

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Б. В. Крапивин

Факультетская хирургическая клиника лечебного факультета (зав. — доктор мед. наук К. И. Мышкин) Саратовского медицинского института

В нашей клинике с 1950 г. по май 1965 г. было на лечении 111 больных раком прямой кишки (мужчин — 44, женщин — 72). С запущенными, неоперабельными формами заболевания было 69 больных (61,6%). У 47 больных (38,4%) оказалось возможным произвести радикальное вмешательство. Больные были в возрасте от 24 до 73 лет, почти две трети — старше 50 лет. У 1 больного опухоль была в анальном отделе, у 39 — в промежностном, у 39 — в нижнеампулярном, у 10 — в среднеампулярном, у 6 — в верхнеампулярном, у 16 — в ректосигмоидальном.

17 больных страдали геморроем, 23 — дизентерией, 7 — хроническим колитом, 1 — полипозом прямой кишки, 3 — полипами прямой кишки, 1 — выпадением прямой кишки.

Наиболее ранними симптомами были появление крови и слизи в кале (у 53 больных), запоры (у 19), боли в области заднего прохода (у 10), боли внизу живота (у 10), понос (у 21). Изменение формы кала отмечалось более часто в группе неоперабельных больных. Нами отмечена некоторая зависимость в характере первых симптомов от локализации опухоли в прямой кишке. При локализации опухоли в нижних отделах прямой кишки чаще появлялась примесь крови, слизи в кале, боли в области заднего прохода, а при локализации в ректосигмоидальном отделе — запоры, признаки частичной непроходимости и боли внизу живота. 15 больных поступили с явлениями обтурационной кишечной непроходимости. Бессимптомное течение рака прямой кишки наблюдалось у 3 больных, 2 из них поступили с картиной внезапно развившейся кишечной непроходимости, 1 — с обильным кишечным кровотечением.

В 1950—1953 гг. было осуществлено 11 ампутиаций прямой кишки промежностным способом. В настоящее время эта операция не применяется. 23 больным была произведена брюшнопромежностная ампутация прямой кишки без сохранения сфинктера. Из числа оперированных этим способом умерло 2 больных (вследствие сердечно-сосудистой недостаточности).

Наш опыт операций, сохраняющих наружный сфинктер, показал, что для каждого больного должен быть выбран самый рациональный метод оперативного вмешательства. По-видимому, наиболее целесообразен выбор характера операции в зависимости от локализации опухоли, ее размера и формы. Противопоказанием к резекции прямой кишки мы считаем диффузные формы рака прямой кишки, низкое расположение опухоли, прорастание ее в соседние органы, явления непроходимости кишечника.

Если от нижнего края опухоли до сфинктера был здоровый участок кишки длиной около 7—8 см, а опухоль небольшая, то мы производили резекцию кишки с эвагинацией (способ Грекова II). Нами сделано 4 подобных операции. При том же расположении опухоли, но при значительных ее размерах мы осуществляли брюшно-анальную резекцию прямой кишки с протягиванием сигмовидной кишки через демукозированный сфинктер, при расположении опухоли в ректосигмоидальном отделе — внутрибрюшную резекцию.

Трем больным была выполнена брюшно-анальная резекция с демукозацией слизистой анального отдела. Расстояние между краем анального отверстия и нижней границей опухоли было 7—10 см. Если расстояние менее 7 см, то выполнение этой операции противопоказано.

После брюшно-анальной резекции 2 больных удерживали кал и газы, а у одной установился ритм дефекации, характерный для ампутиации прямой кишки, но газы она удерживала.

Внутрибрюшную резекцию прямой кишки мы производили 4 больным при локализации опухоли не ниже 15 см над краем анального отверстия. Ручное наложение анастомоза в полости малого таза является более сложным, чем наложение пищеводно-кишечного анастомоза при трансабдоминальной гастрэктомии. Особенно трудно удерживать дистальный отрезок прямой кишки близко к поверхности раны. Методика Е. И. Попова значительно облегчает этот этап операции. Так, после мобилизации

прямой и сигмовидной кишки мы производим подшивание сигмовидной кишки по линии будущего анастомоза к дистальному отрезку прямой кишки без предварительной ее резекции. Затем приводящую и отводящую петли складываем вместе и накладываем твердый кишечный зажим. Под этим зажимом одновременно пересекаем прямую и сигмовидную кишку (рис. 1).

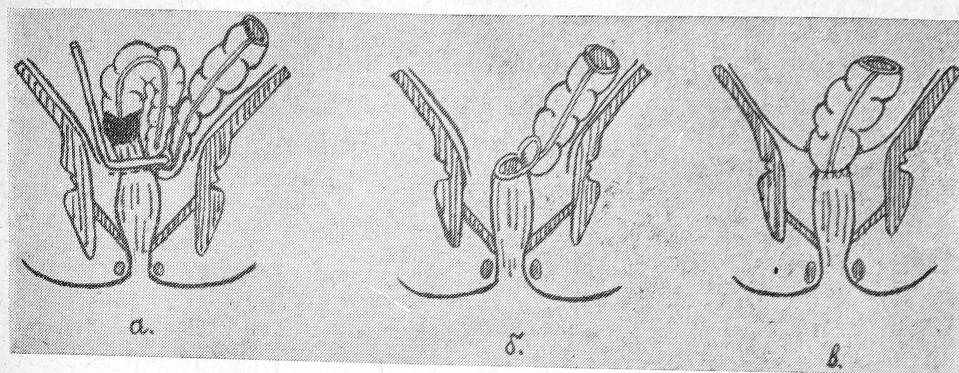


Рис. 1. Схема резекции прямой и части сигмовидной кишки: а — сигмовидная кишка подшита к прямой ниже опухоли без предварительного отсечения пораженного участка (пунктиром обозначена линия резекции); б — петля отсечена. Начало наложения анастомоза; в — ректосигмоидальный анастомоз в законченном виде.

Отодвигая сигмовидную кишку, удерживаем анастомоз у поверхности раны. Накладываем узловые швы на заднюю и на переднюю губы анастомоза. Затем накладываем второй ряд узловых швов. Над анастомозом ушиваем тазовую брюшину. Брюшную полость закрываем наглухо. Для дренирования полости малого таза делаем дополнительный разрез на промежности. Подобной методикой выполнено 4 операции с благоприятными ближайшими результатами. У одной тучной больной операция прошла в трудных анатомических условиях, ввиду неуверенности в надежности анастомоза ей была наложена цекостомия для декомпрессии.

Особое значение в настоящее время приобретает применение комплексного метода лечения рака прямой кишки. В последние 3 года мы не производим операций без пред- и послеоперационной глубокой рентгенотерапии, а в последний год мы стали применять и химиотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Усова М. М. Вопр. онкол., 1964, 2. — 2. Холдин С. А. Злокачественные новообразования прямой кишки. Медгиз, Л., 1955.

УДК 616—073.75—616.33

ДВОЙНОЕ КОНТРАСТИРОВАНИЕ — НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

А. А. Зяббаров

Кафедра рентгенологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Общеизвестно, что результаты лечения опухолей желудка зависят прежде всего от своевременного их выявления. Рентгенологическое исследование, признанное одним из доступных и объективных методов изучения этого органа, далеко не всегда обеспечивает надежную диагностику ранних форм рака. Это побуждает продолжать поиски способов его усовершенствования.

Ранее (1957) нами была предложена модификация двойного контрастирования желудка, позволяющая при помощи приготовленных по специальной прописи газообразующих контрастных масс расправлять этот орган. Применяемая при этом техника перемещения дает возможность равномерно распределить контрастную взвесь по поверхности слизистой. Изображение желудка в таких условиях значительно отличается от обычного и, как оказалось, обладает рядом преимуществ.