

ЛЕЧЕНИЕ ПРОФУЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ПО ОПЫТУ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ АВТОРОВ

Е. П. Сведенцов

Кировский областной онкологический диспансер (главврач — В. Л. Ущекон, науч. руководитель — доктор мед. наук Н. С. Епифанов)

В литературе до настоящего времени отсутствует даже краткий исторический обзор работ отечественных авторов по лечению кровоточащей карциномы желудка.

Первую отечественную работу, где освещается вопрос о возможности обильных кровотечений на почве рака желудка, мы нашли в «Трудах С. Петербургского общества русских врачей» за 1836 г. Проф. С. Хотовицкий в своих «замечаниях» под заглавием «О протирании пищевого канала в медико-практическом и судебно-медицинском отношении», описывая карциному желудка («скirrosный нарост»), отмечает в клинической картине болезни наличие рвоты принятой пищей, смешанной первоначально «с вязкою, кислую слизью, а потом с буроватою, кровянистою, или черноватою массою». Далее подчеркивает, что у таких больных наступает «смерть от изнурения, сопровождаемого иногда водяною болезнью, или от кровотечения из разъединенных сосудов, либо... от протирания пищевого канала и излияния смеси его в брюшную полость, сопутствуемого своими припадками».

1/IV 1856 г. на заседаниях того же общества неизвестным автором было сделано аналогичное сообщение.

В 1889 г. в Таврическом медико-фармацевтическом обществе А. Л. Ярославский сообщил «Случай рака желудка, диагностированного после аутопсии». У больного 57 лет с диагнозом «Vitium cordis (stenosis valvulae mitralis)» появилось кровотечение per os и продолжалось весь день до полуночи, когда последовала смерть...». На вскрытии, помимо заболевания сердца, установлен «медуллярный рак желудка...». Рак желудка, сочетающийся с другими заболеваниями, и сейчас диагностируется с большим трудом.

М. П. Кончаловский в 1903 г. сообщил о попытке оперативного лечения осложненного рака желудка. У больного 37 лет, страдавшего раковым желудочно-ободочным свищем, после остановки кровотечения, проявившегося кровавой рвотой и меленой, проф. С. П. Федоровым произведена лапаротомия. Операция ограничилась лишь ревизией брюшной полости и наложением пектостомии, так как обнаруженная опухоль была неудалимой. Это, по нашим данным, первая в отечественной медицинской литературе операция, произведенная в холодном периоде по поводу кровоточащего рака желудка. Через несколько часов после нее больной умер.

Спустя 5 лет А. И. Бакунин публикует наблюдение кровоточащего рака привратника у мужчины 42 лет, которому в межоточном периоде наложено переднее желудочно-кишечное соустье. Гладкое течение до 16 дня, когда снова «возникло внезапное желудочное кровотечение. Больной уложен в постель; ему назначены лед, препараты висмута, морфий». Через сутки повторилась рвота кровью, а «на следующий день больной скончался при явлениях острого малокровия».

Первую удачную резекцию желудка в нашей стране по поводу кровоточащего рака в холодном периоде выполнил С. И. Спасокукоцкий в 1909 г. у больного 52 лет, у которого за 3 месяца до операции появилась упорная рвота кровью. В марте 1909 г. во время операции у этого больного возник сильный коллапс, заставивший ограничиться наложением желудочно-кишечного соустья. Была произведена биопсия лимфоузла малого сальника. Микроскопическое исследование дало картину рака. После операции боли, рвота, кровотечения не возобновлялись. 2/IV 1909 г. у больного иссечен привратник, пораженный раковой опухолью, по Бильрот II. Через 11 месяцев больной погиб от метастазов.

На высоте кровотечения впервые в нашей стране резекцию желудка (Бильрот I) при раке выполнил также С. И. Спасокукоцкий 29/X 1910 г. Операция была целенаправленной, с учетом, что у больного имеется раковая опухоль привратника, осложнившаяся профузным кровотечением и прободением. Больной скончался на 3 сутки «при явлениях нарастающей слабости».

Итак, если учесть, что первая резекция желудка в России выполнена М. М. Китаевским в 1881 г., то потребовалось почти 30 лет, чтобы хирурги решились на такое рискованное и ответственное оперативное вмешательство по поводу кровоточащего рака желудка, и тем более на высоте кровотечения.

В 1924 г. В. И. Иванов сообщает о 29 явных желудочных кровотечениях при раке желудка, из них 5 было обильных, «как при язве». В холодном периоде двум больным произведена пробная лапаротомия, одному наложена гастроеюностомия. Другие больные лечены консервативно.

В мае того же года на XVI съезде российских хирургов С. С. Кузьмин сообщил о резекции желудка по Бильрот II на высоте кровотечения из раковой язвы у больной

42 лет с благоприятным исходом. Он высказал мнение, что этот способ является «...единственно надежным средством остановки кровотечения из язвы». На препарате желудка больной обнаружена «канкротная язва с аррозированным небольшим сосудом». Больная была демонстрирована в Пироговском обществе в Ленинграде. Это первая удачная резекция желудка на высоте кровотечения при раке в истории отечественной медицины. Больная прожила 3 года 9 месяцев и умерла от метастазов.

В 1929 г. К. Г. Волкова и В. Д. Цинзерлинг впервые показали, что при злокачественных новообразованиях смертельное кровотечение возникает не в силу «врастания в стенку аорты, гесп. артерий, раковой опухоли, а вследствие некротизации их стенок». Последнее, по данным авторов, есть результат фузо-спирохетозной инфекции». В том же году Ф. И. Пожарский, при анализе 500 больных раком желудка, отметил у 23 смертельное кровотечение из опухоли (4,6%), подчеркнув, что раки из язв желудка «чаще кончаются перфорацией или обильным кровотечением». Н. Н. Аничков и С. С. Вайль на 378 случаев рака желудка указывают в 22 на смертельное кровотечение. А. А. Дикштейн среди 605 больных раком желудка нашел у 38 (6,3%) обильное кровотечение.

В 1938 г. А. Н. Крюков, указав, что частота обильных кровотечений в пищеварительный тракт «равняется приблизительно 3—5% раковых заболеваний желудка», высказался за принятие «экстренных мер оперативного характера» при таких геморрагиях.

В 1936 г. появилась работа С. С. Юдина «Принципы хирургического лечения острых желудочно-дуоденальных кровотечений», в которой автор сообщил о 6 больных раком желудка, осложненным профузным кровотечением, лечившихся консервативно с применением повторных переливаний крови.

В 1941 г. И. Л. Райгородский сообщил о 14 больных с профузными кровотечениями на почве рака желудка. 13 из них были лечены консервативно с применением трансфузий крови. Один больной умер после операции обшивания сосудов и гастроэнтероанастомоза. Автор придерживается консервативной тактики в лечении данного страдания.

В следующем году А. А. Бочаров сообщил о 60 больных кровоточащим раком желудка, что составило 5,8% всех больных карциномой желудка, поступивших в институт им. Склифосовского за 1928—1938 гг. Из них 16 были оперированы, почти все с предположительным диагнозом кровоточащей язвы. Резекция желудка была произведена 7 больным. Двое из радикально оперированных умерли. Другие больные лечены консервативно. Автор заключает: «Резекция желудка при раковом кровотечении редко бывает возможной, если же и проводится, то обычно является паллиативной. В большинстве случаев только повторные переливания крови выводят — и то не всех больных — из тяжелого состояния обескровливания».

Однако более четко и подробно хирургическая тактика при кровоточащем раке желудка была сформулирована в обстоятельном труде Б. С. Розанова, вышедшем из этого же института. Автор показал, что клиницисты профузные кровотечения раковой природы встречают в 3,9% всех желудочных геморрагий и что наиболее активные кровотечения с рвотами алой кровью наблюдаются при раках кардинального отдела желудка. Анализируя опыт института, автор сообщает, что в первые годы работы нередко теряли подобных больных от перитонита в результате ранней или поздней несостоятельности швов анастомоза. «Эти печальные уроки прошлого вскоре убедили нас, — заключает автор, — в нецелесообразности операций на раковых больных с кровотечением...» (стр. 83). В монографии аргументированы 2 положения: 1) необходимость ранней диагностики ракового желудочного кровотечения и 2) консервативное лечение его с последующей резекцией желудка в холодном периоде. Этой точки зрения на лечение профузных кровотечений при раке желудка придерживаются многие советские хирурги: А. С. Тарасова, В. Д. Братусь, Н. В. Боброва, Л. И. Казимиров, Е. Л. Березов и др.

Наряду с этой получила распространение и другая точка зрения, основоположником которой в нашей стране является С. С. Кузмин. Так, в 1948 г. М. Г. Зайцев (из клиники проф. А. Т. Лидского) высказался за активное вмешательство при кровоточащем раке желудка. Он сообщил о 7 больных карциномой, которые были оперированы по поводу профузного желудочного кровотечения. Трем больным произведена резекция желудка, у одного с хорошим исходом. Четверем — паллиативные операции.

В 1952 г. С. А. Суторихина (из клиники проф. Л. М. Ратнера) пришла к выводу, что при кровотечении из раковой опухоли желудка операция так же необходима и так же неотложна, как и у больных с кровоточащими язвами.

В 1953 г. С. В. Гейнац сообщает об угрожающих жизни геморрагиях у 4 больных раком желудка (3%) и у 5 больных малигнизированной язвой желудка. Последним произведена резекция желудка на высоте кровотечения. Из них трое прожили более 4 лет, двое погибли через 1 и 2 года. М. Г. Рудицкий, М. П. Попова и М. Г. Черная описали 2 наблюдения кровоточащего рака желудка. Одна больная, которой произведена резекция желудка после остановки кровотечения, прожила 2 года. К. Д. Иоакимис сообщил о 3 больных кровоточащей карциномой желудка. Двое из них были оперированы на высоте геморрагии. Один умер сразу после операции, другой — через 2 года.

В 1955 г. Н. В. Боброва привела данные о 17 больных с кровотечением при раке желудка. У одного больного произведена срочная субтотальная резекция желудка. Больной погиб. Автор, вопреки мнению С. А. Суторихиной, считает, что «кровотечения из раковых опухолей не имеют надежных признаков для дифференциальной диагностики их от язвенных...».

В 1957 г. В. И. Акимов и С. М. Бова вновь обратили внимание хирургов на рентгеноскопию желудка на высоте кровотечения с целью диагностики его этиологии — на метод, который впервые применил в нашей стране П. В. Сосновский (1937). Авторы на высоте кровотечения и вскоре после его остановки нашли у 11 больных рентгенологические признаки, характерные для рака желудка. Некоторым больным произведены тотальные и субтотальные резекции желудка.

А. В. Мельников сообщил, что на 1285 больных раком желудка кровавая рвота была у 53, из них 14 радикально оперированы, а черный кал наблюдался у 40, из которых 10 подверглись радикальному хирургическому лечению. Резекция желудка, по автору, является единственным рациональным способом лечения такого кровотечения.

Лучший отдаленный результат после радикального лечения кровотокающего рака желудка принадлежит Б. А. Королеву. После резекции части пищевода и гастрэктомии больной прожил 6 лет.

В последнее время лечению профузных кровотечений при раке желудка посвящены специальные работы ряда авторов.

Таким образом, советские хирурги для лечения профузного кровотечения при раке желудка используют две лечебные тактики: 1) консервативно-оперативную: остановка кровотечения лекарственными средствами, повторными трансфузиями крови и т. п., а затем после общеукрепляющего лечения — радикальная операция; 2) оперативную, имеющую целью частичную или тотальную резекцию желудка на высоте кровотечения. Первой в настоящее время придерживается подавляющее большинство отечественных хирургов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов А. А. Казанск. мед. ж. 1959, 4. — 2. Акимов В. И., Бова С. М. Нов. хир. арх. 1957, 1; Казанск. мед. ж. 1959, 4. — 3. Аничков Н. Н., Вайль С. С. Арх. пат. анат. и пат. физиол. 1935, 1. — 4. Бакунин А. И. Хирургия, 1908, XXIII. — 5. Березов Е. Л., Казимиров Л. И. Вест. хир. 1958, 1. — 6. Боброва Н. В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения и их лечение. Автореф. дисс. Воронеж, 1955. — 7. Бочаров А. А. Тр. хир. клин. ин-та им. Склифосовского, М., 1938; *Анналы ин-та Склифосовского*, М., 1942. — 8. Братусь В. Д. Острые гастродуоденальные кровотечения. Киев, 1955. — 9. Волкова К. Г., Цинзерлинг В. Д. Арх. биол. наук. 1929, 1. — 10. Гейнац С. В. В кн.: «Некоторые проблемы клинической хирургии», Медгиз, Л., 1953. — 11. Дикштейн А. А. Арх. пат. анат. и пат. физиол. 1935, 1; *Патологическая анатомия первичного рака желудка по секционным данным* г. Ростова-на-Дону за 20 лет (1916—1935), Ростов-н-Д., 1939; *Нов. хир. арх.*, 1939, 1. — 12. Зайцев М. Г. Тр. госп. хир. клин. Свердловск, 1948. — 13. Иванов В. Н. Сб. тр. научн. о-ва врачей юго-зап. кн. д. Киев, 1924. — 14. Кончаловский М. П. Мед. обозр. Москва, 1903. — 15. Крюков А. Н. Клин. мед. 1938, 9. — 16. Кузьмин С. С. В кн. «XVI съезд рос. хирургов», 1925. — 17. Мельников А. В. Клиника рака желудка. Медгиз, М., 1960. — 18. Пожарский Ф. И. *Вопр. онкол.* 1929, 3. — 19. Райгородский И. Л. *Врач. дело*, 1941, 5. — 20. Розанов Б. С. Профузные желудочные кровотечения язвенного характера и их хирургическое лечение. Медгиз, М., 1950. — 21. Рудницкий М. Г., Попова М. Н., Черная М. Г. В кн.: «Некоторые проблемы клинич. хирургии», Медгиз, Л., 1953. — 22. Сведенцов Е. П. Казанский мед. ж., 1958, 3; там же 1961, 4. — 23. Спасокукоцкий С. И. *Хир. арх.* 1912, 5. — 24. Суторихина С. А. Кровотокающие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и их лечение. Автореф. дисс. Свердловск, 1952. — 25. Хотовицкий С. Тр. СПб о-ва русск. врачей, 1, 73—136, СПб, 1836, 1. — 26. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. Медгиз, М., 1955. — 27. Ярославский А. Л. *Протоколы заседаний Таврического медико-фармацевтического общества за 1888—1889 гг. и приложения к ним*. Симферополь, 1890.

УДК 616—089.843—611.149—611.146

ОБРАТНЫЙ ПОРТОКАВАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ С НАПРАВЛЕНИЕМ ТОКА КРОВИ ИЗ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В ВОРОТНУЮ

Ф. Ш. Шарафисламов

Кафедра топ. анатомии и опер. хирургии (зав. — проф. Н. И. Комаров), 1-я кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) и лаборатория пат. анатомии (зав. — доц. Н. А. Ибрагимова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Нижняя полая вена нередко является объектом хирургического вмешательства при ее повреждениях и поражениях. Стенка нижней полой вены повреждается при тупых травмах и ранениях живота и поясничной области, при операции поясничной симпатэктомии, резекции печени и т. д. Однако наиболее частой причиной оперативного вмеша-