

Таким образом, исследования показали, что у шовной полосы следует сохранять функционирующий прямой сосуд, вступающий в стенку кишки в зоне анастомоза. Наружный шов необходимо располагать в непосредственной близости от этого прямого сосуда, поскольку при увеличении расстояния от него до резекционной линии возрастает опасность несостоятельности швов вследствие нарушений кровообращения. Оптимальным для предупреждения несостоятельности швов является кровоснабжение шовной полосы за счет двух смежных нелигированных сосудов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. Л., Медицина, 1970.— 2. Сигал З. М. Исследование кровяного давления и кровотока в интрамуральных сосудах кишечника и других полых органах во время операции. Автореф. докт. дисс., Казань, 1977.— 3. Сигал М. З. Трансиллюминация при операциях на полых органах. М., Медицина, 1974.— 4. Сигал М. З., Лисин А. И. Устройство для измерения кровяного давления в сосудах полых органов. Официальный бюллетень Комитета по делам изобретений и открытий при Совете Министров СССР, 1972, 36, 17.— 5. Goligher J. C., Graham N. G., De Dombal F. T. Brit. J. surg., 1970, 57, 2.

Поступила 31.07.85.

УДК 616.33—006.6—089—082.8

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

А. С. Абдуллин, Ф. Ш. Ахметзянов, А. А. Самигуллин, З. Н. Шемеунова,  
В. А. Аринин, В. М. Каценельсон, А. В. Муравьева, И. В. Федоров

*Курс онкологии (зав.—доц. А. С. Абдуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Казанский городской клинический онкологический диспансер (главврач—Ф. М. Хайруллин)*

Рак желудка остается актуальной проблемой современной онкологии. Несмотря на определенные успехи в развитии хирургии рака желудка, отдаленные результаты лечения остаются неудовлетворительными. Пятилетняя выживаемость после радикальных операций колеблется от 10 до 42,8% [1—3, 9—12].

Нами проанализированы отдаленные исходы лечения 217 больных (мужчин — 126, женщин — 91), перенесших радикальные операции по поводу рака желудка с 1972 по 1976 г. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 39 лет было 14 больных, от 40 до 49 — 52, от 50 до 59 — 52, от 60 до 69 — 80, старше 70 лет — 19. Самому молодому больному было 28 лет, пожилому — 76. Большинство больных (185) были оперированы в III стадии заболевания, II стадия была констатирована у 27 человек, IV — у 5.

Среди радикально оперированных субтотальная резекция выполнена 104 больным (у 29 из них она была комбинированной), гастроэктомия — 112 (у 58 из них она также была комбинированной), проксимальная резекция желудка — одному больному. Все операции производились чрезбрюшинным доступом с использованием ранорасширителей М. З. Сигала — К. В. Шабанова (РСК-10).

При выборе вида и объема резекции учитывали анатомическую форму, локализацию и распространенность опухолевого процесса. В удаляемый блок включали лимфатические узлы I и II этапов лимфооттока по А. В. Мельникову [7].

Общая послеоперационная летальность составила 9,2% (20 больных), после дистальных субтотальных резекций — 1,9% (2 из 104 оперированных), гастроэктоми — 15,2% (17 из 112 больных). Одна больная умерла после проксимальной резекции желудка.

Отдаленные исходы прослежены у 169 больных, судьба 28 человек неизвестна. Более 5 лет прожили 59 больных, что составляет 27,2% к числу оперированных, 29,9% — к числу выписанных. 74 из остальных 110 больных умерли в первые два года после операции.

В литературе приведено достаточно много данных о зависимости отдаленных результатов лечения рака желудка от ряда факторов: пола, возраста, длительности заболевания, степени истощения больного, наличия пальпируемой опухоли и стеноза, стадии процесса, локализации, анатомической формы, гистологической структуры, наличия регионарных метастазов, прорастания серозной оболочки, объема резекции

и др. [5, 6, 8, 13]. В продолжительности жизни больных после перенесенной операции каждый из этих факторов, безусловно, играет определенную, но далеко не равнозначную роль.

Нами проведен анализ продолжительности жизни больных в зависимости от объема резекции, стадии процесса, локализации опухоли, анатомической формы и гистологической ее структуры.

После субтотальной дистальной резекции 5 лет жили 37 больных, что составляет 36,3% к выписанным. При гастроэктомиях пятилетняя выживаемость равнялась 23,2% (22 больных). Попытка противопоставить показатели отдаленных исходов как при дистальных резекциях, так и гастроэктомиях была бы неправильной, поскольку эти операции выполнены у больных с различными исходными данными. Так, гастроэктомии были произведены при локализации рака в кардиальном отделе желудка или при его тотальном поражении, а также при инфильтративных анатомических формах рака. К дистальной же резекции прибегали при поражении антрального отдела и, как правило, при более локализованных формах рака. Для выбора объема резекции представляется важным определение степени распространения опухолевого процесса. С этой целью в необходимых случаях мы исследуем стенки желудка в проходящем свете.

Эффективность хирургического лечения рака желудка во многом зависит от стадии заболевания. По нашим наблюдениям, пятилетняя выживаемость при II стадии составляла 44,4% (12 из 27 больных), III стадии — 25,4% (47 из 185 больных).

Отделенная зависимость отдаленных результатов лечения рака желудка выявлена и от локализации процесса. Так, при раке антрального отдела желудка 5 лет жили 44 (40,4%) из 109 больных, кардиального отдела — 3 (21,4%) из 14, тела желудка — 7 (24,1%) из 29; при тотальном поражении ни один больной не дожид до пятилетнего срока.

При анализе отдаленных результатов лечения рака желудка в зависимости от анатомической формы опухоли установлено, что при блюдцеобразном раке 5 лет жили 32 (38,5%) из 83 больных, при полипообразном — 5 (60,2%) из 8, при диффузно-инфильтративном — 1 (6,2%) из 16.

Относительно более благоприятными оказались исходы у оперированных по поводу аденокарциномы — 35,6% (26 из 73 больных) и смешанной формы рака — 38% (16 из 42 больных). При слизистом раке 5 лет прожили только 12,5% (2 из 16 больных).

Особенно интересны данные об отдаленных исходах лечения рака, развившегося из язвы и полипа. Такие материалы за последние годы опубликованы лишь отдельными авторами [4]. Вопрос о биологических особенностях рака, возникшего в процессе злокачественной трансформации язв и полипов, представляет практический интерес, в частности для определения объема хирургического вмешательства.

К раку из язвы и полипа мы относили случаи, когда гистологически четко выявлялись два совмещающихся процесса: полип и рак, язва и рак. В каждом случае рака из язвы или полипа для гистологических исследований брали в среднем 16 биоптатов. В онкологическом диспансере с 1965 по 1981 г. под наблюдением по поводу рака желудка из язвы и полипа находились 82 человека. Среди оперированных сравнительно велико число больных с поражениями слизистой (34 чел.) и подслизистой (27) оболочек.

Некоторые авторы все случаи рака из полипов и язв относят к начальным карциномам [7]. Однако рак на этом фоне может быть и начальным, и далеко не ограниченным процессом. У 21 больного был поражен и мышечный слой, у 6 человек обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Злокачественная трансформация язв и полипов выявлена в основном у лиц в возрасте старше 50 лет (61 чел.), до 40 лет было 7 больных. Установлено, что рак из язвы развивается чаще у мужчин (31 из 44 больных), рак из полипа — одинаково часто как у мужчин, так и у женщин (по 19 больных). Рак из полипа и из язвы локализуется преимущественно в области антрального отдела (71,9%) и тела (24,3%) желудка. В 3 наблюдениях были отмечены злокачественные превращения при кардиальной локализации. Естественным следует считать преобладание карцином из полипов железистых форм (у 32 человек). Ни у одного из этих больных не было выявлено скirroзных карцином, в то время как при раке из язвы отмечено 7 случаев скirroзного рака.

Поражение только слизистой оболочки было обнаружено у 3 больных с раком из язвы и у 31 с раком из полипа, слизистого и подслизистого слоев — соответственно у 21 и у 6, мышечного слоев — у 20 и 1. В последнем случае пенетрации метастазы наблюдались у 6 больных, из них у 4 при раке из язвы и у 2 — из полипа.

Субтотальные резекции были выполнены у большинства больных (72), гастроэктомию — у 6, иссечение стенки желудка вместе с малигнизированным полипом — у 4.

В ближайшем послеоперационном периоде умерло 3 (3,7%) больных. Прослежена судьба 79 больных, в том числе 42 с раком из язвы и 37 с раком из полипа.

Из 42 больных, перенесших операции по поводу рака из язвы, живы 34, из них 19 жили более 5 лет. Умерли до пятилетнего срока 8 больных. Из 37 оперированных по поводу рака из полипа живы 35, из них 25 человек жили более 5 лет. Не дожили до пятилетнего срока 2 больных.

При раке из язвы и из полипа с поражением желудка в пределах слизистой оболочки все оперированные больные живы. Умерли 4 человека с поражением слизистой и подслизистой оболочек и 6 — слизистого, подслизистого и мышечного слоев. Таким образом, эта форма рака при поражениях слизистого и подслизистого слоев сохраняет особенности, свойственные начальной карциноме.

## ВЫВОДЫ

1. Отдаленные результаты лечения рака желудка зависят от стадии, анатомической формы, гистологической структуры, локализации процесса.

2. Лучшие результаты получены при I и II стадиях заболевания, полипообразной (62,5%) и блюдцеобразной (38,4%) формах рака, аденокарциноме (35,6%), смешанной гистологической структуре (38%), антральной локализации (40,4%).

3. Рак из язвы и рак из полипа выявляются чаще при поражении только слизистой и подслизистого слоев, что связано с диспансеризацией больных с язвенной болезнью и полипозом желудка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аскерханов Р. П., Мартыненко Н. Г. В кн.: Рак желудка. М., 1977.—
2. Березов Ю. Е. Хирургия рака желудка. М., Медицина, 1976.—
3. Клименков А. А., Летягин В. П. В кн.: Материалы: III Всесоюзного съезда онкологов. Ташкент, 1979.—
4. Клименков А. А., Фридман Е. Г., Поддубный Б. К. и др. Хирургия, 1981, 4, 13.—
5. Кукош В. И., Бударина Е. М. Вестн. хир., 1974, 6, 36.—
6. Медведев В. П. Там же, 1974, 6, 40.—
7. Мельников Р. А. В кн.: Материалы II Всероссийского съезда онкологов. М., 1980.—
8. Олина И. И., Франкфурт Л. А. Вспр. онкол., 1976, 10, 97.—
9. Русанов А. А. В кн.: Рак желудка. М., 1977.—
10. Cartia Q., Quaranta Z., Zucchini L., Galgano E. Minerva med., 1977, 68, 22.—
11. Kenter J. A. L., Zmaveking A. Arch. chir. neer., 1975, 27, 2.—
12. Ruggiero R. P., Fisher Sh. C. J. Surg. Oncol., 1982, 20, 2.—
13. Urban A., Rogal A. Patol. pol., 1982, 32, 3.

Поступила 03.07.85.

УДК 616.13/.16+616.839]—02:616.153.45

## ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

*М. Ф. Исмаилов, Р. И. Аляветдинов, Л. М. Султанова, Г. Р. Яруллина*

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский), кафедра эндокринологии (зав.— проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Одним из характерных клинических признаков поражения гипоталамуса является сочетание вегетососудистых и эндокринных нарушений с расстройством многих видов обмена — жирового, белкового, углеводного и др. [3, 5, 10]. Мы не встретили в доступной литературе данных об исследовании углеводного обмена у детей и подростков с церебральными вегетососудистыми синдромами без клинических признаков дисфункции нейроэндокринного аппарата. Имеющаяся литература посвящена преимущественно характеристике углеводного обмена у детей с избыточной массой тела [4, 6, 7].

Целью данной работы было изучение углеводного обмена у детей и подростков пубертатного возраста, страдающих вегетативными нарушениями.