. А. В. Вишневского (директор — акад. АМН СССР проф.
А. А. Вишневский) АМН СССР*

В последние годы все чаще появляются сообщения о повторных оперативных вмешательствах при нефролитиазе.

Н. А. Лопаткин (1970) считает, что необходимость в повторных операциях возникает в результате нерадикальности первой операции, что рецидивы в большинстве своем являются ложными, так как не все конкременты или их отломки извлекаются при первом вмешательстве. С. Д. Голигорский (1970) объясняет возрастающую частоту повторных операций стремлением хирургов к проведению органосохраняющих операций.

В Институте хирургии им. А. В. Вишневского с 1961 по 1970 г. наблюдалось 34 больных (14 мужчин и 20 женщин в возрасте от 9 до 67 лет) с рецидивным нефролитиазом. 15 больных были первично оперированы в других лечебных учреждениях и 19 — в Институте хирургии. У 9 больных были одиночные рецидивные камни, у 10 — множественные и у 15 — коралловидные; у 16 — правосторонние, у 7 — левосторонние и у 11 — двусторонние.

21 больной обратился в Институт хирургии с рецидивами камней после оперативного вмешательства на сроках от 2 мес. до 2 лет, 7 — от 3 до 5 лет и 6 — от 6 до 10 лет.

У больных выявлены следующие сопутствующие заболевания: холецистит, гепатит, язвенная болезнь — у 13, нарушения минерального и жирового обмена — у 5, дисфункция яичников, диабет, тиреотоксикоз — у 7, облитерирующий эндартериит нижних конечностей, стенокардия, инфаркт миокарда, стеноз митрального клапана — у 9, травмы, ожоги — у 14, пневмонии, экссудативный плеврит, туберкулез легких — у 5.

Мы фиксируем внимание на перенесенных и сопутствующих заболеваниях потому, что они могут иметь определенное значение как предрасполагающие факторы рецидивного камнеобразования.

За последние 5 лет под нашим наблюдением было 8 больных с глубокими ожогами 20—40% поверхности тела, осложненными нефролитиазом. Образование камней происходило в стадии септико-токсемии или ожогового истощения у больных с обширными вяло гранулирующими поверхностями, с микробной флорой на ранах и в моче типа гемолитического стафилококка, синегнойной палочки или протеуса, устойчивых ко всем антибиотикам. Для улучшения репаративных процессов этим больным назначали дополнительно гормонотерапию. Преднизолонотерапия сопровождалась ощелачиванием мочи и снижением функции коры надпочечников. 5 больным была произведена пиелоуретеролитотомия. Повторное образование камней прекращалось только после полного заживления ран и отмены преднизолона. По-видимому, решающим для образования мочевого камня у обожженных больных являлось наличие длительно не заживающих ран с обильной флорой типа синегнойной палочки, протеус вульгарис и гемолитического стафилококка, устойчивых ко всем антибиотикам, на фоне ощелачивания мочи преднизолоном и длительного постельного режима.

Основными симптомами рецидивного уролитиаза у наших больных были тупые ноющие боли в поясничной области, упорная лейкоцитурия, общая слабость, пониженный аппетит.

У повторно поступивших больных наряду с калкулезом отмечены явления пиелонефрита (у 27) и пионефроза (у 7).

В посеве мочи у больных выявлены гемолитический стафилококк (у 8), протеус вульгарис (у 16), синегнойная палочка (у 4), смешанная флора в симбиозе с протеом (у 6).

Протеус и стафилококк разлагают мочевины с образованием аммиака, что изменяет реакцию и химизм мочи. Щелочная реакция мочи вызывает быстрый рост камней-фосфатов, которые после оперативного удаления обычно рецидивируют.