

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ТЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Б. Н. Богатырев

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (и. о. зав.— доц. Ш. Х. Байбекова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Рядом исследователей отмечено снижение воспалительных реакций у больных со злокачественными заболеваниями, при этом изменения затрагивают все фазы воспаления [11, 13, 16, 17]. Работ, посвященных изучению воспалительных реакций у больных, страдающих раком желудочно-кишечного тракта, в доступной литературе мы не нашли.

Для изучения этого вопроса нами обследовано 77 больных, которых мы разделили на 3 группы, 1-я гр. включала 25 больных, страдавших раком желудка II—III ст. (средний возраст больных — 44,8 г.), 2-я гр. — 17 больных с IV ст. (средний возраст — 62 г.), 3-я, контрольная группа, — 35 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (средний возраст — 42 г.). Больным 1 и 3-й гр. произведены резекции желудка, 2-й гр. — лапаротомии или гастростомии.

Известно, что каждая операция является тканевой травмой, вызывающей ту или иную воспалительную реакцию. О степени активности воспалительного процесса мы судили по содержанию в сыворотке крови сиаловых кислот и С-реактивного белка (СРБ). Многие авторы отмечают, что эти показатели более точно и четко отражают остроту и тяжесть воспалительного процесса [1, 3, 4, 7, 12 и др.].

Сиаловые кислоты и С-реактивный белок исследовали до операции и через 1, 3, 5, 10 суток после нее. Содержание сиаловых кислот определяли по методу Гесс и сотр. (1957), СРБ — по методу Свайфт и др. в модификации П. М. Пашинина (1961). Результат оценивали как слабоположительный при высоте преципитата в капиллярной трубке 1 мм, положительный — при высоте 2—3 мм, резко положительный — при высоте 4 мм и выше.

У страдающих раком желудка наблюдается увеличение сиаловых кислот в сыворотке крови и чаще встречается положительная реакция на СРБ. Степень их увеличения и частоты прямо пропорциональна тяжести и распространению злокачественного процесса.

Полученные данные согласуются с результатами других авторов [2, 5, 6, 8, 14, 15]. Через сутки после операции у всех больных наблюдается повышение сиаловых кислот в сыворотке крови на 15—20%. Через 3 суток у больных контрольной группы их количество увеличивается на 41,9%, а у страдающих раком желудка II—III ст. только на 24,4%, IV ст. — на 11,2%. Затем у больных, оперированных по поводу язвы, происходит снижение сиаловых кислот и на 10-е сутки после операции оно статистически достоверно ($P < 0,05$). У больных, оперированных по поводу рака желудка, количество сиаловых кислот в сыворотке крови через 5 и 10 суток после операции продолжает оставаться почти таким же, как и через 3 суток ($P > 0,05$).

При сравнении среднего количества СРБ в соответствующие сроки наблюдения с дооперационным показателем установлено увеличение СРБ в сыворотке крови больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 4—4,6 раза через сутки после операции, а у больных, страдающих раком желудка II—III ст., — только в 2,2—2,4 раза. Еще медленнее нарастает титр СРБ при раке желудка IV ст. (в 1,7—2 раза). Титр продолжает удерживаться в течение первых 5 суток после операции. На 10-е сутки у больных, оперированных по поводу язвы, наблюдается достоверное снижение СРБ в сыворотке крови ($P < 0,05$). У больных, страдающих раком желудка II—III—IV ст., концентрация его в сыворотке крови продолжает оставаться на прежнем уровне ($P > 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Установлено более медленное нарастание количества сиаловых кислот и СРБ в сыворотке крови у больных, оперированных по поводу рака желудка, по сравнению с больными, оперированными по поводу язвенной болезни.

2. Выявлено снижение через 10 суток после операции уровня сиаловых кислот и СРБ у больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. У больных, оперированных по поводу рака желудка II—III—IV ст., в те же сроки количество сиаловых кислот и титр СРБ в сыворотке крови продолжают оставаться повышенными и не имеют тенденции к снижению.

3. Таким образом, у больных, страдающих раком желудка, наблюдается снижение интенсивности воспалительной реакции после операции и удлинение ее во времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Е., Ахмеров С. Ф. Клин. мед., 1962, 6.—2. Вольфсон Т. И., Шевченко И. А. Лаб. дело, 1962, 6.—3. Воробьева А. И. Тер. арх., 1957, 8.—

4. Ключарева С. Г. В сб.: Мат. обществ. научн. конф., посвящен. 40-лет. со дня основания ТАССР. Казань, 1960, 10.— 5. Кухта В. К. Здравоохран. Белоруссии, 1963, 6.— 6. Нарубанов П. К. Клинич. мед., 1965, 7.— 7. Пашинин П. М. Лаб. дело, 1961, 5.— 8. Подильчак М., Карпюк С. Neoplasma, 1963, 2.— 9. Салямон Л. С. VIII Международный противораковый конгресс. 1963, т. 2.— 10. Смирнова А. М. Лаб. дело, 1966, 11.— 11. Сорокин Н. М. Мат. юбилейн. научн. конф. Казань, 1967.— 12. Шакирзянова Р. М. Казанский мед. ж., 1960, 2.— 13. Blaupin Od. Compt. rend. Soc. Biol., 1963, 157, 1090.— 14. Comino E., Piccotti F., Fian-desio D. Minerva med., 1961, 52, 67—68, 2839.— 15. Gabor Miklos, Pinkovich Istvan, Szegvary Menyhert. Magyar onkol., 1964, 8, 1, 29.— 16. Huth E. Mschr. Kinderheilk., 1962, 110, 3, 191.— 17. Perilline P. J. Clin. Investig., 1964, 43, 3, 425.— 18. Ross I., Böhm P. Klin. Wschr., 1957, 33, 7, 351.

УДК 611.381—611.33—611.37

ЖЕЛУДОЧНО-ПОДЖЕЛУДОЧНЫЕ СВЯЗКИ ЧЕЛОВЕКА

Проф. В. Х. Фраучи

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В 1946 г. в докторской диссертации мы описали желудочно-поджелудочные связки. Как часто бывает, уже повседневная деятельность хирургов, производящих операции на желудке, подготовила почву для описания этих связок. Так, в работе В. Л. Астрахана, посвященной описанию десерозированных полей желудка, автор уже называет брюшину, фиксирующую желудок к поджелудочной железе, желудочно-поджелудочной связкой, но не дает описания этого образования. Большой знаток связочного аппарата брюшной полости К. П. Сапожков также упоминает о желудочно-поджелудочной связке. Учитывая, что в том периоде количество обширных резекций по поводу злокачественных новообразований желудка все возрастало и требовались более детальные знания вариационной анатомии связочного аппарата, мы и провели изучение желудочно-поджелудочных связок на 500 трупах. В этой работе были описаны три связки: желудочно-поджелудочная — между левой половиной тела поджелудочной железы и задней стенкой желудка, привратниково-поджелудочная — между выводным каналом желудка и головкой поджелудочной железы и, в случае слияния этих двух связок, — непрерывная желудочно-поджелудочная связка, полностью разгораживающая сальниковую сумку на два этажа: полость малого сальника, sacum omenti minoris, и желудочно-поджелудочный мешок, saccus gastropancreaticus. Этим связкам нами были даны и соответствующие латинские наименования: lig. gastropancreaticum, lig. pyloropancreaticum, lig. gastropancreaticum completum.

И. А. Стешенко в своей докторской диссертации, вышедшей из нашей кафедры (1967), подвергла дальнейшему изучению вопрос о желудочно-поджелудочных связках. В результате исследования она установила непрерывный морфологический вариационный ряд из малозаметных переходов от изолированных и далеко отстоящих друг от друга желудочно-поджелудочной и привратниково-поджелудочной связок до непрободенной непрерывной желудочно-поджелудочной связки. В последнем случае образуется полная изоляция полости малого сальника, sacum omenti minoris, от желудочно-поджелудочного мешка, saccus gastropancreaticus. При окончатых формах непрерывной связки сообщения между этими этажами сальниковой сумки сохраняются в разной степени: при решетчатой связке может просочиться в желудочно-поджелудочный мешок жидкий выпот из полости малого сальника; при одно-, двух- и трех-окончатой формах связки туда могут проникнуть в результате прободной язвы и плотные кусочки желудочного содержимого; при изолированных желудочно-поджелудочной и привратниково-поджелудочной связках в зависимости от положения тела больного при тех же условиях может свободно переместиться из одного этажа сальниковой сумки в другой все желудочное содержимое.

Все эти данные, конечно, весьма важны для хирурга, производящего операции на желудке.

Изучение вариационной анатомии желудочно-поджелудочной и привратниково-поджелудочной связок позволило установить четкий вариационный морфологический ряд этих связок:

1. Lig. gastropancreaticum parvum — малая желудочно-поджелудочная связка;
Lig. pyloropancreaticum parvum — малая привратниково-поджелудочная связка;
Foramen gastropancreaticum magnum — большое желудочно-поджелудочное отверстие.