

ОПУХОЛИ ТОЛСТЫХ КИШОК В КЛИНИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ю. А. Башков, Ю. В. Перевощиков

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — доктор мед. наук В. В. Сумин) Ижевского медицинского института и 2-я городская клиническая больница (главврач — В. А. Ус)

Течение рака толстой кишки у 25—35% больных осложняется острой кишечной непроходимостью. В некоторые учреждения поступает на операцию по экстренным показаниям в связи с этим осложнением 75% больных раком толстой кишки. Такое положение позволяет считать предлагаемый для обсуждения вопрос актуальным.

Чаще всего показаниями к неотложному вмешательству при опухолях толстых кишок служит острая кишечная непроходимость, вызванная обтурацией просвета кишки опухолью. Естественно, что исходы лечения этой группы больных менее благоприятны (послеоперационная летальность выше в 4—5 раз), чем у больных, оперированных в плановом порядке в онкологических учреждениях.

Опыт показывает, что радикальные операции в условиях экстренной хирургии удается выполнить не так уж часто, в то время как операбельность рака толстой кишки у больных, поступивших и оперированных в плановом порядке, достигает 92%.

За 1964—1970 гг. в клинику госпитальной хирургии, обслуживающую экстренной хирургической помощью население г. Ижевска, было доставлено 36 (25 женщин и 11 мужчин) и оперировано 35 чел. с острой кишечной непроходимостью на почве обтурации просвета толстой кишки злокачественной опухолью. В возрасте до 20 лет было 2 чел., от 21 до 40 лет — 2, от 41 до 60 лет — 16 и старше — 16. 6 больных были направлены с диагнозом «острый аппендицит», 3 — с диагнозом «холецистит», 21 — с диагнозом «непроходимость кишечника». Опухоль толстой кишки как причина острой кишечной непроходимости была указана направившим лечебным учреждением лишь у 2 больных.

Обращаться за медицинской помощью вынуждали внезапно появлявшиеся режущие, иногда приступообразные, нарастающие в своей интенсивности боли в животе, вздутие его, задержка стула и газов.

Часть больных в течение нескольких месяцев находилась на амбулаторном наблюдении по поводу запоров, неустойчивого стула, вздутия живота и болей в нем. Некоторые больные сами опорожняли кишечник клизмами. Иногда больных доставляли в лечебные учреждения с диагнозом частичной кишечной непроходимости, однако после опорожнения кишечника с помощью очистительной или сифонной клизмы, выполненной в приемном покое, их отпускали домой. В отношении этих больных не было предпринято попыток к выяснению причин хотя бы и относительной непроходимости кишок. Наступало временное улучшение до той поры, когда обтурация просвета кишки опухолью из частичной становилась полной или почти полной, картина острой обтурационной непроходимости развивалась во всей ее клинической полноте, и необходимость экстренной лапаротомии становилась непреложным фактом.

Диагностика опухолей толстой кишки вне стадии полной обтурации трудна, так как заболевание не имеет специфических симптомов. Однако жалобы больного на запоры, периодические вздутия живота, боли в нем неясной этиологии, немотивированный длительный субфебрилитет должны настораживать врача. При диагнозе частичной кишечной непроходимости, причина которой не ясна, обязательна госпитализация и тщательное обследование больного.

При острой кишечной непроходимости, вызванной опухолью, состояние больных бывает тяжелым, хотя степень интоксикации и не достигает той интенсивности, которая наблюдается при других видах механической непроходимости. Особенно это следует отнести к опухолям левой половины толстой кишки. Живот вздут равномерно, перкуторно определяется высокий тимпанит; газы не отходят, стул отсутствует. Умеренная анемия и средней выраженности нейтрофильный лейкоцитоз — обычные спутники этого заболевания. Рвота наблюдалась нами у половины больных. Следует отметить, что при правосторонней локализации опухоли далеко зашедшая обтурация кишки бывает редко. Таких больных часто направляют, а порой и оперируют с диагнозом «аппендицит», «холецистит» и т. д.

«Шум плеска» кишечных петель характерен больше для больных с левосторонним расположением опухоли. Рентгенологически выявляются раздутые петли кишечника. Горизонтальные уровни жидкости в них (чаши Клойбера) мы обнаружили у 19 чел.

Сифонная клизма далеко не всегда приносит облегчение больным с обтурационной непроходимостью на почве опухоли толстой кишки. Напротив, она может даже ухудшить состояние больного: жидкость под давлением проходит через суженный опухолью просвет кишки, переполняя и без того наполненные кишечным содержимым и газами петли; опорожнение же невозможно, так как петли кишок выше места препятствия не в силах преодолеть последнее, ибо находятся к этому моменту уже в состоянии декомпенсации, что и объясняет картину острой кишечной непроходимости. Практически это проявляется в довольно свободном поступлении жидкости в кишечник

и в малом выделении. Подобный феномен тем выраженнее, чем ниже уровень расположения опухоли и чем уже сохранившийся еще просвет.

По неотложным показаниям нами были оперированы 13 из 36 больных. У 22 больных явления острой непроходимости удалось уменьшить консервативными мероприятиями. Они были обследованы на протяжении 2—3 дней и затем оперированы в плановом порядке. 1 больной отказался от операции.

Мы придерживаемся мнения о необходимости выполнения радикальной операции у большинства больных, поэтому чаще резецируем кишку в пределах здоровых тканей или производим гемиколэктомию. У лиц сравнительно молодого возраста при общем удовлетворительном состоянии эта операция допустима в один момент, особенно при расположении опухоли в слепой или восходящей части кишки.

Пожилые и ослабленные больные плохо переносят одномоментную резекцию толстых кишок при острой их непроходимости и погибают от перитонита, связанного с несостоятельностью анастомоза. Им следует расчленить операцию на два или более этапов. Там, где это положение не соблюдалось дежурными хирургами, исход, как правило, был неудовлетворительным.

Наконец, при далеко зашедшем процессе мы не отказывались и от паллиативных операций, прибегая к наложению обходных анастомозов или образуя *anus praeter naturalis*.

Общие данные о локализации опухоли, характере выполненных операций и исходах лечения приведены в таблице.

Вид и локализация опухоли	Характер операций					Всего оперировано	Отказались от операции
	резекция одномоментная	гемиколэктомия одномоментная	обходной анастомоз	наложение свища	ампутация кишки		
Рак правой половины толстой кишки	$\frac{5}{1}$	$\frac{3}{1}$	$\frac{2}{1}$	—	—	$\frac{10}{3}$	—
Саркома слепой кишки	—	$\frac{3}{0}$	—	—	—	$\frac{3}{0}$	—
Рак левой половины толстой кишки	$\frac{10}{8}$	$\frac{2}{1}$	$\frac{5}{3}$	$\frac{2}{2}$	—	$\frac{19}{14}$	1
Рак прямой кишки	$\frac{1}{0}$	—	—	$\frac{1}{0}$	$\frac{1}{0}$	$\frac{3}{0}$	—
Итого . . .	$\frac{16}{9}$	$\frac{8}{2}$	$\frac{7}{4}$	$\frac{3}{2}$	$\frac{1}{0}$	$\frac{35}{17}$	1

Примечание: в числителе — число операций, в знаменателе — число смертельных исходов.

Радикальные вмешательства при опухолях толстой кишки, осложненных острой кишечной непроходимостью, удается выполнить немногим более чем у половины больных. Смертность при этой патологии еще очень высока. Не менее высока она и среди больных, которым произведены только паллиативные вмешательства. Из 35 оперированных больных в клинике умерло 17. Все это говорит о тяжести поступающих больных, запущенности заболевания, которое не было выявлено до развития острой кишечной непроходимости, а значит, не были приняты меры к более раннему оперативному вмешательству.

УДК 616.61—006

О РАЗВИТИИ ГИПЕРНЕФРОИДНОГО РАКА ИЗ ЭПИТЕЛИЯ КАПСУЛЫ ШУМЛЯНСКОГО — БОУМЕНА

В. И. Дадыкина

Патологоанатомический отдел (зав. — докт. мед. наук В. А. Одинокова) МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. Научн. консультант — акад. АМН СССР проф. А. П. Авцын

Из наблюдавшихся нами 300 больных гипернефроидным раком у 5 (возраст — от 31 до 70 лет) рак возник из эпителия капсулы Шумлянско-го — Боумена. Давность заболевания — от года до 16 лет. У 3 больных опухоли были диагностированы клини-