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 нелigatedированных сосудов.

ЛИТЕРАТУРА


Поступила 31.07.85.

УДК 616.33—006.6—089—082.8

ОТДЕЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

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

Курск онкологи (зав.—доц. А. С. Абдуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Куратова, 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, отделенные результаты лечения остаются неудовлетворительными. Пятилетняя выживаемость после радикальных операций колеблется от 10 до 42,8% (1—3, 9—12).

Нами проанализированы отделенные исходы лечения 217 больных (мужчин—126, женщин—91), перенесших радикальные операции по поводу рака желудка с 1972 по 1976 г. По возрасту больные распределились 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 чрезвычайным доступом с использованием рано-расширителей 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), гастроэктомий — 15,2% (17 из 112 больных). Одна больная умерла после проксимальной резекции желудка.

Отделенные исходы прослежены у 169 больных, судьба 28 человек неизвестна. Более 5 лет прожил 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 отделенных результатов лечения рака желудка от ряда факторов: пола, возраста, длительности заболевания, степени истошения 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 ое-
рации 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 выписаным. 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, гастро-
эктомия были произведены при локализации рака в кардиальном отделе желудка
или при его тотальном поражении, а также при инфильтрационных 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 про-
ходящем свете.

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

Определенная зависимость отдаленных результатов лечения рака желудка выяв-
lena и от локализации процесса. Так, при резекции 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 дожил
do пятилетнего срока.

При анализе отдаленных результатов лечения рака желудка в зависимости от
анатомической формы опухоли установлено, что при бледнооблакованом 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 по-
воду аденоактиномы — 35,6% (26 из 73 больных) и смещенной 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 отдель-
ными авторами [41]. Вопрос о биологических особенностях рака, возникшего в про-
цессе злокачественной трансформации язв и полипов, представляют практический
интерес, в частности для определения объема хирургического вмешательства.

К раку из язвы и полипа мы относили случаи, когда гистологически четко вы-
являлись 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 опериров-
ванных сравнительно велико число больных с поражениями слизистой (34 чел.)
и подслизистой (27) оболочке.

Некоторые авторы все случаи рака из полипов и язв относят к начальным карци-
номам [7]. Однако на этом фоне может быть и начальным, и далеко не огра-
ниченным 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 язв развивается чаще у мужчин (31 из 44 больных), рак из полипа —
odinаково часто как у мужчин, так и у женщин (по 19 больных). Рак из полипа
и из язв локализуется преимущественно в области антрального отдела (71,9%)
и тела (24,3%) желудка. В 3 наблюдениях были отмечены злокачественные превра-
щения при кардиальной локализации. Естественным следует считать преобладание
карцином из полипов желудочных форм (у 32 человек). Ни у одного из этих боль-
ных не было выявлено скипидарных карцином, в то время как при раке из язвы
отмечено 7 случаев скипидарного 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 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), гастрэктомия — 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 из жизни 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, аденоакарциноме (35,6%), смешанной гистологической структуре (38%), антральной локализации (40,4%).

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

ЛИТЕРАТУРА


Поступила 03.07.85.

УДК 616.13/.165-616.8391—02:616.153.45

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

М. Ф. Исмагилов, Р. И. Аляевдинов, Л. М. Султанова, Г. Р. Яруллина

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Я. Ю. Попелянский), кафедра эндокринологии (зав.—проф. В. В. Талантов) Казанского университета 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 — гормонального, 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.