

Резексплорации 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 необходимости радикальности при первичных вмешательствах по поводу рака. Поэтому экстирпация культи желудка должна шире применяться для лечения пока еще обычно обрекаемых 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. Храпова 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. Kneringer 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 больных (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.

Во время операции при обнаружении прорастания опухоли желудка в смежные органы очень ответственным является решение вопроса о возможности комбинированной операции.

Мы очень тщательно производим ревизию органов брюшной полости, так как выявление отдаленных метастазов до выделения или пересечения органов дает возможность избежать ненужной в таких случаях, опасной и трудоемкой операции.

В ряде случаев для окончательного решения вопроса необходимо произвести частичное выделение желудка, а при раках кардии — диафрагмокуротомию.

При прорастании опухоли желудка в печень, поджелудочную железу, ворота селезенки мы всегда стремимся выяснить размеры прорастания, для чего необходимо подойти к этому участку не только спереди, но и сзади, снизу и сверху. С этой целью пересекается большой сальник в месте прикрепления к левой половине поперечно-ободочной кишки и изучается задняя поверхность желудка. Для изучения верхнего отдела желудка иногда бывает необходимо пересечь треугольную связку печени, отвести левую долю печени и подойти сверху к задней поверхности желудка после пересечения кардиально-диафрагмальной и кардиально-печеночной связок справа от пищевода или пересечения связок в области свода желудка. При ревизии и частичном выделении необходимо соблюдать осторожность, не подтягивать грубо желудок, так как возможен разрыв опухоли желудка, проросшей в смежный орган, и операция примет вынужденный характер.

После решения вопроса о возможности произвести операцию с учетом общего состояния больного, течения наркоза, план операции строится в зависимости от того, какие органы проросла опухоль, от локализации опухоли и ее распространения по желудку. При раке тела желудка и его дистального отдела операцию после ревизии органов брюшной полости начинаем с отделения связок желудка и иссечения пораженного участка смежного органа. При локализации опухоли в области кардии с переходом на пищевод или при больших экзофитных опухолях в области кардии начинаем операцию с пересечения треугольной связки печени, кардиально-диафрагмальных и кардиально-печеночных связок. Затем производим диафрагмокуротомию по А. Г. Савиных, выделяем пищевод и пересекаем оба блуждающих нерва. Эта манипуляция дает возможность низвести опухоль и дополнительно иссечь пораженный орган в более благоприятных условиях.

Существует мнение, что при прорастании опухолью кардии диафрагмы снизу, то есть через брюшную полость, иссечь пораженный участок крайне трудно, а эту процедуру можно легко осуществить из чрепплеврального доступа.

В пяти случаях нам удалось иссечь проросшие опухолью ножки диафрагмы, пользуясь абдомино-медиастинальным доступом по А. Г. Савиных. Иссечение ножек диафрагмы ненамного усложняет вмешательство, но требует широкой сагиттальной диафрагмотомии и неторопливого отделения плевральных синусов, чтобы не вскрыть плевральную полость.

Все 5 больных после гастрэктомии с иссечением ножек диафрагмы, проросших опухолью, выписались из стационара.

Иссечение участка мезоколон при вращении в нее опухоли не представляет особых технических трудностей. Но, в связи с распространением процесса за стенку желудка, мы считаем необходимым относить дополнительное иссечение части мезоколон к числу комбинированных операций. Мы всегда иссекаем участок мезоколон острым путем, лигируя только входящие в этот участок сосуды изолированно. В шести случаях пришлось перевязать а. colica media, но расстройство кровообращения в поперечно-ободочной кишке наступило только в двух случаях, где пришлось произвести резекцию кишки. Обязательным считаем извлечение из брюшной полости и осмотр поперечно-ободочной кишки в конце операции, после иссечения участка мезоколон. Всего произведено иссечение мезоколон в 21 случае, в 13 — при субтотальных резекциях и в 9 — при тотальных гастрэктомиях, где в 5 иссечение мезоколон сочеталось с краевой или клиновидной резекцией поджелудочной железы. Летальных исходов после иссечения мезоколон изолированно и вместе с частью тела поджелудочной железы не было.

Дополнительное иссечение поперечно-ободочной кишки, проросшей опухолью желудка, было произведено у 16 больных. У 8 больных иссекалась только часть ободочной кишки, а у 8 дополнительно иссекались другие органы, пораженные опухолью. Умерли после операции 5 больных. У двух смерть от перитонита после операции была связана с недостаточностью толстокишечного анастомоза.

Комбинированные операции с поперечно-ободочной кишкой, по данным большинства авторов, наиболее опасны в смысле высокой послеоперационной летальности. Так по данным Аншюца, Финстерера летальность после подобных операций составляет около 60%, по данным А. Г. Наджарова — около 33%.

Применение антибиотиков, разработка методики операции способствовали снижению послеоперационной летальности. Так, на последние 6 операций — резекций желудка с поперечно-ободочной кишкой — у нас был 1 летальный исход.

Пересечение удаляемой поперечно-ободочной кишки мы производим при субтотальных операциях на первых этапах операции, при тотальных гастрэктомиях — после выделения верхней половины желудка, тщательно соблюдая принципы асептики. Культи кишечника перитонизируются двух- или трехрядными швами. После этого

этапа создается необходимый простор для операции на желудке. После пищеводно-кишечного или желудочно-кишечного анастомоза накладываем толстокишечный анастомоз «бок в бок», мобилизуя в необходимых случаях углы толстого кишечника для предупреждения натяжения в области анастомоза.

Из 8 больных, которым произведено дополнительное иссечение вместе с желудком только поперечно-ободочной кишки, умерло в течение 1 года после операции 3 больных, 3 прожили около трех лет, а 2 — свыше 5 лет.

Прорастание левой доли печени, потребовавшее ее резекции, наблюдалось у 11 больных (умерли после операции 2 больных, причем в обоих случаях смерть связана с основной операцией).

Резекцию печени производим в начале операции после ревизии органов брюшной полости и установления операбельности. Для мобилизации левой доли печени пересекаем треугольную связку. Производим, как правило, клиновидную резекцию электроножом. В резецированный дефект печени вводим расщепленную круглую связку или кусок свободной пряди салыника.

В одном наблюдении, где опухоль верхней половины желудка прорастала левую долю печени, на значительном протяжении произведена тотальная гастрэктомия с удалением всей левой доли по методике А. В. Мельникова.

Из 9 больных, выписавшихся после дополнительной резекции печени, живы 5: 1 — через 2 года после операции, 2 — спустя 3 года и 2 — спустя 5 лет.

Непосредственные и отдаленные результаты при резекции желудка с частью печени лучше, чем при других комбинированных операциях, и близки к результатам некомбинированных операций (Н. Н. Петров, Е. Л. Березов, А. Г. Наджаров, Финстерер и др.).

Необходимость в удалении селезенки возникает при раке верхней половины желудка, особенно при локализации процесса по большой кривизне или своду желудка. При раках дистального отдела желудка у нас ни в одном случае не возникала необходимость в удалении селезенки. Основными показаниями к удалению селезенки являются поражение лимфатических желез в области ворот селезенки, сморщивание желудочно-селезеночной связки и сращение селезенки с опухолью, а также метастатические лимфатические узлы по ходу селезеночной артерии.

Всего нами произведено удаление селезенки дополнительно к тотальной гастрэктомии у 11 больных, у 4 дополнительно удалена только селезенка, а у остальных удаление селезенки сочеталось с резекцией других органов.

Удаление селезенки вместе с желудком производим следующим образом. После отделения большого салыника от поперечно-ободочной кишки надсекаем париетальную брюшину слева от селезенки и выделяем ее вместе с большой кривизной желудка. Затем перевязываем селезеночные сосуды. Перитонизацию хвоста поджелудочной железы производим брыжейкой поперечно-ободочной кишки в области прикрепления ее к поджелудочной железе.

Из 4 больных, у которых тотальная гастрэктомия сочеталась только с удалением селезенки, 1 больной жив 3 года, а второй — 4,5 года.

Комбинированная операция вместе с частью поджелудочной железы произведена 23 больным, причем у 17 сочеталась с резекцией других органов. Умерли после операций 3 больных. Один умер от недостаточности швов пищеводно-кишечного анастомоза, 1 — с резекцией поперечно-ободочной кишки и краевой резекцией тела поджелудочной железы — от эмпиемы левой плевральной полости, 1 — после субтотальной резекции поджелудочной железы и удаления селезенки — на 33-й день после операции от декомпенсации сердечной деятельности.

Резекция поджелудочной железы относится к наиболее травматичным вмешательствам на органах брюшной полости. При поперечной резекции хвоста и тела поджелудочной железы, что, как правило, сочетается с удалением селезенки, мы выводим селезенку после рассечения слева от нее париетальной брюшины вместе с хвостом и телом поджелудочной железы из раны. Изолированно перевязываем и пересекаем селезеночные сосуды на месте предполагаемой резекции поджелудочной железы. Затем пересекаем на нужном уровне поджелудочную железу, культя прошивается двухрядным шелковым швом и перитонизируется участком мезоколон в виде муфты, укрывая линию разреза.

При краевых резекциях тела поджелудочной железы прошиваем края дефекта вместе с капсулой, чем ликвидируем раневую полость, затем укрываем эту область мезоколон в виде пластики на ножке или тщательно обшивая область дефекта уложенной на него мезоколон.

При резекции части головки поджелудочной железы после ушивания дефекта железы одиночными шелковыми швами обязательно укрываем область дефекта культи двенадцатиперстной кишки. Только в одном наблюдении мы видели образование свища после сегментарного иссечения тела поджелудочной железы в связи с глубоким врастанием опухоли. Произведено прошивание линии пересечения проксимальной и дистальной культи поджелудочной железы, затем оба участка сшиты между собой и укрыты мезоколон. На 5-й день после операции через дренаж, подвешенный к месту резекции, начал выделяться панкреатический сок. После соответствующей диеты, дачи щелочей, ежедневного введения атропина свищ закрылся через 3 недели после операции.

Выписано 18 больных после дополнительной резекции поджелудочной железы. После тотальной гастрэктомии с частью поджелудочной железы, проросшей опухолью, отдаленные результаты следующие. Из 10 больных в течение года после операции умерли 6, двое прожили до 3 лет, один — до 4 и 1 жив свыше 5 лет.

При субтотальных комбинированных резекциях выписано 6 больных; 3 прожили от 2 до 3 лет, а 1 жив свыше 5 лет после операции.

Отдаленные результаты после резекции желудка с поджелудочной железой хуже, чем при резекции с другими смежными органами (П. В. Кравченко, А. Г. Наджаров и др.).

Резекция двух и более органов производится нами по строгим показаниям при местном прорастании опухоли, чаще всего экзофитной, но никогда не производится при отдаленных метастазах.

Комбинированные операции производятся нами, как правило, при прорастании 1—2 органов (52 — 1 орган, 15 — 2 органа). Только в 5 случаях была дополнительная резекция 3—4 органов при тотальных гастрэктомиях. Один умер после операции от перитонита на почве недостаточности пищеводно-кишечного анастомоза, 2 умерли в срок до года после операции, а двое прожили свыше 3 лет.

Таким образом, свыше года после операции прожили 33 человека (62%), свыше 3 лет живы 10 (40%) из 25 выписанных из стационара за соответствующий период наблюдения. Из 33 больных, проживших свыше года, у 30 была экзофитная форма роста, отсутствовали метастазы в лимфатических узлах — у 15. В группе больных, проживших свыше 3 лет, экзофитная форма была у 7 из 10, метастазы в регионарные лимфатические узлы отсутствовали у 6.

Полученные нами данные подчеркивают целесообразность комбинированных операций при очерченных формах опухоли, когда даже при прорастании в другие органы могут отсутствовать метастазы в регионарные лимфатические узлы.

В заключение необходимо отметить, что комбинированные операции по строгим показаниям, при врастании опухоли желудка в смежные органы, а не при генерализации процесса должны занять свое место в лечении рака желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. Расширенные и комбинированные резекции желудка при раке. М., 1957; Рак кардиального отдела желудка. М., 1960. — 2. Королев Б. А. Чрезбрюшинные операции на нижнем отделе пищевода и кардии. Дисс. 1950. Горький. — 3. Кравченко П. В. Резекция поджелудочной железы. Дисс. 1954, Горький. — 4. Мельников А. В. Хирургия, 1956, 1. — 5. Наджаров А. Г. Вопр. онкол., 1960, 1. — 6. Савиных А. Г. Хирургия, 1957, 10. — 7. Савицкий А. И. Тр. I съезда онкол. УССР, 1940. — 8. Такелла И. П. В кн.: Вопр. хирургии желудка и пищевода, Горький, 1956. — 9. Anschütz W. Zbl. f. Chir., 1936, 16. — 10. Finsterer H. Wiener klinische Wochenschr., 1952, 14. — 11. Sweet R. N. Arch. Surg., 1954, 69.

Поступила 29 июля 1961 г.

О НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ КОМБИНИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА¹

А. Г. Барбанчик и Ю. Я. Сиверцев

Факультетская хирургическая клиника (зав. — М. П. Вилинский, научный руководитель онкологического отделения — доц. А. И. Коцеров) Омского медицинского института им. М. И. Калинина, на базе Областной клинической больницы (главврач — К. И. Шехурдина)

Следует различать расширенные и комбинированные резекции желудка по поводу рака. Комбинированные резекции — это резекции желудка с соседними органами или их частями (Н. Н. Петров, Е. Л. Березов и др.).

Вопрос о целесообразности комбинированных операций при раке желудка является спорным, поскольку итоги изучения непосредственной летальности и отдаленных результатов у разных авторов различны (Е. Л. Березов, С. А. Холдин, А. С. Федорев, П. Н. Напалков).

С 1955 г. по 1960 г. в нашем онкологическом отделении среди 239 резекций желудка и гастрэктомий, произведенных по поводу рака, было 34 комбинированных операции — 14,2% общего числа радикальных операций.

Мужчин было 20 и женщин — 14. От 30 до 50 лет — 10, от 51 до 60 лет — 14 и старше — 10.

У 29 больных были сделаны комбинированные субтотальные резекции желудка и у 5 (при поражении кардии) — комбинированные гастрэктомии. Комбинированные

¹ Доложено на заседании Омского хирургического общества 10 февраля 1961 г.