

мов ЦНС, способствующая незначительным колебаниям содержания 5-ОТ в крови и снижению родовой боли, стабилизации функционального состояния кардиореспираторной системы матери, укорочению длительности родового акта, профилактике внутриутробной асфиксии плода и атонии матки.

Применение электроанальгезии позволяет уменьшить количество вводимых лекарственных средств роженицам с патологией сердца. Эффект этой процедуры значительно повышается при сочетании ее с электросном в период дородовой подготовки беременных.

Простота и доступность электроанальгезии, ее эффективность и отсутствие побочного действия позволяют рекомендовать ее для применения не только у здоровых, но и у рожениц с сердечно-сосудистой патологией с целью обезболивания родов, улучшения функционального состояния гемодинамики и регуляции сократительной деятельности матки, профилактики патологии в родах плода и новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаклеевский А. И. Лабор. дело, 1976, 3.— 2. Курский М. Д. Бакшеев Н. С. Биохимические основы механизма действия серотонина. Киев, «Наукова думка», 1974.— 3. Шнайдер Б. В. Акуш. и гин., 1974, 11.

Поступила 30 декабря 1981 г.

УДК 616.33—006.6—02: [616.33+616.37+616.411]—089.87

СПЛЕНОГАСТРЕКТОМИЯ С ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

М. З. Сигал, Р. М. Тазиев

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—заслуж. деятель науки РСФСР и ТАССР проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. У 111 больных раковыми поражениями желудка по соответствующим показаниям выполнена спленогастрэктомия с резекцией поджелудочной железы. У 75 больных эту операцию сочетали с резекцией других органов и анатомических образований. Осложнения после операции наблюдались у 60 человек. Послеоперационная смертность составила 20,8%. Из 76 больных после операции 15 человек прожили 3 года и более, 6 — свыше 5 лет.

Ключевые слова: рак желудка, спленогастрэктомия, резекция поджелудочной железы.

3 таблицы, 1 иллюстрация. Библиография: 6 названий.

При некоторых формах рака желудка, в частности при вовлечении в процесс его задней стенки и проксимального отдела, лимфогенном распространении с поражением панкреатолиенальных лимфоузлов, контактной пенетрации поджелудочной железы, возникает необходимость комбинированных гастрэктомий, включающих удаление селезенки, хвоста и тела поджелудочной железы.

В нашей клинике этот вид операции был произведен у 111 больных (40 женщин и 71 мужчины в возрасте от 30 до 72 лет) с 1956 по 1981 г. Локализация очага поражения желудка представлена в табл. 1.

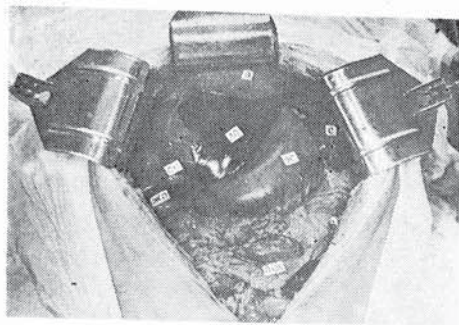
Как видно из данных табл. 1, наиболее часто спленогастрэктомия с резекцией части поджелудочной железы производилась по поводу рака проксимального отдела желудка с переходом или без перехода на пищевод, затем рака тела желудка и его тотального поражения.

Некоторые авторы являются сторонниками «принципиальных» спленопанкреатогастрэктомий при раке желудка [3, 5, 6]. Они считают, что эта операция должна выполняться во всех случаях рака желудка независимо от

Таблица 1

Распределение оперированных больных по локализации рака в желудке

Локализация опухоли в желудке	Число больных	%
Рак проксимального отдела желудка с переходом на пищевод	52	46,8
Рак проксимального отдела желудка без перехода на пищевод	11	10,0
Рак тела желудка	27	24,3
Рак антрального отдела желудка	4	3,6
Тотальное раковое поражение желудка	17	15,3



Вид операционного поля после аппаратной коррекции тремя ретракторами РСК-10.

желудочной железы связана с удалением комплекса органов, элементы которого расположены в поддиафрагмальной, эпигастральной областях, в подреберьях, что требует создания адекватного хирургического доступа.

Мы использовали чреобрюшинно-медиастинальный по А. Г. Савиных — у 39, чреоплевральный — у 2.

После лапаротомии проводили аппаратную коррекцию доступа с помощью ранорасширителей РСК-10 (расширитель М. З. Сигала и К. В. Кабанова). Эти ретракторы крепятся к операционному столу, благодаря чему при выполнении операции можно смещать покровы в нужном направлении и в необходимой степени для создания оптимальных пространственных отношений в ране.

Вид операционного поля, создаваемого с помощью 3 ретракторов РСК-10, представлен на рисунке.

Окончательное решение о целесообразности и осуществимости этой операции принимали после мобилизации, которую мы называем обратимой. Она предполагает рассечение связок, складок, тяжей, не содержащих сосудов. По этой методике пересекают желудочно-ободочную, селезеночно-ободочную, селезеночно-диафрагмальную связки, пересекают брюшину за задней поверхностью селезенки. Мобилизуют и смещают медиально комплекс, включающий желудок, селезенку, поджелудочную железу. По ходу обратимой мобилизации, если устанавливают нецелесообразность радикального вмешательства, комплекс укладывают в его ложе и на этом операцию завершают.

У 75 больных спленогастрэктомия сочеталась с резекцией селезенки и других органов и анатомических образований (табл. 2).

Уровень резекции поджелудочной железы определяли в зависимости от места врастания в нее опухоли и локализации метастазов. Резекцию дис-

наличия или отсутствия поражений поджелудочной железы или связанных с ней лимфатических узлов и тканей. Мы выполняли эти оперативные вмешательства по необходимости при соответствующем распространении рака.

Показаниями к спленогастрэктомии с резекцией поджелудочной железы являлось врастание опухоли в поджелудочную железу (у 80), лимфогенные метастазы (у 27), инфильтрация желудочно-селезеночной связки с лимфогенными метастазами (у 4). Все операции производили под интубационным наркозом с мышечными релаксантами и искусственной вентиляцией легких.

Спленогастрэктомия с резекцией под-

Таблица 2
Сочетание спленогастрэктомии с резекцией селезенки и других органов

Вид операции	Прооперировано
Спленогастрэктомия + резекция панкреас и пищевода	35
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, пищевода, ножек диафрагмы	12
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, пищевода, печени, мезоколон	2
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, пищевода, печени	3
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, пищевода, диафрагмы, мезоколон	4
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, пищевода, левого надпочечника	3
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, пищевода, поперечной ободочной кишки	3
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, пищевода, диафрагмы, надпочечника	1
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, ножек диафрагмы	1
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, печени, поперечной ободочной кишки	1
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, печени, ножек диафрагмы, надпочечника	1
Спленогастрэктомия + резекция панкреас, поперечной ободочной кишки	4
Спленогастрэктомия + резекция панкреас и мезоколон	5
Итого	75

тального отдела выполнили у 20 больных, половины железы — у 17, тела и хвоста — у 53, субтотальную резекцию — у 21 пациента.

С 1978 г. резекцию поджелудочной железы при этой операции мы производили стандартно на уровне верхних брыжеечных сосудов. Наши клинические наблюдения и данные, полученные в результате анатомического эксперимента, показали, что на этом уровне во всех случаях обеспечивается полноценное кровоснабжение культи поджелудочной железы, которую ушивали аппаратом УКЛ-60 у 100 больных, по методике Е. Л. Березова — П. В. Кравченко — у 9, перевязывали шелковой лигатурой — у 2 пациентов. Независимо от способа обработки культи перитонизировали и к ней подшивали мезоколон.

Эзофагоэностомию после гастрэктомии у 105 больных выполнили электрохирургическим способом по методике М. З. Сигала, у 4 — аппаратом ПКС-25, у 2 провели эзофагодуоденостомию.

В последние годы во всех случаях операцию завершали введением в брюшную полость двух воздуходружных дренажей, которые подключали к аспирационной системе.

У 58 больных констатирована блюдцеобразная форма рака желудка, у 12 — полипообразная, у 29 — язвенно-инфильтративная, у 12 — диффузно-инфильтративная форма.

У 67 человек гистологически установлена аденокарцинома, у 16 — солидный рак, у 3 — слизисто-коллоидный рак, у 15 — скирр, у 6 — малодифференцированный рак, у 2 — плоскоклеточный рак, у 2 больных — злокачественный пластический лимит.

Истинное прорастание раковой опухоли в поджелудочную железу гистологически доказано у 56 больных, метастазы в регионарные лимфоузлы наблюдались у 73 (65,8%) из 111 человек.

В послеоперационном периоде осложнения отмечались у 60 больных (табл. 3).

Среди комбинированных операций спленогастрэктомия с резекцией поджелудочной железы связана с повышенным операционным риском.

Послеоперационная летальность, по данным литературы, варьирует в широких пределах. Так, у Е. Л. Березова (1957) она равна 24,2%, у Ю. Е. Березова (1976) — 24%, у Аллисона и Боррила (1949) — 29%, у Папахристу и Фортнера (1980) — 40%.

В наших наблюдениях из 111 оперированных умерли 23 (20,8%) человека.

Отдаленные исходы прослежены у 76 больных. Из них после операции 15 человек прожили 3 года и более. В группе оперированных с благоприятными результатами, прослеженными в течение 5 и более лет, одна больная жила 14 лет, один — 9, один — 7 лет, трое живы свыше 5 лет.

Наши данные свидетельствуют о целесообразности применения операции спленогастрэктомии с резекцией поджелудочной железы в лечении распространенных форм рака желудка. Вопрос о значении этой операции в улучшении результатов терапии ограниченных поражений желудка требует дальнейших исследований.

Таблица 3
Характер осложнений после спленогастрэктомии с резекцией селезенки

Характер осложнений	Количество осложнений	Умерли
Несостоятельность швов анастомоза	4	4
Панкреатиты, панкреонекрозы	28	9
Панкреатический свищ	4	—
Тромбоз брыжеечных сосудов, некроз тонкой кишки	3	3
Перфорация стенки тонкой кишки	2	2
Перфорация поперечной ободочной кишки	1	1
Поддиафрагмальный абсцесс	3	1
Перитонит (без источника)	1	—
Кровотечение	3	2
Шок, сердечно-сосудистая недостаточность	1	1
Плеврит, эмпиема плевры	13	—
Пневмония	7	—
Кишечная непроходимость	1	—
Печеночно-почечная недостаточность	1	—
Нагноение раны	4	—
Паротит	2	—
Всего	78	23

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. Расширенные и комбинированные резекции желудка при раке. М., Медгиз, 1957.— 2. Березов Ю. Е. Хирургия рака желудка. М., Медицина,

1976.— 3. Allison P. R., Borrill S. Brit. J. Surg., 1949, 37.— 4. Papachristou D. N., Fertner J. Ann. Surg., 1980, 192.— 5. Smith R. A. Brit. J. Surg., 1974, 61, 7.— 6. Sweet R. H. Ann. Surg., 1953, 138, 3.

Поступила 26 апреля 1982 г.

УДК 616.12—007.2—053.2:612.017.1

СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА «СИНЕГО» ТИПА

И. Ф. Матюшин, В. Я. Овсяников, Т. Д. Петрова,
С. Г. Панкрашкина, А. П. Разживин

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. И. Ф. Матюшин) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Реферат. У 46 детей с пороками сердца группы Фалло при поступлении в стационар и на операционном столе в сыворотке крови методом радиальной иммунодиффузии изучена концентрация основных классов иммуноглобулинов М, G, A. Установлено, что по содержанию иммуноглобулинов больных можно подразделить на 3 группы: с нормальными, сниженными и высокими иммунологическими показателями. За время их пребывания в стационаре до хирургической коррекции порока сердца улучшения в содержании иммуноглобулинов не наблюдалось. Напротив, у больных со сниженными иммунологическими показателями происходило дальнейшее уменьшение количества IgG.

Ключевые слова: пороки сердца Фалло, иммуноглобулины сыворотки крови, 1 таблица. Библиография: 18 названий.

Хирургическое лечение больных с врожденными пороками сердца «синего» типа до настоящего времени является одной из сложных проблем кардиохирургии. Эта патология характеризуется тяжелыми анатомическими изменениями в сердце и крупных сосудах, сочетанием нескольких пороков, сопровождающихся выраженными гемодинамическими расстройствами с постоянной циркуляторной гипоксией организма, нарушениями периферической микроциркуляции и развитием изменений в жизненно важных органах. Для нее специфичны также выраженные электролитные и различные биохимические сдвиги. Основной контингент больных с врожденными пороками сердца «синего» типа представлен детьми.

При хирургическом лечении больных с врожденными пороками сердца «синего» типа особенно велик риск возникновения в послеоперационном периоде местных инфекций, поскольку больные, оперированные в условиях искусственного кровообращения, имеют к ним повышенную чувствительность. Эти операции осложняются процессами нагноения в 5—10 раз чаще, чем хирургические вмешательства без использования искусственного кровообращения [4, 9, 12]. Одной из причин такого положения не без основания считается исходно сниженный уровень иммунологической резистентности, который в значительной мере зависит от степени недостаточности кровообращения и циркуляторной гипоксии [5, 10, 14, 15].

Потенциальная готовность противостоять инфекции, характер течения восстановительных процессов и развитие осложнений в послеоперационном периоде в значительной мере обусловлены состоянием гуморальных факторов иммунитета. Основу этих факторов и защитных сил организма составляют иммуноглобулины [17, 18].

Детальных исследований, посвященных изучению состояния гуморального иммунитета при отдельных видах пороков сердца, крайне мало. Поэтому вполне очевидна актуальность изучения у больных этой группы всех факторов, которые могут предопределить исход операции или повлиять на него.

Мы поставили своей целью изучение состояния гуморального иммунитета у детей с врожденными пороками сердца «синего» типа без признаков острых воспалительных процессов. Объектом исследования явилась сыворотка крови, взятая при поступлении больных в клинику и на операционном столе до введения наркотических средств. В качестве показателей гуморального иммунитета использовали количественное содержание иммуноглобулинов основных классов. Концентрацию Ig M, Ig G, Ig A в сыворотке крови определяли методом простой радиальной иммунодиффузии [16] с применением моноспецифических антисывороток.

Под наблюдением находилось 46 детей в возрасте от 6 до 10 лет с триадой и тетрадой Фалло. В качестве контроля мы пользовались показателями, полученными