

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 гастроэктомии 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. ж. 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. Рудицкий М. Г., Попова М. Н., Черная М. Г. В кн.: «Некоторые проблемы клинической 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 русских врачей, 1, 73—136, СПб, 1836, 1. — 26. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. Медгиз, М., 1955. — 27. Ярославский А. Л. Протоколы заседаний Гаврического 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-

тельства на этой вене являются опухоли, исходящие из почек, надпочечников, параортальных параангилий и т. д. По литературным данным, около 13—15% опухолей почек прорастают в стенку нижней полой вены (С. П. Федоров, Израэль и др.). В случаях повреждения или поражения стенки нижней полой вены ниже места впадения почечных вен можно произвести даже самую простую операцию — перевязку ее. Эта операция как по данным литературы (В. А. Оппель, С. П. Федоров, А. К. Шипов, А. М. Марцинкевич и др.), так и нашим исследованиям не ведет к тяжелым последствиям, опасным для жизни. Когда повреждение или поражение стенки нижней полой вены находится выше места впадения почечных вен, перевязка ее в большинстве случаев заканчивается смертельным исходом как от нарушения кровообращения, так и от недостаточности функции почек (А. А. Ольшанецкий и В. М. Спасский, Ф. В. Судзиловский, А. К. Шипов, В. Х. Фраучи, Ф. Ш. Шарифисламов и др.). В клинической практике также утвердилось мнение, что перевязка нижней полой вены выше почечных вен является смертельной операцией.

Мы, изыскивая меры борьбы по предотвращению смертельных исходов после перевязки нижней полой вены выше почечных вен, решили провести опыты с наложением обратного портокавального анастомоза.

Задачей данного исследования является выяснение выживаемости животных и некоторых функциональных показателей печени и почек при отводе крови из нижней полой вены выше почечных вен в воротную вену печени.

Методика наложения и последствия прямого портокавального анастомоза или фистулы Экка с направлением тока крови из воротной вены в нижнюю полую изучены хорошо, и эта операция широко применяется в практической медицине при лечении портальной гипертензии.

Однако последствия обратного портокавального анастомоза с направлением тока крови из нижней полой вены в воротную мало изучены. Имеется очень небольшое количество работ зарубежных ученых с противоречивыми результатами. Чайльд, Мак-Дюно и Де-Рошер наложили обратный портокавальный анастомоз при помощи тefлоновой трубки, которая соединяла воротную вену с нижней полой веной выше диафрагмы. Нижняя полая вена перевязывалась ниже диафрагмы. Из 17 оперированных собак выжили лишь 5. У них был обнаружен небольшой асцит, они теряли в весе и по внешнему виду походили на собак с фистулой Экка. Саммерс, Малет и Ейзман считают, что обратный портокавальный анастомоз может быть совместим с жизнью лишь при перевязке нижней полой вены ниже надпочечных вен, а при перевязке выше надпочечных вен эта операция является смертельной ввиду шунтирования адrenal-венозного дренажа через печень, где гормоны надпочечников разрушаются.

Таузава считает, что эта операция является совместимой с жизнью.

Опыты нами проводились на собаках обоего пола, разного веса (3—15 кг) и возраста под промедол-эфирным наркозом. Анастомоз между воротной и нижней полой венами накладывался «бок в бок» вручную выворачивающим швом по Блеклок плетеной капроновой ниткой. Из стенки вен вырезывались кусочки овальной формы для предотвращения соприкосновения сшиваемых передних и задних губ. Анастомозы накладывались длиной в среднем 15 мм. Время наложения анастомоза составляло около 20 мин. После зажатия вен в кишечнике возникал небольшой венозный застой, который быстро исчезал после снятия зажимов. Нижняя полая вена перевязывалась или между надпочечными венами или выше обеих надпочечных вен.

Всего поставлено 13 опытов со сроками наблюдения от 10 дней до 5 месяцев. Все собаки операцию перенесли удивительно хорошо и никаких резких нарушений кровообращения не наблюдалось. На второй день после операции большинство собак вели себя активно. Отечности задних лап и мошонки у самцов не выявлялось. Некоторые собаки на второй день еще лежали, но на третий день также были активны. В дальнейшем общее состояние собак почти ничем не отличалось от здоровых. Среди оперированных были два щенка в возрасте 5 месяцев. Через месяц они прибавили в весе на 3 кг, а еще через месяц удвоили в весе.

В четырех опытах перевязка нижней полой вены производилась выше обеих надпочечных вен и, таким образом, основная масса венозной крови обоих надпочечников проходила через печень. У нас создалось впечатление, что эти собаки операцию перенесли чуть тяжелее, чем другие, у которых нижняя полая вена перевязывалась ниже правой надпочечной вены (левая надпочечная вена большей частью впадает у собак в левую почечную вену). Однако в дальнейшем эти собаки также ничем не отличались от здоровых и, видимо, у них не возникали гормональные нарушения.

Со стороны крови как в первые дни после операции, так и в последующие сроки наблюдения заметных отклонений от нормы не выявлено. В моче у всех собак постоянно обнаруживалось небольшое количество белка (0,165—0,33%), что, видимо, зависело от некоторого повышения давления крови в нижней полой вене и незначительного застоя в почках.

Венозное давление в воротной вене в норме выше, чем в нижней полой, и равняется в среднем 90—120 мм водяного столба. В нижней полой вене на уровне почечных вен оно равно 0—40 мм. После перевязки нижней полой вены и наложения портокавального анастомоза давление крови в обеих венах повышается, причем в нижней полой вене до 100—140 мм, а в воротной вене до 100—130 мм. Таким образом, давление крови в воротной вене остается почти в пределах нормы и заметные за-

стойные явления в кишечнике, селезенке и печени не отмечаются. Величина кровяного давления в этих венах к концу опыта была в тех же пределах.

Прижизненная вазография, произведенная через различные промежутки времени после операции, выявила у всех животных наличие преходимости анастомоза. При этом, на рентгено снимках были видны нижняя полая, воротная вена и тень печени (иногда внутривенные разветвления воротной вены). Наряду с этим контрастное вещество попадало в коллатеральные пути оттока крови из нижней полой вены. Наиболее постоянно выявлялись поясничные вены, внутрипозвоночные вены и непарная вена. Лучшее развитие получал коллатеральный путь: нижняя полая вена — четвертая поясничная вена — непарная вена. Этот путь оттока крови, видимо, является более коротким и выгодным для организма. Длинные коллатеральные пути, как-то: эпигастрально-маммарный, эпигастрально-межреберный и подвздошно-межреберный не расширялись. Прижизненной вазографией выявлено, что не вся кровь из заднего отдела туловища идет через анастомоз в печень, а часть идет через коллатеральные пути. Расширение коллатералей связано, очевидно, с фактом повышения давления крови в системе нижней полой вены.

Из 13 собак умершвлены 7, остальные оставлены на длительный срок наблюдения. Просвет анастомоза у всех 7 животных был удовлетворительным. У одной собаки анастомоз был наполовину закрыт тромбом, у трех сужен приблизительно на 40% и у трех — на 20%. В опытах со сроком наблюдения 3 недели и больше линия анастомоза была гладкая, блестящая и полностью эндотелизирована.

ВЫВОДЫ

1. Создание обратного портокавального анастомоза с направлением тока крови из нижней полой вены в воротную вену печени не ведет к резким нарушениям кровообращения, и организм животных эту операцию переносит хорошо.

2. Функция печени после создания обратного портокавального анастомоза не нарушается, однако в почках возникает умеренный застой крови, проявляющийся появлением белка в моче.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марцинкевичус А. М. Экспер. хир. 1960, 3. — 2. Ольшанецкий А. А. и Спасский В. М. Хирургия. 1953, 11. — 3. Судзиловский Ф. В. Арх. анат., гист. и эмбриол. 1956, 3. — 4. Шарафисламов Ф. Ш. Казанский мед. ж., 1962, 5. — 5. Фраучи В. Х. Тр. Саратов. мед. ин-та. 1957, т. VI. — 6. Child Ch. G., Mc Donough E. F., Des Rochers G. S. Reversal of hepatic Venous circulation in dogs. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1958, 99, N 3, 596. — 7. Summers W. B., Malette W. G., Eisman B. Metabolic effects of transposition on Hu portalvein and inferior Vena cava. S. Forum. 7: 429, 1956. — 8. Tatsuzawa T. Iuzenigakinai zasshi. I. Iuzen. Med. Soc. 1958, 60, 7, 1269.

УДК 618.174

ЛЕЧЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНОМ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Н. Е. Сидоров и К. Ф. Залевская

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Частой формой маточных геморрагий являются дисфункциональные кровотечения. Эти кровотечения наблюдаются и в пубертатном, и климактерическом возрасте, и в периоде половой зрелости (А. А. Лебедев). Клинический опыт убеждает, что последние в практике встречаются не так редко и для лечения представляют иногда трудную задачу.

Неясность этиологии дисфункциональных кровотечений обусловила разнообразие методов лечения. Часто применяют гормоны передней доли гипофиза, яичников, семенников. При назначении андрогенов учитывают факт выработки яичниками вирильных гормонов, участвующих в регуляции овариально-менструального цикла. Большую роль играют лютеинизирующий гормон и андроген (А. А. Лебедев). Из андрогенов наиболее эффективным считается тестостерон-пропионат, обладающий тормозящим действием на менструальный цикл. Он подавляет развитие и созревание фолликулов и желтого тела, частично приводит к атрофии слизистой оболочки матки.