

(ретикулярных клеток при $P < 0,05$ и миелобластов — гемоцитобластов при $P < 0,01$), но больше более зрелых клеток нейтрофильного ряда, чем в костном мозгу. Так, наблюдалось достоверное увеличение нейтрофильных миелоцитов ($P < 0,05$) и палочкоядерных клеток ($P < 0,05$). Это увеличение было относительным, так как многие бластные клетки были уже разрушены в венозной крови. Количество разрушенных клеток в лейкоконцентрате колебалось от 150 до 335, а в пунктате костного мозга — от 45 до 180 на 500 подсчитанных клеток. Попутно мы обратили внимание, что содержание лимфоцитов в лейкоконцентрате из венозной крови всегда было больше, чем в пунктате костного мозга ($P < 0,05$). Это объясняется поступлением лимфоцитов в венозное русло из лимфатической системы других органов.

Итак, сравнивая препараты концентрата лейкоцитов, стернального пунктата и периферической крови, можно сделать следующие выводы.

1. Методика получения концентрата лейкоцитов гораздо проще и менее травматична, чем стерральная пункция, и поэтому больше пригодна для динамического наблюдения за кровотворением.

2. Лейкоконцентрат не заменяет стеральной пункции, но дает возможность следить в динамике за изменениями кровотоения у больных острым лейкозом, не производя стеральной пункции, так как по клеточному составу лейкоконцентрат ближе к пунктату костного мозга, чем к периферической крови.

3. Метод концентрации лейкоцитов имеет большие преимущества перед исследованием периферической крови, так как дает возможность выявить большее количество патологических форм лейкоцитов и лучше изучить структуру этих клеток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирская Е. Б. Пробл. гематол. и перелив. крови, 1964, 2. — 2. Емелина Л. И. Лаб. дело, 1966, 3. — 3. Поспелова Р. А. Метод лейкоконцентрации и его клиническое значение. Автореф. канд. дисс., М., 1967. — 4. Фокина Т. Н., Дубровская В. С., Свирина З. Л. Лаб. дело, 1964, 11.

УДК 616.24—006.6—089.87

О ЧАСТИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ЛЕГКОГО ПРИ РАКЕ

Проф. Г. Л. Ратнер, В. И. Варгузина

Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. Г. Л. Ратнер) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

В последнее время как в отечественной, так и в зарубежной литературе появляется все больше работ, посвященных выбору объема резекций при первичном раке легкого. Одни авторы, сравнивая результаты операций после частичных резекций и пневмонэктомий, приходят к выводу, что лобэктомия может быть операцией выбора при первичном раке легкого; другие, выработав более широкие показания к лобэктомиям, прибегают к ним довольно часто, не противопоставляя их пневмонэктомиям. Целесообразность частичных резекций и показания к ним должны определяться изучением непосредственных и, главным образом, отдаленных результатов хирургического лечения первичного рака легкого.

С 1956 по 1965 г. в нашей клинике произведено 205 радикальных операций при первичном раке легкого, из них 125 пневмонэктомий и 80 частичных резекций (лобэктomий и билобэктomий). У всех больных отдаленные результаты прослежены в сроки свыше 5 лет. Число частичных резекций в клинике при раке легкого в последние годы увеличилось, что связано как с диагностикой более ранних форм рака легкого, так и с расширением показаний к частичным резекциям, особенно у пожилых и ослабленных больных.

Частичные резекции мы производили при I и II стадиях опухолевого процесса. В этих случаях делали радикальную лобэктомию — удаляли долю вместе с регионарными лимфатическими узлами. При III ст. периферического рака легкого мы прибегали к расширенным

лобэктомиям и билобэктомиям (при ограниченном врастании опухоли в соседние органы). Показания к частичным резекциям в этой стадии опухолевого процесса расширялись у больных с резко выраженной недостаточностью функции внешнего дыхания и сердечной деятельности, для которых пневмонэктомия являлась операцией большого риска.

В процессе частичных резекций легкого мы ни разу не наблюдали шока, рефлекторной остановки сердца, эмболии сосудов головного мозга, которые встречаются при пневмонэктомиях, особенно расширенных. Реже возникали и массивные кровотечения.

Послеоперационный период при частичных резекциях протекал значительно лучше, осложнения составили $36 \pm 5,3\%$, тогда как при пневмонэктомиях — $50 \pm 4,4\%$.

Осложнения, которые мы наблюдали после частичных резекций в раннем послеоперационном периоде, были обусловлены ателектазом и пневмонией в оставшихся долях легкого.

В позднем послеоперационном периоде удаление всего легкого также давало больше осложнений. Бронхиальный свищ и эмпиема плевральной полости после пневмонэктомий возникли в $30,7 \pm 4,09\%$, а после частичных резекций — в $18,2 \pm 4,26\%$. Кроме того, после частичных резекций они протекали значительно легче и редко (у 1 больного) приводили к летальному исходу. Пневмонэктомии даже в случае выполнения их при ограниченном раке легкого (I—II ст.) чаще осложнялись бронхиальными свищами и эмпиемами плевральной полости ($31,2 \pm 11,8\%$), чем лобэктомии ($13,6 \pm 5,16\%$).

Послеоперационная летальность при пневмонэктомиях составила $16,5 \pm 3,28\%$, а при лобэктомиях — $9,7 \pm 3,25$. Несмотря на успехи хирургии и анестезиологии, которые способствовали в последние годы резкому снижению послеоперационной летальности, после пневмонэктомий все же наблюдаются случаи смерти. Летальность после пневмонэктомий за последние 2 года составила $2,2\%$, в то время как после лобэктомий за это же время, несмотря на абсолютное увеличение числа частичных резекций, она снизилась до нуля.

Основными причинами летальных исходов у больных после пневмонэктомии по поводу первичного рака легкого были эмпиема плевральной полости и бронхиальный свищ (9), сердечно-сосудистая недостаточность (3), шок (2). После лобэктомий основной причиной смерти была пневмония (4).

Из 106 больных, выписанных из клиники после пневмонэктомии по поводу рака легкого, отдаленные результаты прослежены у 104. После лобэктомии отдаленные результаты прослежены у 73 из 74 больных. Умерли в разные сроки после выписки 125 человек, живы 52 (29 — после пневмонэктомий и 23 — после лобэктомий).

Продолжительность жизни больных в отдаленные сроки после частичных резекций по поводу первичного рака легкого оказывается не ниже, чем после удаления всего легкого. Свыше 5 лет после операции живут $40,5 \pm 5,9\%$ больных, которым была произведена лобэктомия (билобэктомия), и $36,0 \pm 5,07\%$ больных, которым была произведена пневмонэктомия.

Сравнение отдаленных результатов после пневмонэктомии и лобэктомии у больных с I и II ст. опухолевого процесса не выявило достоверных различий в продолжительности жизни этих больных. 5 лет после операции живет единственный больной, которому по поводу I ст. рака левого главного бронха произведена пневмонэктомия, и 4 из 5 больных ($80 \pm 17,8\%$), которым в этой стадии рака произведена лобэктомия.

Среди лиц, оперированных во II ст. рака легкого, свыше 5 лет живут $76,9 \pm 11,6\%$ больных после пневмонэктомии и $60,6 \pm 8,3\%$ больных

после лобэктомии. Таким образом, пневмонэктомии и лобэктомии у больных с I и II ст. опухолевого процесса дают одинаковые результаты.

При III ст. периферического рака отдаленные результаты после пневмонэктомий и лобэктомий существенно не отличаются. Свыше 5 лет живут $19 \pm 8,5\%$ больных после пневмонэктомии и $14,2 \pm 7,6\%$ после лобэктомии. При распространении периферического рака легкого на париетальную плевру, грудную стенку или другие соседние органы пневмонэктомия не являлась более радикальной операцией, чем лобэктомия.

У больных с III ст. центрального рака пневмонэктомия дает лучшие отдаленные результаты. 5-летняя выживаемость больных после удаления всего легкого выше ($34,4 \pm 6,5\%$), чем после лобэктомии ($12,5 \pm 11,6\%$). Лобэктомию у этих больных производили в случаях резкого нарушения функции внешнего дыхания, когда пневмонэктомия была невыполнима.

Изучение продолжительности жизни радикально оперированных больных в зависимости от гистологической структуры опухоли показало, что при всех гистологических формах рака легкого отдаленные результаты после лобэктомии были не хуже, чем после пневмонэктомии. После операций по поводу недифференцированных форм рака легкого свыше 5 лет жили $42,8 \pm 18,7\%$ больных, которым произведены лобэктомии, и $32,1 \pm 8,8\%$ больных, которым произведены пневмонэктомии. При аденокарциномах пятилетняя продолжительность жизни прослежена соответственно в $38,4 \pm 12,8$ и $25,0 \pm 17,0\%$, при плоскоклеточном раке — в $43,4$ и $41,7\%$. Поэтому мы считаем, что гистологическая структура опухоли в случае ограниченного рака легкого (I—II ст.) не может определять объем резекции.

Выполнение частичных резекций было чаще возможно при локализации опухоли в нижних долях легкого, что связано с анатомическим строением бронхиального дерева. Отдаленные результаты после этих операций были не хуже, чем после пневмонэктомии, так как возможные метастазы опухоли из этих долей в забрюшинные лимфоузлы все равно не удаляются при любом виде оперативного вмешательства.

Показания к частичным резекциям при первичном раке легкого, по нашему мнению, можно свести к следующим.

Радикальная лобэктомия (билобэктомия) показана:

- при I и II ст. периферического рака;
- при I и II ст. центрального рака с локализацией опухоли в сегментарном бронхе или устье сегментарных бронхов;
- при I и II ст. центрального рака с локализацией опухоли в дистальном отделе среднедолевого или нижнедолевого бронха у пожилых и ослабленных больных;

— при III ст. периферического рака справа в случае прорастания междолевой борозды, когда нет метастазов или имеются единичные метастазы в регионарных лимфоузлах (радикальная билобэктомия).

Расширенная лобэктомия (билобэктомия) показана:

— при III ст. периферического рака в случае ограниченного прорастания париетальной плевры и грудной стенки без метастазов в регионарных лимфоузлах;

— при III ст. периферического рака с метастазами в регионарных лимфоузлах и единичными метастазами в лимфоузлах средостения у больных с выраженной недостаточностью функции внешнего дыхания и сердечной деятельности, для которых пневмонэктомия является операцией «большого риска».

Лобэктомия целесообразна также в случаях паллиативных резекций, если опухоль с полостью распада служит очагом тяжелой интоксикации или причиной легочных кровотечений.

Таким образом, сравнивая непосредственные и отдаленные результаты после пневмонэктомий и частичных резекций при раке легкого, мы пришли к выводу, что небольшая частота осложнений, невысокая послеоперационная летальность и удовлетворительные отдаленные результаты делают лобэктомии обоснованным методом хирургического лечения первичного рака легкого у определенной категории больных. Пневмонэктомии и лобэктомии не следует противопоставлять друг другу. Правильный выбор их должен обосновываться соответствующими показаниями.

УДК 616.345—006.6—089

ОБ ОБЪЕМЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Доктор мед. наук проф. В. И. Парахоняк

Кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета (зав. — проф. В. И. Парахоняк) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Рак толстой кишки в последние годы встречается все чаще и чаще. Если с 1950 по 1964 г. в нашей клинике было оперировано 188 больных с различной локализацией рака толстой кишки (кроме прямой), то за последние шесть лет — 149 больных, что говорит не только об улучшении диагностики и повышении интереса к этой форме ракового поражения с нашей стороны, но и об абсолютном росте рака толстой кишки.

В клинической практике приходится еще сталкиваться с запоздалой диагностикой данного заболевания и отсюда — с большим числом неоперабельных больных (34,2%). Так, из 149 больных, которые были оперированы за последние шесть лет, у 45 были сделаны паллиативные вмешательства и у 6 — пробные чревосечения.

Кроме того, несмотря на бурное развитие желудочно-кишечной хирургии, еще остается высоким процент летальности после операций на толстой кишке.

Успех оперативного лечения рака толстой кишки зависит от многих факторов, в частности от ранней диагностики, локализации опухоли по ходу кишечника, стадии заболевания, от возраста и тщательности подготовки больного к операции, выбора оперативного вмешательства с учетом распространенности опухоли внутри стенок кишки и регионального метастазирования, внимательного и должного послеоперационного ведения больного и в значительной степени — от подготовки хирурга, производящего это оперативное вмешательство. Исход лечения больных меньше зависит от метода операции, чем от качества ее выполнения. Этим в известной мере объясняется процентная разница послеоперационной летальности у различных хирургов.

Локализация злокачественной опухоли предопределяет характер и метод оперативного вмешательства, одномоментность или многомоментность операций.

Особенности строения и функции различных отделов толстой кишки обуславливают и различную частоту локализации злокачественных опухолей и их морфологическую структуру. Слева мы чаще встречаемся с эндофитными формами рака, которые протекают более злокачественно, чем экзофитные раки правой половины толстой кишки. По данным Г. Б. Быховского, правая половина толстой кишки поражается в 70—80%, а левая — в 14—24%. Другие же авторы [12, 15] указывают