

IV. Ж., 58 лет, в 1956 г. произведена резекция желудка по поводу злокачественного новообразования в антральном отделе. После операции чувствовала себя вполне удовлетворительно и никаких жалоб не предъявляла.

При профилактическом осмотре желудка 10/III-60 г. выявился злокачественный рельеф слизистой на задней стенке культи оперированного желудка; при дозированной компрессии определяются обрывистые складки и дефекты наполнения. Заключение: распространенный рак задней стенки культи резецированного желудка.

23/III-60 г. тотальное удаление культи желудка, тощей кишки в области соустья и поперечно-ободочной кишки (доц. М. С. Сигал).

Выписалась в удовлетворительном состоянии.

V. Ш., 67 лет, в 1943 г. произведена гастроэнтеростомия по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. После операции чувствовал себя хорошо. В июле 1960 г. появились затруднение при глотании, боли в подложечной области, слабость, похудание.

При рентгеновском исследовании — задержка контрастной взвеси в нижнем отделе пищевода; на высоте вдоха у места сужения — неровные края. На фоне светлого газового пузыря желудка медиально определяется округлой формы тень. После дополнительного приема контрастной взвеси последняя огибает опухоль и при дозированной компрессии обволакивает ее. Функция анастомоза — удовлетворительная. Заключение: злокачественная опухоль кардии с переходом на пищевод.

Произведена тотальная резекция желудка и нижнего отрезка пищевода; дегастроэнтероанастомоз.

ВЫВОДЫ

1. При обследовании больных с оперированным желудком всегда следует иметь в виду возможность как возникновения рецидива язвенной болезни или рака, так и развития новой раковой опухоли.

2. Для своевременного выявления этих заболеваний необходимо, чтобы больные с оперированным желудком находились под диспансерным наблюдением и подвергались систематическому рентгеновскому исследованию не реже 1—2 раз в течение года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольдштейн М. И. Казанский мед. журн., 1934, 3—4. — 2. Емельянова Е. А. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1955, 7. — 3. Храпова М. И. Вопр. онкол., 1951, т. 9, вып. III. — 4. Чегулина А. С. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1953, 3. — 5. Черепашина М. Р. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1955, 4. — 6. Шехтер и Новофастовская. Тр. центрального института рентгенологии и радиологии Минздрава РСФСР, 1952, т. VII.

Поступила 24 декабря 1960 г.

ЭКСТИРПАЦИЯ КУЛЬТИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА¹

Доц. М. З. Сигал

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вопрос о раке культи резецированного ранее желудка недостаточно освещен в литературе, и операции по этому поводу производятся весьма редко. Так, по данным А. В. Мельникова (1960), из выполненных отечественными хирургами 22 операций по этому поводу было 18 экстирпаций культи. Характер 4 операций не указан.

Боуден, Бухер и Мак-Нир (1952), подытожившие опыт реэксplorации у перенесших резекцию по поводу рака, сообщили, что из 37 больных повторная радикальная операция оказалась возможной у 15.

Нами оперировано 8 больных раком культи желудка. Из них первая операция произведена по поводу рака у 4, полипоза — у 3 и язвы — у одного. Радикальная операция — экстирпация культи — оказалась осуществимой у 4 больных.

Рак культи у оперированных по поводу рака дистального отдела желудка чаще всего является рецидивом. При этом метастазы могут отсутствовать. М. П. Горюнова на 145 вскрытий в различные сроки после резекций в 65 случаях не выявила метастазов. Так как в значительном числе случаев рецидиву рака в культе не сопутствует метастазирование, создаются благоприятные условия для их хирургического лечения.

¹ Доложено на объединенном заседании обществ хирургов, онкологов и рентгенологов ТАССР в сентябре 1960 г.

Из 4 наших больных, оперированных в прошлом по поводу рака дистального отдела желудка, двум произведена радикальная операция, двум — лапаротомия, установившая невозможность радикальной операции. Приведем следующие сведения о радикально оперированных.

Ж., 50 лет, оперирована 8/V 1957 г. по поводу рака желудка. Клинически данных за рецидив нет. Общее состояние хорошее, аппетит сохранен, диспепсических явлений нет. В марте 1960 г. при контрольной рентгенокопии желудка обнаружен на задней стенке культи полулунный дефект наполнения. При дозированной компрессии вокруг опухоли выявляются удлиненные заостренные выступы (проф. М. И. Гольдштейн).

25/III 1960 г. — операция (М. З. Сигал) под эфирно-кислородным интубационным наркозом. Опухоль растет в *a. colica media*. Дистальный край ее доходит до задней губы соустья. Между листками брыжейки поперечно-ободочной кишки увеличенные плотные лимфоузлы. Сращения между культи желудка и печенью, селезенкой, поперечно-ободочной кишкой, капсулой поджелудочной железы, начальным отделом тощей кишки. Спайки располагаются также между печенью и диафрагмой, большим сальником и передней брюшной стенкой, малым сальником и нижней поверхностью печени.

Узел метастаза у кардии на малой кривизне ($5 \times 4 \times 4$ см). Он сращен со стенкой желудка. Произведено тотальное удаление культи желудка вместе с анастомозированной петлей тощей кишки (10 см) и поперечно-ободочной кишкой (29 см). Наложены электрохирургические соустья между пищеводом и тощей кишкой и межкишечные соустья (рис. 1).

Опухоль папиллярного вида размером $10 \times 5 \times 3$ см. Дистальный край ее ограничен слизистой тощей кишки в области анастомоза, не вовлеченной в опухолевый очаг. Гистологически — солидный рак.

17/V выписана в хорошем состоянии. Через полгода после операции состояние больной вполне удовлетворительное.

К., 54 лет, заболел в мае 1954 г. Появились боли, наступавшие минут через 10 после еды. Были запоры, сменявшиеся поносами. За короткое время похудел на 4 кг, потерял аппетит.

Болезненность слева от белой линии в эпигастральной области, опухоль не прощупывается. При рентгенокопии обнаружено следующее: складки слизистой прерываются в области синуса, где видны крупные дефекты наполнения. 3/VII-54 г. произведена электрохирургическая субтотальная резекция желудка (М. З. Сигал).

Опухоль имеет вид полипа на широком основании, плотна на ощупь, прорастает слизистую и мышечный слой стенки желудка. В подслизистом слое проксимальнее опухоли обнаружен уплощенный тяж, плотный на ощупь. Гистологически — картина простого рака.

После операции выписан на 17-й день.

Чувствовал себя хорошо до 1957 г., когда вновь появились боли в подложечной области, похудел на 6 кг. Задержка пищи при глотании.

На основании данных рентгенокопии высказано подозрение о раке кардиального отдела желудка. 3/VII-58 г. — операция (М. З. Сигал) под эфирно-кислородным интубационным наркозом. Обнаружены сращения вокруг анастомоза и между культи желудка и капсулой поджелудочной железы. На малой кривизне в области кардии и в абдоминальном отрезке пищевода опухоль диаметром около 5 см, плотной консистенции. Произведена экстирпация культи желудка с частью абдоминального отрезка пищевода, резецирована тощая кишка в области соустья. Для доступа к нижнему отделу пищевода произведена гнатотомия и вскрыта левая плевральная полость со стороны диафрагмы. Наложены электрохирургический пищеводно-кишечный анастомоз конец в конец и межкишечное соустье.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Через 2 года и 2 месяца после операции данных за рецидив и метастазы нет. Общее состояние хорошее.

Период между первой и второй операциями колеблется, судя по опубликованным наблюдениям, в широких пределах и, по данным Баудена, Бухера и Мак-Нира, у операбельных больных равен 33,3 мес., а у неоперабельных — 14,1. В одном из наших наблюдений до реэксплорации прошло 34 месяца, в другом — 46.

После резекции дистального отдела желудка чаще возникает истинный рецидив из оставшихся элементов опухоли. Рак, обнаруженный через много лет после резекции, пожалуй, следует рассматривать как вновь возникший.

Наши два наблюдения должны быть отнесены к истинным рецидивам. В одном опухоль располагалась у самого анастомоза, в другом — во время первой операции обнаружена опухолевая инфильтрация в виде тяжа, направлявшегося к резекционной линии.

На первый взгляд кажется парадоксальным, что более длительное время после первичной резекции соответствует более частой операбельности. Вероятно, степень злокачественности опухоли в большей мере, чем время ее существования, определяет распространение процесса.

Приведенные данные свидетельствуют и о возможности длительного течения рака желудка. При рецидивах началом процесса, по крайней мере, следует считать время первой операции, при которой в культе остаются элементы опухоли.

О возможности возникновения рака в культе после резекции желудка по поводу полипоза свидетельствуют данные П. Г. Харченко (1957), А. С. Комарова (1957), Н. Н. Еланского и К. К. Нарычевой и других авторов.

Из 3 наших больных, в прошлом перенесших резекцию по поводу полипоза, экстирпация культи оказалась возможной у двух. Один из них умер от ограниченного перитонита и пневмонии.

Рак культи после резекции желудка 16 лет тому назад по поводу язвы мы наблюдали у одного больного. При лапаротомии случай признан неоперабельным.

Клиника рака культи желудка отличается некоторыми особенностями. Следует учитывать изменение характера жалоб или симптомы, возникающие на фоне более или менее длительного светлого промежутка. Особенно важно, что рак культи может длительно протекать совершенно бессимптомно. Последнее обстоятельство и большая частота рецидивов после резекции по поводу рака делают необходимым повторное рентгеновское исследование.

У оперированных нами больных ведущими симптомами были боли в подложечной области, чувство давления, понижение аппетита, похудание. В двух случаях, когда опухоль распространялась на кардию и нижний отдел пищевода, наблюдалась дисфагия.

Важным методом диагностики рака культи желудка является рентгеновское исследование. Ценна рентгеноскопия на фоне пневмоперитонеума и введения газа в культю желудка. В одном случае при гастроскопии обнаружена вторая (кроме распознанной рентгеноскопически) опухоль в культе. В литературе встречаются предложения применять плановые реэксplorации для решения вопроса о рецидивах у оперированных по поводу рака желудка. Их целесообразность подлежит изучению.

Операция по поводу рака культи желудка — значительно более сложное вмешательство, чем первичная гастрэктомия. Во всех случаях мы встретились соращениями культи с прилежащими органами. Обычно они довольно рыхлые и легко разрушаются, но у одного больного спайки оказались очень плотными, разделение их было сопряжено с большими трудностями. Оперированные нами больные в прошлом перенесли резекцию с анастомозом на короткой петле, расположенной позади ободочной кишки. В одном случае опухоль вращалась в а. colica media, что потребовало дополнительной резекции поперечно-ободочной кишки. В связи с возможностью повторного вмешательства по поводу рецидива после резекции приобретает значение вопрос о методике резекции желудка при раке. Справедливо мнение А. В. Мельникова о преимуществах впередиободочного анастомоза на длинной петле с межкишечным соустьем. В последние годы мы систематически пользуемся этим вариантом резекции.

Операция тотального удаления культи желудка может быть выполнена чрезбрюшинно. При переходе опухоли на пищевод лапаротомию следует дополнить сагитальной диафрагмотомией и круротомией по А. Г. Савинных. Мы пользуемся сконструированным нами совместно с инженером К. В. Кабановым расширителем-подъемником реберных дуг (Казанский мед. журн., 1961, 3). Он создает хорошие условия для оперирования при сложных анатомических отношениях.

Анастомоз пищевода с кишкой мы накладывали электрохирургическим методом по предложенному нами способу (1956, 1958, 1959). Схемы примененного восстановления непрерывности пищевода-кишечного тракта при экстирпации культи представлены на рис. 1 и 2.

Отдаленные результаты оперативного лечения рака культи желудка из-

за малого количества наблюдений недостаточно изучены. В работе Боудена, Бухера и Мак-Нира сообщается, что один из перенесших экстирпацию свободен от рецидивов и метастазов в течение пяти лет. Все трое наших больных, перенесших операцию, живы и свободны от метастазов и рецидивов в течение 2 лет и 2 мес., 1 г. 3 мес. и 6 мес.

В заключение следует отметить, что операбельность рецидива рака желудка оказывается сравнительно высокой и не всегда зависит от времени после первой операции. Больные, перенесшие резекцию по поводу рака, а также полипов и язв желудка, нуждаются в периодическом клинко-рентгенологическом наблюдении.

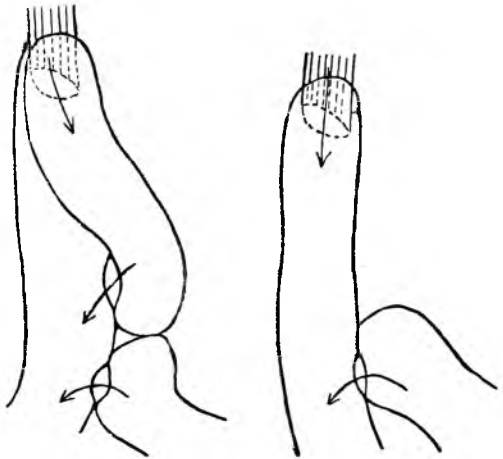


Рис. 1.

Рис. 2.

Резекпторации представляют возможность изучения продолжительности течения рака желудка, темпа роста опухоли, значения биологической злокачественности в степени распространенности процесса. Они сыграют важную роль для решения вопроса о необходимой радикальности при первичных вмешательствах по поводу рака. Поэтому экстирпация культи желудка должна шире применяться для лечения пока еще обычно обрезаемых на неминуемую гибель больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анищенко И. С. и Ратнер Г. Л. *Вопр. онкологии*, 1958, 3. — 2. Брезов Е. Л. *Хирургия пищевода и кардии при раке*. Горький, 1951; *Вопр. хирургии желудка и пищевода*. Горький, 1956. — 3. Гольдштейн М. И. *Казанский мед. журн.*, 1934, 3—4. — 4. Еланский Н. Н. и Нарычева К. К. *Хирургия*, 1960, 8. — 5. Емельянова Е. А. *Вест. хир.* 1955, 7. — 6. Захаров Е. И. и Соловьев В. И. *Хирургия*, 1954, 8. — 7. Комаров А. С. *Сов. мед.* 1957, 7. — 8. Мельников А. В. *Клиника рака желудка*. Медгиз, 1960. — 9. Сигал М. З. *Казанский мед. журн.*, 1958, 4; *Тр. II съезда онкологов и III съезда рентгенологов и радиологов УССР*, Киев, 1959. — 10. Харченко П. Г. *Полипы желудка и их хирургическое лечение*. М., 1959. — 11. Храпкова М. И. *Тр. АМН СССР*, т. IX, *Вопросы онкологии*, М., 1951. — 12. Шехтер И. А. и Новофастовская Л. Р. *Вопросы рентгенологии*. Центр. научно-иссл. ин-т рентгенологии и радиологии МЗ РСФСР, М., 1952. — 13. Bowden L., Booher R. I. and McNeer G. *Surgery*, 1954, 36/2. — 14. Berny T. I., Lee T. C., Coffey R. I. *Am. Surg.*, 1959, 25. — 15. Kneeringer V. *Krebsarzt*, 1959, 3. — 16. Lenzenweger F. *Krebsarzt*, 1959, 3. — 17. Neuman. *Chirurg.*, 1957, 1. — 18. Pack G. T., Banner R. L. *Surg.*, 1958, 6. — 19. Thomson F. B. and Rolins R. E. *Surgery, Gynecol. and Obstetrics*, 1952, 3.

Поступила 6 мая 1961 г.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

И. М. Милославский

Хирургическое отделение (зав. — канд. мед. наук И. М. Милославский)
Харьковского областного онкологического диспансера
(главврач — Н. Г. Станиславская)

В Харьковском областном онкологическом диспансере за 7 лет и 5 месяцев (1953—1960 гг.) было госпитализировано 1034 больных раком желудка. Оперировано 632 больных. Радикальные операции произведены 445 больным, из них комбинированные (с резекцией смежных органов, проросших опухолью) — 72 (17% к числу всех резекций).

Комбинированные операции с дополнительным удалением части одного органа произведены 52 больным, двух органов — 15, 3 органов — 4 и 4 органов — 1.

При раках антрального отдела желудка комбинированная субтотальная резекция желудка с одновременным иссечением мезоколон произведена 13 больным при прорастании в нее опухоли задней стенки желудка. Резекция поджелудочной железы произведена у 9 больных, поперечно-ободочной кишки — у 6, печени — у 5.

Одновременное удаление одного органа произведено 27 больным, двух органов — 6.

Умерли после операций 3 больные (1 — от сердечно-сосудистой слабости, 2 — от перитонита). У одного из умерших перитонит развился на почве недостаточности швов в области толстокишечного анастомоза.

При раках кардии и верхней половины желудка произведено 39 комбинированных операций, из них изолированная резекция мезоколон с удалением желудка — только в 4 случаях, в остальных же было иссечение части печени, поджелудочной железы, поперечно-ободочной кишки, удаление селезенки или комбинированное удаление этих органов.

Тотальная гастрэктомия с дополнительной резекцией одного органа произведена у 25 больных, двух органов — у 9, трех — у 4 и четырех органов — у 1. Умерли после тотальных комбинированных операций 6 больных.

3 больных умерли от перитонита вследствие недостаточности пищеводно-кишечного анастомоза, один — от эмпиемы плевры, один в поздние сроки после операции от декомпенсации сердечно-сосудистой системы, и один после тотальной гастрэктомии с резекцией селезеночного угла толстой кишки и удалением селезенки в связи с прорастанием опухоли желудка в эти органы умер через 32 дня после операции от поддиафрагмального абсцесса и толстокишечного свища.

Таким образом, из 72 больных, которым произведена комбинированная операция, умерли 9 (12,5%). После тотальных гастрэктомий из 172 больных умерло 19 (11,04%), после субтотальных из 264 умерло 17 (7,1%). Следовательно, по нашим данным, непосредственные результаты после простых и комбинированных резекций ненамного отличаются одни от других.