

омы легкого, хоть и труден, но возможен, если в общем симптомо-комплексе клинического течения хорионэпителиомы обратить особенное внимание на возраст больной, перенесенные в ближайшем периоде роды и аборт, острое начало и быстрое течение (в нашем случае 3 мес.), не прекращающееся кровохаркание, резко контурированную неправильной формы тень на экране без тяжистости и если настойчиво, повторно искать элементы хориона в мокроте.

Литература. 1. Бурдзинский, Злокачественная эпителиома ворсистой оболочки, Диссертация, 1904. — 2. Гудим-Левкович, Врач. газ., № 8, 1915. — 3. Побединский и Строкин, Труды 1 Московского госуд. мединститута. № 4, 1935. — 4. Сборник, посвященный двадцатилетию научной деятельности проф. Аничкова, изд. ВИЭМ, 1935. — 5. Славик, Клин. мед., № 10, 1934 (реферат).

Поступила в ред. 5/XI 1938 г.

Из факультетской хирург. клиники педиатрического факультета Казанского гос. мед. института.

К вопросу об оперативном лечении рака толстых кишок.

Проф. И. В. Домрачев.

Хирургия толстых кишок до самого последнего времени не перестает привлекать к себе внимание хирургов. С одной стороны потому, что технические вопросы операций на толстых кишках далеко еще не все решены, с другой стороны потому, что мы в этой области все еще встречаемся с казуистикой, интересной и по своей редкости и по особым оперативным задачам, предъявляемым хирургу. Вопрос о раке толстых кишок не сходит со страниц печати как русской (Шаак, Пунин и др.), так и иностранной (Керте, Фишер, Мейо и др.). Этот вопрос также широко обсуждался на съездах советских хирургов и на конгрессах французских и немецких хирургов. В 1913 году проф. Финкельштейн насчитал 92 случая, принадлежащих русским авторам, Свиридова в 1928 году собрала 501 случай злокачественных новообразований толстых кишок, оперированных нашими соотечественниками.

Если сравнить частоту резекций у русских и иностранных авторов, то видно, что русские хирурги производят резекцию чаще, чем иностранные. Вишневский, Федоров и Спасокукоцкий являются сторонниками одномоментных резекций, а Греков, Петров находят более выгодным производить многомоментную операцию. Сторонники многомоментных операций считают, что первичная резекция является операцией значительно более опасной из-за возможности натяжения с последующим некрозом сшитых краев; двухмоментный способ, к тому же внебрюшинный, по их мнению, менее опасен. Необходимо, однако, отметить, что сторонники многомоментных операций на сигме склоняются в пользу одномоментных операций при раке проксимальной половины толстых кишок (от соесум до начала *coli transversi*) в случаях, не осложненных острой непроходимостью и

допускающих более сложное вмешательство. В подобных случаях первичную резекцию всего проксимального отдела с последующей илеоколотомией считают операцией выбора. Что касается дистальной половины, то сравнивая результаты двухмоментной резекции по Микуличу с одномоментной резекцией при раке этой половины толстых кишок, некоторые авторы получают больше данных в пользу многомоментного способа. Так, по Финкельштейну 142 случая двухмоментной резекции дали 16% смертности, а 209 случаев одномоментной резекции—29%. По данным Пунина — на 230 случаев двухмоментной резекции—15%, а на 528 случаев одномоментной резекции смертность составила 27,6%.

В 1922 году съезд французских хирургов признал многомоментный способ резекции с выведением кишки, для рака толстых кишок, операцией выбора.

Из наиболее употребительных способов резекции, на дистальной половине толстых кишок, рекомендуются способы с выведением петли наружу по принципу Микулича, Грекова или по методу Шлаффера.

Как известно, способ Микулича, сыгравший столь важную роль в истории хирургии новообразований толстых кишок состоит в выведении наружу пораженной раком кишки вместе с участком редуцированной ее брыжейки. Лишенная питания часть выведенной наружу кишки подвергается омертвлению. По отделении омертвевших частей, отводящий конец перевязывается лигатурой, а в приводящий вводится и фиксируется стеклянная трубка, соединенная с дренажной трубкой. Впоследствии путем раздавливания шпору *anus* устраняется, и проходимость кишки восстанавливается. Затем следует зашивание эвентрации на месте *anus'a*.

Необходимо отметить, что только-что описанный способ Микулича и ему подобные не нашли себе достаточно широкого применения у русских хирургов. Судя по литературным данным большой симпатией пользуется среди советских хирургов способ покойного проф. Грекова II, отличающийся некоторыми техническими деталями от вышеназванных способов.

Из многомоментных способов круговой резекции с соединением отрезков конец в конец нужно отметить 3-моментную резекцию по способу Шлаффера, состоящую из 3 актов: 1) предварительный апус на *coecum* или на *colon transversum*, 2) круговая резекция пораженной раком кишки со сшиванием отрезков конец в конец и 3) закрытие *anus'a*. Благодаря предполагаемому сокращению и хорошему опорожнению от содержимого через предварительный *anus*, круговая резекция по Шлафферу производится при наиболее благоприятных условиях. Не отрицая в принципе всех благоприятных условий многомоментных резекций толстых кишок, я являюсь сторонником одномоментных резекций.

В течение последних 6 лет мною было произведено 19 одномоментных резекций толстых кишок под местной инфильтрационной анестезией по методу проф. А. В. Вишневого. Большинство этих операций производилось по поводу злокачественных опухолей толстых кишок. По удалении пораженных участков толстой кишки,

в 15 случаях было произведено соединение отрезков конец в конец и в одном случае наложен боковой анастомоз.

Так как эти операции производились в большинстве у истощенных больных или в момент значительных деструктивных изменений в кишках, то на 16 резекций толстых кишок два раза отмечена несостоятельность кишечного шва. Один больной с тяжелым заворотом сигмы погиб от перитонита.

Я решил видоизменить обычную технику одномоментной резекции, производя ее по типу операции Шлоффера, соединивши все три момента в один, с некоторыми добавочными предохранениями циркулярного шва от скопившихся газов и каловых масс в толстых кишках. Зайцевым описаны два случая подобных операций с тем только видоизменением, что опорожнение кишечника от кала и газов производилось перед резекцией кишок через наложенный каловый свищ на слепую кишку по типу Винцеля.

Примененное нами оперативное вмешательство у 3 последних больных с непроходимостью толстых кишок, по поводу раковых опухолей, сводилось к следующему: разрез по средней линии, начиная несколько выше пупка и до лобка; по вскрытии брюшной полости и обследовании кишечника обнаруживалась опухоль плотной консистенции, обычно циркулярно охватывающая кишку. Проксимальный отдел толстой кишки значительно вздут. Накладывали два кишечных зажима выше и ниже пораженного участка. Часть кишки вместе с опухолью удалялась и накладывали циркулярный общий шов. Для создания большей подвижности, при наложении серозного инвагинирующего шва, зажим, находящийся на дистальном отрезке, перекаладывается ниже или совсем убирается, а клем на центральном отрезке осторожно перекаладывается выше. После тщательного окончательного соединения резецированных отрезков конец в конец, клем, находящийся выше анастомоза, продолжает оставаться, его задача предохранить шов от напорающих газов и кала. Дистальный клем убирается. Вся рана брюшной полости по срединному разрезу, вместе с верхним зажимом, покрывается влажным компрессом. Далее, через специальный разрез в правой подвздошной области слепая кишка выводится наружу и на нее накладывается каловый свищ по Винцелю, с толстой резиновой трубкой, которая вставляется по ходу толстой кишки.

Путем промывания слабым марганцевым раствором кишечник через вставленную резиновую трубку опоражнивается от газов и кала. Как только толстая кишка хорошо освободилась от газов и кала кишечный клем снимается. Срединный разрез по снятии зажима зашивается наглухо, а боковой, по вправлении в брюшную полость выведенной слепой кишки, суживается несколькими швами, и около трубки вставляются марлевые тампоны. Часа через 3—4 через трубку вводится от 150 до 200,0 подсолнечного масла, которое довольно скоро выделяется через anus. Кроме того, через трубку с первого же дня производится промывание толстого кишечника небольшими порциями слабого раствора марганцовокислого калия, до 8 раз в течение 5 дней. Через трубку же ежедневно, в течение 3 дней, вводится по 100 г масла. На 7--8-й день трубка обычно

выделяется самостоятельно, после чего свищ закрывается в течение 2—3 дней. На 8—9 день клизма через anus. Кожная рана на месте свища закрывается на 16—18-й день. Послеоперационное течение во всех 3 случаях, оперированных по этому способу, очень хорошее. Эти больные находятся под наблюдением клиники и чувствуют себя прекрасно.

На основании вышеизложенного мы заключаем, что операция резекции толстой кишки по типу Шлоффера, при непроходимости кишечника по поводу ракового новообразования и других патологических процессов, в соединении трех ее моментов в один, как способ одномоментной резекции толстой кишки, является наиболее рациональным в интересах больного.

Поступила в ред. 15/XI 1938 г.

Из 1-й хирургической клиники (директор проф. Ю. А. Ратнер) и кафедры рентгенологии (врид. директора доц. Д. Е. Гольдштейн) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

О доброкачественных опухолях желудка.

М. М. Шалагин и М. С. Перлин.

Доброкачественные опухоли желудка (д. о. ж.) до недавнего времени редко распознавались и большую часть оказывались случайной находкой хирурга при операции или же устанавливались патолого-анатомом при вскрытии. Современное развитие методов рентгенодиагностики и в особенности изучение рельефа слизистой сделали возможной прижизненную диагностику д. о. ж. Несмотря на относительную редкость д. о. ж. по сравнению с злокачественными новообразованиями, практическая важность их ранней диагностики не подлежит сомнению. Аншютц и Конечный считают, что большинство злокачественных опухолей желудка развивается из доброкачественных аденом. Орт считает, что всякая доброкачественная опухоль желудка является пре-канцероматозом. Л. М. Ратнер пишет, что полипы пищеварительного тракта обречены на злокачественный переход. Н. Н. Петров идет дальше и говорит, что „переходы и сочетания доброкачественных опухолей в злокачественные заставляют нас признать единство основной природы опухолевых процессов“. Общее число д. о. ж., опубликованных до 1925 г., Эльясон и Райт определяют в 610 случаев. Риглер в 1930 году насчитывает по сборной статистике уже до тысячи случаев.

Процентное отношение доброкачественных опухолей к злокачественным колеблется от 0,44% у Эйзельберга до 15,2% у Стеварта. Проф. Рейнберг считает, что грубо ориентировочно д. о. ж. составляют 5% всех случаев опухолей желудка. Что касается патолого-анатомической статистики, то она, как указывает на это Риглер, „не может претендовать на безусловную точность, т. к. на секции налицо конечная стадия опухоли, и