

В рецензируемой монографии, принадлежащей одному из пионеров грудной хирургии, подытожены данные многолетней работы автора и руководимого им коллектива по хирургии пищевода.

Первое издание монографии, напечатанное Медгизом в 1954 г. тиражом 20 000, получило благоприятную оценку советских хирургов.

Второе издание резко отличается от первого. Значительно переработана первая часть — хирургическое лечение рака пищевода и кардии. Кроме того, освещаются две новые проблемы — кардиоспазм и рубцовые стенозы пищевода.

Автор одним из первых среди советских хирургов широко применил в грудной хирургии учение И. П. Павлова о регуляторных механизмах кровообращения. Результаты экспериментов И. П. Павлова с перерезкой блуждающих нервов в сочетании с кровопусканием подтвердились при операциях на пищеводе, что дало возможность автору предвидеть, в какие этапы резекции пищевода происходит максимальное падение АД, и выработать физиологически обоснованные мероприятия в борьбе с этим состоянием (стр. 19, 27, 28).

Равным образом, в свете учения И. П. Павлова в работе освещен вопрос о перестройке функции желудочных желез после операций на пищеводе. При этом установлено, что функция желез желудка постепенно восстанавливается, улучшается и процесс пищеварения.

После радикальных операций на пищеводе, сопровождающихся перерезкой блуждающих нервов, некоторое время наблюдается значительное нарушение нейроморальной регуляции пищеварения. Это нарушение со временем ослабевает, деятельность желудочных желез почти полностью восстанавливается. Лишь качественный состав желудочного сока стойко остается недостаточным — низкое содержание свободной соляной кислоты и общей кислотности.

Исследование функции желудочных желез в динамике и в различные сроки после операции дало возможность автору выработать рациональную диету для пациентов, перенесших радикальную операцию по поводу рака пищевода.

Исторический обзор развития хирургии пищевода (стр. 46—68) написан кратко и выразительно. Достойное место отводится нашим соотечественникам (И. И. Насилов, В. Д. Добромислов, А. Г. Савиных), которые внесли большой вклад в разработку методов хирургии пищевода.

Глава «Анатомо-топографическая характеристика пищевода» (стр. 93—112) изложена конкретно и последовательно. Особое внимание читателя фиксируется на источниках кровоснабжения пищевода, что для хирурга имеет особое значение. Учитывая, что одним из частых осложнений после внутригрудного эзофагогастроанастомоза является недостаточность соустья вследствие некроза стенки пищевода, было всесторонне изучено сегментарное строение кровоснабжения пищевода и установлены наиболее безопасные места резекции пищевода в зависимости от кровоснабжения.

В клинических главах «Симптоматология и диагностика рака пищевода», «Показания и противопоказания к удалению рака пищевода» достаточно подробно освещаются современные взгляды хирургов. Приведены убедительные иллюстрации (30—34), характеризующие дифференциальную диагностику описываемого заболевания. Однако ранний диагноз устанавливается редко, и операбельность больных не превышает 40—50%.

Одним из положений для раннего выявления рака пищевода автор справедливо выдвигает улучшение поликлинической помощи и оснащение поликлиник необходимыми средствами диагностики, а также усиление просветительной работы среди населения.

При определении операбельности автор держится прогрессивных взглядов и ставит достаточно широкие показания к радикальным вмешательствам, проводя тщательную предоперационную подготовку больных.

В главе «Обезболивание» рассматриваются два основных метода — местная инфильтрационная анестезия и интратрахеальный наркоз с современными модификациями. К сожалению, автор не приводит сравнительных данных исходов оперативных вмешательств в зависимости от метода обезболивания и оставляет вопрос открытым, какой из методов имеет преимущества и должен применяться на практике. Однако в грудной хирургии автор отдает предпочтение интратрахеальному наркозу.

В главе «Принципы оперативных вмешательств на пищеводе» (стр. 163—199) дается обоснование тому или иному хирургическому доступу к пищеводу или кардии в зависимости от локализации опухоли. Автор предпочитает трансторакальный доступ. Убедительно звучит предложение автора заканчивать операцию эзофагоэноанастомозом по принципу «конец в бок» (рис. 39—42), который почти никогда не сопровождается недостаточностью соустья вследствие хорошей адаптации сшиваемого отрезка пищевода со стенкой тощей кишки и высокой герметичности шва (стр. 184), тогда как эзофагогастроанастомоз нередко способствует некрозу стенки либо желудка, либо пищевода и образует недостаточность соустья, которая в большинстве случаев оканчивается летально.

Что касается оперативного доступа для резекции средней части пищевода, то при раковом заболевании автор защищает методику полной экстирпации грудного отдела пищевода с последующим восстановлением пищеварительного тракта антерокальной пластикой.

Еще в 1954 г. автор выступил с предложением удалять рак пищевода средней трети правосторонним доступом и изложил оригинальную методику обработки культуры дистального отдела пищевода. В настоящее время хирургическая тактика, описанная А. А. Полянцевым, признана и широко применяется в практике хирургов.

В главе «Состояние больного во время операции на пищеводе и послеоперационном периоде» (стр. 221—237) изложены этапы операции, когда состояние оперируемого становится более угрожающим. Автором подчеркивается, что важным показателем состояния оперируемого является венозное давление, повышение которого указывало на застойные явления в малом кругу кровообращения, что давало основание воздерживаться как от переливания крови, так и от введения изотонических растворов.

Тщательно разработана глава — ошибки, опасности и осложнения как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Обширный статистический материал приведен в главе «Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных раком пищевода и кардии» (стр. 267—280). Автор поступил правильно, что отдельно привел статистические данные оперированных больных на грудном отделе пищевода и кардии.

С сожалением нужно констатировать, что послеоперационная летальность еще весьма высокая.

Отдаленные исходы после радикальных операций на грудном отделе пищевода и кардии как у советских хирургов, так и у зарубежных мало утешительны.

Автор правильно заключает, что дальнейшая борьба с раком пищевода должна развиваться по пути сочетания различных методов терапии, в частности лучевой терапии, с последующей операцией. Ранняя диагностика — вот ключ к успешному лечению больных раком пищевода.

Второй проблемой, которая рассматривается в монографии, является своеобразное заболевание, именуемое кардиоспазмом (стр. 280—380). Автор уделяет много внимания нейрогенной теории происхождения этого страдания. Приводятся убедительные факты в пользу этой теории.

На основании исследований автор справедливо утверждает, что хирургические методы лечения кардиоспазма не являются патогенетической терапией, а только устраняют симптом дисфагии, локализующийся в области кардии.

В главе «Лечение кардиоспазма» (стр. 304—351) подробно рассматриваются консервативные и оперативные методы лечения. Из оперативных методов автор применял главным образом обходной эзофагогастроанастомоз. Послеоперационной летальности не было, что свидетельствует о безукоризненной хирургической технике автора.

Казалось бы, после солидной монографии С. С. Юдина о восстановительных операциях на пищеводе после его ожога трудно внести что-либо новое в главу о рубцовых стенозах пищевода. Однако автор применил новые методы оперативного лечения названного заболевания.

Автором выполнено восстановительных операций по созданию искусственного пищевода 65 больным. Почти половина больных оперирована внутригрудным доступом.

Особого внимания заслуживает детально разработанный оригинальный способ автора — высокий обходной эзофагогастроанастомоз с помощью желудка как лево-, так и правосторонним чресплевральным доступом. Показанием для выбора доступа был уровень стеноза пищевода.

Литературный указатель монографии составлен с большой полнотой и достаточно хорошо выверен. Но в тексте книги встречаются редакторские погрешности. Например, предисловие ко второму изданию, вследствие невнимания редактора, разделено текстом первого издания. Рисунок 35 (стр. 144) напечатан в перевернутом виде и плохого качества. В таблице 17 (стр. 269) допущена грубая ошибка в подсчете итоговых данных наблюдений автора, где вместо цифр 163, 132, 31 должны быть 214, 164, 50. На странице 319 в пятом абзаце указывается, что произведена операция Гейровского, на самом деле — операция Геллера.

В заключение следует сказать, что книга А. А. Полянцева — ценное руководство по важнейшим заболеваниям пищевода. Монография написана хорошим литературным языком, снабжена большим иллюстративным материалом, нужна и полезна особенно для хирургов, посвятивших себя изучению грудной хирургии.

Проф. Н. В. Соколов
(Казань)