

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. СССР, 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.

резекции желудка проводились в случаях ограниченного прорастания опухоли в поперечно-ободочную кишку, ее брыжейку, печень, поджелудочную железу при отсутствии видимых метастазов и удовлетворительном общем состоянии больных. У 10 больных была произведена резекция желудка с поперечно-ободочной кишкой (скончался 1), у 9 — с частью печени, у 11 — с частью поджелудочной железы. У трех больных мы произвели резекцию с частями печени и поджелудочной железы (1 скончался) и у одного по ходу операции были вынуждены резецировать поперечно-ободочную кишку, печень и поджелудочную железу (больной скончался).

Остановимся на некоторых особенностях техники комбинированных резекций желудка при раке.

Мы согласны с большинством авторов, что резекция поперечно-ободочной кишки должна быть отнесена на конец операции.

При комбинированных резекциях желудка с частью печени летальных исходов не было. Для закрытия раны печени мы пользовались наложением 8-образных швов со свободной сальниковой прокладкой, а также П-образными швами по методике Кузнецова — Пенского.

При комбинированных резекциях желудка с частью поджелудочной железы мы придаем большое значение герметичному закрытию раны поджелудочной железы (по методике тройной пластики, описанной Е. Л. Березовым) с последующим дренированием брюшной полости.

Из 34 больных, которым произведены комбинированные резекции желудка при раке, после операции умерли 3.

Основной причиной смерти наших больных явился перитонит, развившийся вследствие: а) расхождения швов пищеводно-кишечного соустья, б) швов желудочно-кишечного соустья, в) швов анастомоза между отрезками поперечно-ободочной кишки. Расхождение швов наступило в результате их прорезывания. У двух больных перитонит развивался вяло, и момент прорезывания швов остался незамеченным, а у третьего было своевременно распознано прорезывание швов, однако повторная операция (разведение раны и дренирование брюшной полости) на 6-й день после комбинированной резекции эффекта не дала.

При гистологическом исследовании удаленных препаратов у наших больных оказались следующие формы рака: аденокарцинома — у 21, смешанная форма — у 10, инфильтрирующий скирр — у 3.

Мы получили сведения о состоянии 26 оперированных больных.

Живы 22, умерли в сроки от 6 мес. до 1 г. после операции 4 больных.

В каждом отдельном случае ограниченного прорастания опухоли желудка в соседние органы вопрос о расширении вмешательства следует решать строго индивидуально, учитывая при этом общее состояние больных, возраст, степень операционного риска, возможность операции с соблюдением принципа абластики и степень квалификации хирурга.

Мы полностью разделяем мнение Б. В. Петровского (1957), что комбинированные резекции желудка при раке должны производить только опытные хирурги, хорошо владеющие техникой этих операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. Хирургия пищевода и кардии желудка при раке. Горький, 1957.
2. Головиниц В. А. Тр. VI пленума правления Всесоюз. об-ва хирургов, 1957.
3. Петровский Б. В. Там же.
4. Напалков П. Н. Тр. I съезда хирургов Российской Федерации, 1959.
5. Полянцев А. А. Тез. докл. выездной сессии Гос. онкологического ин-та им. П. А. Герцена. Волгоград, 1955.
6. Савиных А. Г. Вестн. хир., 1955, 10.
7. Раков А. И. Вестн. хир., 1954, 3.
8. Сапожков К. П. Хирургия, 1946, 4.
9. Юдин С. Д. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

Поступила 8 апреля 1961 г.

О ДВУХ ВАРИАНТАХ КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Проф. В. И. Попов и канд. мед. наук В. И. Филин

Клиника общей хирургии (начальник — проф. В. И. Попов) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова

Опыт клиники общей хирургии Военно-медицинской академии показал, что функция искусственного пищевода, созданного из толстой кишки, вполне удовлетворительна. На протяжении шести лет в клинике общей хирургии Военно-медицинской академии толстокишечная эзофагопластика по поводу заболеваний различных отде-