СПЛЕНОГАСТРЭКТОМИЯ С ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХИРУРГИИ РАКА ЖЕЛУДКА

М. З. Сыгад, Р. М. Тагиев

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

Реферат. У 111 больных раковыми поражениями желудка по соответствующим показаниям выполнен спленогастрэктомия с дистальной поджелудочной резекцией. 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%. У 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 задней стенки и проксимального отдела, лигатурный раствор структуру поджелудочной железы, возникает необходимость комбинированной гастрэктомии, включающих удаление селезенки, хвоста и тела поджелудочной железы.

В нашей клинике этот вид операции был произведен у 111 больных (40 женщин и 71 мужчина 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» спленогастрэктомий при раке желудка [5, 6, 8]. Они считают, что эта операция должна выполняться во всех случаях рака желудка независимо от

Таблица 1

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

Вид операционного поля после аппаратной коррекции трех рефрактометров РСК-10.

желудочной железы связана с удалением расположения в поддиафрагмальной, антигастриальной ямке.

Мы использовали чрезбрюшинный доступ у 70 больных, чрезбрюшинно-поддиафрагмальный по А. Г. Сашиным — у 30, чрезподдиафрагмальный — у 2.

После лапаротомии проводили аппаратурную коррекцию доступа с помощью раппорсипрителей РСК-10 (расшифровка М. З. Сигала и К. В. Кабанова). Эти рефракторы 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 рефракторов 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, тканей, не содержащих сосудов. По этой методике пересекают желудочно-ободочную, селезеночную, селезеночно-диафрагмальную связки, рассекают брюшину за задней поверхностью селезенки. Мобилизуют и смещают медиально комплекс желудок, селезенку, поджелудочную железу. По ходу обратимой мобилизации, если устанавливают непреложность радикального иссечения, комплекс укладывают в его здоровье, а на этом операцию завершают.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Вид операции</th>
<th>Проспектировано</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса и пищевода</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, пищевода, ножек диафрагмы</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, пищевода, печени, мезоколон</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, пищевода, печени</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, пищевода, диафрагмы, мезоколон</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, пищевода, левого надпочечника</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, пищевода, диафрагмы, левого надпочечника</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, пищевода, диафрагмы, надпочечника</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, ножек диафрагмы</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, печени, поперечной обоюдочной кишки</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, печени, ножек диафрагмы, надпочечника</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса, поперечной обоюдочной кишки</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Спленогастрэктомия + резекция панкреаса и мезоколон</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Итого</td>
<td>75</td>
</tr>
</tbody>
</table>
пациентов отдела выполнили у 20 больных, половины железы — у 17, тела и хвоста — у 3, субтотальную резекцию — у 21 пациента.
С 1978 г. резекцию поджелудочной железы при этой операции мы производили санитарно на уровне верхних брыжеечных сосудов. Наш клинический материал включает в себя 110 больных, в том числе у 20 больных, поджелудочную железу удаляли при раке желудка. У 9 из них выделенные сосуды перевязывали шелковой лигатурой — у 2 пациентов. Независимо от способа обработки культур паразитировали и к ней подсыпали мезохолон.
Эзофагеокоэстомию после гастректомии у 105 больных выполняли электронизирующим способом по методике М. З. Сигала, у 4 — аппаратом НКС-25, у 2 — инвазидом эзофагоуденостомией.
В последние годы во всех случаях операцию завершали введением в брюшную полость двух воздухутых дренажей, которые подключали к аспиранции ксерике.
У 58 больных конституирована кишечная схема, у 58 — экзогенная, у 29 — аспирантная, у 12 — диффузно-аспирантная, у 12 — диффузно-аспирантная, у 9 — аспирантная, у 9 — диффузно-аспирантная, у 9 — экзогенная.
У 73 человек гистологически установлена аденокарцинома, у 65 — солидный рак, у 3 — висцеро-коллоидный рак, у 15 — склероз, у 6 — малигно-диапазонный рак, у 2 — плоскоклеточный рак, у 2 — злокачественный пластический рак.
В последипломный период осложнения отмечались у 60 больных (табл. 3).
Среди комбинированных операций гастректомия с резекцией поджелудочной железы связано с повышенным операционным риском.
Послеоперационная летальность, по данным литературы, составляет 24,2% у Е. Л. Березова (1957) у 24,2% у Ю. Е. Березова (1957) — 24,2%, у А. И. Лиссона и В. И. Березова (1949) — 29, у Н. Н. Назарова и Фернера (1980) — 40%.
В наших наблюдениях из 111 оперированных умерли 23 (20,8%) человек.
Одночеловеческие исходы прослежены у 76 больных. Из них после операции 16 человек прожили 3 года и более. В группе оперированных с благоприятными результатами, прослеженными в течение 5 и более лет, одна большая жила 14 лет, один — 9, один — 7 лет, трое живы сейчас 5 лет.
Периверниальные клетки не выживали в течение 10 лет. Вторичные операции были выполнены у 2 больных.
Таблица 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>Характер осложнений</th>
<th>Количество осложнений</th>
<th>Умерли</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Несостоятельность шовов анастомоза</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Панкреатит, панкреонекроз</td>
<td>28</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Панкреатический свищ</td>
<td>4</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Тромбообразующие сосуды, некроз тонкой кишки</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Перфорация стенки тонкой кишки</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Перфорация поперечной ободочной кишки</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Поддиафрагмальный абсцесс</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Перитонит (без источника)</td>
<td>1</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Кровотечение</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Шок, сердечно-сосудистая недостаточность</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Плеурит, эмпиема плевры</td>
<td>13</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Пневмония</td>
<td>7</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Кишечная непроходимость</td>
<td>1</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Печечно-почечная недостаточность</td>
<td>1</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Нагноение раны</td>
<td>4</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Паротит</td>
<td>2</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>Всего</td>
<td>78</td>
<td>23</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ЛИТЕРАТУРА

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

Поступила 28 апреля 1982 г.

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

И. Ф. Матюшин, В. Я. Овсяников, Т. Д. Петрова, С. Г. Панкратов, А. П. Разванов

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 иммунофлюоресценции изучена концентрация основных классов иммуноилигунобулинов M, G, A. Установлено, что по содержанию иммуноилигунобулинов больных можно подразделить на 3 группы: с нормальными, сниженными и высокими иммунологическими показателями. За время их пребывания в стационаре до хирургической коррекции порока сердца улучшение в содержании иммуноилигунобулинов не наблюдалось. Напротив, у больных со сниженными иммунологическими показателями происходило дальнейшее уменьшение количества IgG.

Ключевые слова: пороки сердца, Фалло, иммуноилигунобулины, сыворотка крови, IgG.

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, сочетающихся с пороками сердца, сопровождающимися выраженным функциональным дефицитом. Наиболее частым из них является хирургическая коррекция. Важным моментом хирургической коррекции является хирургический этап, включающий в себя хирургическое вмешательство без использования искусственного кровообращения. Одной из причин такого положения является необходимость снижения уровня иммуноилигунобулинов [14, 9, 12]. Основой для определения хирургического этапа является необходимость снижения уровня иммуноилигунобулинов [14, 9, 12]. Потенциальная готовность противостоять инфекции, характер течения воспалительных процессов и развитие осложнений в послеоперационном периоде.

Детальные исследования, посвященные изучению состояния гуморального иммунитета при врожденных формах пороков сердца, крайне мало. Поэтому вполне очевидна актуальность изучения у больных этой группы факторов, которые могут предопределять 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. Объектами исследования являлись сыворотка крови, взятая при поступлении больных в клинику и на операционном столе до введения антисыворотки. В качестве показателей гуморального иммунитета использовали концентрацию иммуноилигунобулинов основных классов.

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