

ния, улучшает трофику проксимального конца бедренной кости за счет создания дополнительного источника питания — костно-надкостничной пластинки на питающей ножке.

По данной методике прооперировано 218 детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 1 до 10 лет. Отдаленные результаты до 12 лет показали целесообразность широкого применения указанной операции.

С целью создания оптимальных условий для доразвития вертлужной впадины при ацетабулярном индексе до 35° и отставании оссификации тела подвздошной кости нами предложена операция, позволяющая усилить васкуляризацию надвертлужной области. Для этого долотами Корнева отгибаем костную пластинку в надвертлужной области и перемещаем ее на головку бедренной кости. В расщеп внедряем костно-надкостничную пластинку с крыла подвздошной кости с прикрепляющейся порцией средней ягодичной мышцы. Фиксацию производим одним шелковым или кетгутовым интраоссальным швом (рис.2).

Данная методика операции применена у 9 детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 1,5 до 4 лет с хорошими результатами лечения в отдаленные сроки.

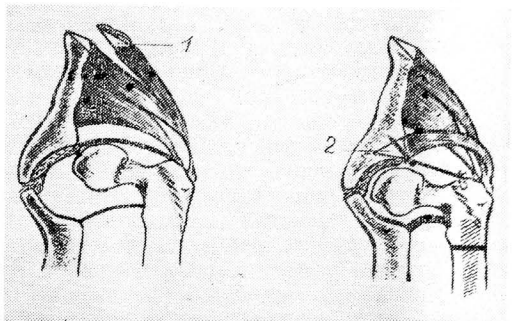


Рис. 2. Взятие аутотрансплантата на питающей ножке с гребня подвздошной кости и внедрение его в расщеп надвертлужной области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианов В. Л., Ганкин А. В. В кн.: Актуальные вопросы детской травматол. и ортоп., Л., 1979.— 2. Волков М. В., Никифорова Е. К., Дедова В. Д. В кн.: Материал. докл. II съезда травматол.-ортоп. СССР. М., 1969.— 3. Григорьев М. Г., Бартенева И. С., Свободова А. М. В кн.: Труды II Всероссийского съезда травматол.-ортоп. Л., 1972.— 4. Латыпов А. Л., Шулутко И. Л. В кн.: Тезисы докл. II Всероссийского съезда травматол. и ортоп., Л., 1971.

Поступила 12 марта 1984 г.

УДК 616.33—006.6—089.87

ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЯХ

М. А. Поляков, А. А. Клименков, Ю. И. Патютко

Отделение абдоминальной онкологии (зав.—проф. А. А. Клименков) Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР, кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Вопрос об объеме оперативного вмешательства при распространенных формах рака желудка остается сложным, спорным и нерешенным. В литературе ведется оживленная дискуссия между специалистами, придерживающимися крайних точек зрения. По мере совершенствования методов предоперационной подготовки, анестезии, техники операций и послеоперационного ведения пациентов при раке желудка все шире применяются комбинированные гастрэктомии. По данным В. Н. Сагайдака (1969), при неоперабельных раках желудка истинное вращение опухоли в удаленные соседние органы встречалось лишь у 50% больных. По мнению Николози (1971), оправданно расширенное радикальное вмешательство при раке желудка, осложненном асцитом, диссеминацией по брюшине, желтухой, метастазами в печень, опухолью Крукенберга, вращением рака в толстую кишку и в переднюю брюшную стенку. Жизнь таким больным позволяют продлить, по данным автора, рискованные, «увечающие» операции.

Майннетти (1979) рекомендует выполнять расширенные и паллиативные радикальные операции при далеко зашедшем раке желудка с последующей химио-имму-

лечения пациентов. Противопоказаниями к радикальной операции он считает случаи со множественными отдаленными метастазами, карциноматозным асцитом и кахексией.

Вместе с тем, по данным клинических наблюдений [1, 2, 5, 7], послеоперационная летальность при комбинированных гастрэктомиях варьирует от 12,8 до 50%, 25—50% больных погибают от несостоятельности швов анастомоза. Все авторы отмечают высокую летальность при комбинированных гастрэктомиях с резекцией поджелудочной железы. Число радикально оперированных больных ежегодно увеличивается за счет лиц пожилого возраста и расширения показаний к комбинированным операциям при распространенном раке. Около 25—30% гастрэктомизированных больных живут более 5 лет. Однако в отдаленные сроки количество постгастрэктомических синдромов возрастает с 40 до 84%. Комбинированная гастрэктомия с выключением тощей кишки у связки Трейца и дуоденального звена пищеварения ведет к нарушению физиологической функции гепатопанкреатодуоденальной системы и к значительному расстройству пищеварения с ухудшением общего состояния больных. Физиологическое направление в онкохирургии находит все более широкое применение. С целью восполнения резервуарной функции тотально удаленного желудка и включения дуоденального химуса в процесс пищеварения отечественными и зарубежными хирургами было предложено более 45 способов и модификаций кишечных вставок на питающей сосудистой ножке с несколькими дополнительными анастомозами. Создание искусственного желудка с использованием так называемых кишечных вставок, несомненно, удлиняет время и увеличивает риск операции у больных в тяжелом состоянии. Предложенные способы формирования трубчатых, удвоенных, утроенных кишечных вставок на питающей сосудистой ножке со множественными анастомозами не нашли широкого применения в желудочной онкохирургии.

В 1973 г. один из нас (М. А. Поляков) разработал экспериментально и внедрил в клинику оригинальный способ формирования изоантиперистальтического искусственного желудка из тощей и двенадцатиперстной кишки у связки Трейца. Методика операции заключается в следующем. После комбинированной и расширенно-комбинированной гастрэктомии, включающей в единый блок удаляемые соседние органы, большой и малый сальники с 4 коллекторами лимфооттока, мобилизуют тощую и двенадцатиперстную кишку с бессосудистым рассечением связки Трейца и висцеральной брюшины двенадцатиперстной кишки. Формируют изоантиперистальтический искусственный желудок (20—25 см) и арефлюксный пищеводно-резервуарный анастомоз [За—в]. Этот способ операции дает возможность: 1) создать емкий пищеводный приемник при гастрэктомии без каких-либо кишечных вставок, брауновского и Ру-соуэты; 2) технически простым способом ликвидировать приводящую петлю, включив в процесс пищеварения двенадцатиперстную кишку; 3) сформировать псевдосфинктерный механизм, замедляющий эвакуацию пищи из искусственного желудка вследствие значительной разницы диаметров пищевода и перистальтирующей отводящей петли — пища в искусственном желудке перемешивается с дуоденальным химусом, дольше в нем задерживается, переваривается, 4) снизить вероятность либо исключить возможность развития рефлюкс-эзофажита, демпинг-синдрома, агастрической астении, дистрофии и других постгастрэктомических синдромов.

Было выполнено 115 еюногастропластических гастрэктомий, из них 57 (49,6%) многокомпонентных расширенных и комбинированных. Прооперированы 71 мужчина и 44 женщины в возрасте от 34 до 79 лет. У 36 больных (М. А. Поляков, Ф. Ш. Ахметзянов) произведены расширенные лимфаденэктомии по R₂—R₃; у 15 резецированы грудной сегмент пищевода с круро-диафрагмо-медиастинотомией по А. Г. Савиных, у 33—хвост, тело или часть головки поджелудочной железы, у 7—часть левой доли печени, у 5—поперечная ободочная кишка, у 2—желчный пузырь, у 9—другие органы и ткани. Спленэктомия выполнена у 44 лиц. У 29 больных из-за распространенности опухолевого процесса гастрэктомии выполнены вынужденно и по жизненным показаниям. Принципиальная комбинированная гастрэктомия оказалась единственным радикальным методом лечения распространенных форм рака желудка. Без ориентации на длительный благоприятный прогноз паллиативная комбинированная гастрэктомия с еюногастропластикой в ряде случаев не только временно спасала больных от неминуемых страданий, осложнений и смерти, но и увеличивала продолжительность жизни больных на несколько лет.

Общая летальность при гастрэктомии с формированием искусственного желудка по новой методике составила 8 (7%) случаев на 115 гастрэктомий. После комбинированных гастрэктомий с еюногастропластикой (57 случаев) в послеоперационном периоде умерло 6 (10,5%) больных. Несостоятельность швов пищеводно-желудочно-го анастомоза развилась у 2 пациентов, панкреатит с панкреонекрозом оставшейся

части головки поджелудочной железы — у одного, нагноительные процессы брюшной полости — у 2, грудной полости — у одного больного.

Анализ клинических наблюдений показал, что комбинированное удаление части поджелудочной железы, печени, поперечной ободочной кишки вместе с желудком и другими органами с одномоментным формированием изоантиперистальтического искусственного желудка по нашей методике не увеличивает числа послеоперационных осложнений в резецированных органах (отмечен лишь один летальный исход вследствие некроза оставшейся части головки поджелудочной железы). Риск расширенных и комбинированных гастрэктомий с еюногастропластикой оказался оправданным, так как все пациенты без операции погибали в ближайшие месяцы жизни. Отдельные печальные исходы таких операций не должны обескураживать хирургов, так как наряду с неудачами в большинстве случаев возможен их хороший исход. Считаем, что нет абсолютных противопоказаний к комбинированным гастрэктомиям с еюногастропластикой при ограниченно распространенных формах рака желудка на соседние органы. Малая подвижность опухоли также не является безусловным противопоказанием к комбинированной гастрэктомии с еюногастропластикой. Из 51 больного, перенесшего расширенную и комбинированную гастрэктомию с еюногастропластикой, прослежена судьба 40 прооперированных. 24 из них жили от 2 мес до 1 года, 10 — до 2 лет, 6 — от 3 до 5 лет и более, 4 больных после ранее произведенных многокомпонентных комбинированных гастрэктомий с еюногастропластикой живут от 5 до 7 лет. В послеоперационном периоде мы не наблюдали выраженного дуоденостаза, пареза, паралича изоантиперистальтического искусственного желудка, отрывки, изжоги, икоты, рвоты. Ни одному больному не вводили назогастральный зонд с целью декомпрессии. После еюногастропластической комбинированной гастрэктомии мы не видели больных с тяжелыми проявлениями демпинг-синдрома, рефлюкс-эзофагита, синдрома приводящей петли, токсического энтероколита, алиментарной дистрофии с резкой потерей массы тела и выраженной анемией. Стул нормализовался у многих пациентов. Абсолютное большинство обследованных больных употребляют пищу 4—5 раз в день по 500—1000 г за один прием. Лишь три пациента принимают пищу по 6—7 раз в день и менее 500 г за прием. Демпинг-синдром легкой и средней степени развился у 2 больных. Рубцовая стриктура пищевода-резервуарного анастомоза после электрохирургического рассечения пищевода по М. З. Сигалу (1958) возникла у 2 больных. После скальпельного косого рассечения пищевода по Стридеру [10] рубцовых стриктур анастомоза не выявлено.

Преобладающее число больных являются пенсионерами по возрасту или болезни. Самочувствие их хорошее и удовлетворительное. Они обслуживают себя, семью и выполняют различные работы по дому, в саду. Способ формирования изоантиперистальтического искусственного желудка технически несложен, по времени незначительно отличается от обычной гастрэктомии, не увеличивает числа ближайших послеоперационных осложнений по сравнению с комбинированными гастрэктомиями. Функциональные отдаленные исходы данных операций несравненно лучше, чем после типичных комбинированных гастрэктомий. Мы рекомендуем использовать этот способ еюногастропластики при простой, расширенной, комбинированной и расширенно-комбинированной гастрэктомии у всех больных, общее состояние которых позволяет выполнять указанную операцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименков А. А., Летягин В. П. и др. Хирургия, 1979, 12.—2. Напалков Н. П., Мирошников Б. И., Баскакова З. И. *Вопр. онкол.*, 1979.—3. Поляков М. А. а) В кн.: Ургентная хирургия органов брюшной полости. Казань, 1978; б) *Вопр. онкол.*, 1982, 7; в) В кн.: Опухоли желудочно-кишечного тракта. Сб. научн. трудов, М., 1981, ч. I.—4. Сагайдак В. Н. Продолжительность жизни и оценка эффективности лечения больных раком желудка. Автореф. докт. дисс., М., 1969.—5. Саенко А. И. *Вестн. хир.*, 1977, 11.—6. Сигал М. З. *Казанский мед. ж.*, 1958, 4.—7. Странадко Е. Ф. *Хирургия*, 1980, 7.—8. Mainetti J. M. *Quiron*, 1979, 10, 1.—9. Nicolosi G. *Minerva med.*, 1971, 62, 6.—10. Strider J. W. *J. Thorac. Surg.*, 1948, 17, 2.

Поступила 24 ноября 1983 г.