

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

на более частое поражение раковой опухолью левой половины толстой кишки.

Мы располагаем наблюдениями над 337 больными раком толстой кишки (за 1950—1970 гг.)¹. Правая половина кишки была поражена у 182 больных, левая — у 155. Наиболее часто были поражены слепая (92) и сигмовидная (98) кишки, исключая ректосигмоидный отдел, который был поражен у 28 больных.

Ближайшие и отдаленные результаты исходов после радикальных операций по поводу рака правой половины лучше, чем слева. Это объясняется различным объемом оперативных вмешательств при раке правой и левой половины толстой кишки. Операции на правой половине создают условия для радикального удаления первичной опухоли и регионарных метастазов. Операции на левой половине кишечника хирурги часто делают нерадикально, экономно, без учета возможного метастазирования и степени интратеночного распространения опухоли. Это обуславливает возможность рецидива ее и быстрое развитие метастазов в ближайшие сроки после операции.

Существует множество способов хирургических вмешательств по поводу рака толстой кишки, что указывает на различный подход хирургов к объему удаляемых тканей и технике исполнения самого оперативного пособия.

Первая радикальная операция осуществлена в 1833 г. Рейбардом по поводу рака сигмовидной кишки. За прошедшие с тех пор 138 лет хирургическое лечение опухолей толстой кишки претерпело большую эволюцию. К настоящему времени почти все хирурги пришли к единому мнению, что при правостороннем поражении раком толстой кишки необходима правосторонняя гемиколэктомия с широким иссечением клетчатки и лимфатических узлов. Целесообразным при этом является дополнение Л. М. Ратнера и Н. П. Кожевниковой, которые при запущенных формах рака слепой и восходящей части толстой кишки производят гемиколэктомию с созданием «малой брюшной полости», что позволяет удалять вместе с опухолью значительные участки передней брюшной стенки при прорастании в нее опухоли. Однако следует согласиться с А. М. Ганичкиным, что большое значение имеет не протяженность удаляемого участка кишки, а полнота удаления регионарных лимфатических узлов.

Наиболее сложным продолжает оставаться вопрос об оперативном лечении рака левой половины толстой кишки. Многие авторы предлагали свои оригинальные оперативные пособия, которые временно получали признание, а затем предавались забвению. К настоящему времени наиболее рациональными операциями при левосторонней локализации раковой опухоли считается: 1) одномоментная левосторонняя гемиколэктомия; 2) левосторонняя гемиколэктомия с предварительной цекостомией или колостомией; 3) одномоментная внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки; 4) одномоментная комбинированная брюшно-анальная резекция прямой и сигмовидной кишки по Нисневичу—Петрову—Холдину; 5) одномоментная резекция сигмовидной кишки с выведением проксимального конца в виде одноствольного противоестественного заднего прохода и ушиванием дистального конца кишки наглухо (операция по Гартману); 6) одномоментная брюшно-анальная резекция сигмовидной кишки инвагинационным методом по Грекову-I; 7) двухмоментные резекции по Микуличу и Грекову-II с наружным отведением кишечного содержимого; 8) двухмоментная

¹ Наши наблюдения касаются больных из клиники общей хирургии, возглавляемой проф. А. И. Кожевниковым, и с 1970 г. — клиники госпитальной хирургии педиатрического факультета.

резекция кишки по Гохенеггу с внутренним отведением кишечного содержимого; 9) трехмоментная операция по Шлофферу.

В литературе трудно найти данные о преимуществе того или иного вида оперативного вмешательства. Лишь В. Н. Демин указывает на некоторые преимущества операций по С. А. Холдину и брюшно-анальных резекций дистального отдела сигмовидной кишки и прямой перед другими оперативными вмешательствами.

Мы считаем, что достаточный радикализм и отдаленный успех лечения больных могут быть достигнуты лишь тогда, когда вместе с первичной опухолью удаляется наибольшее число регионарных лимфатических узлов, а также при условии бережного обращения с опухолью в процессе ее удаления, чтобы не рассеивать раковые клетки в просвет кишки и по кишечным венам и тем самым избежать их имплантации по линии резекции.

Некоторые авторы рекомендуют в целях радикализма производить широкую резекцию толстой кишки с перевязкой нижнебрыжеечной артерии у места ее отхождения от аорты [18, 19, 20], что должно найти полное признание. Резекция левой половины толстой кишки, включая нисходящую, сигмовидную и часть прямой, создает обширный дефект в протяженности кишки, а мобилизация поперечно-ободочной и анастомозирование ее с прямой кишкой чреваты опасностью расхождения анастомоза.

В. М. Дурмашкин, изучавший сосудистую архитектуру толстой кишки, указывал, что не у всех больных возможно такое низведение из-за рассыпного типа строения сосудов. Поэтому многие хирурги, встретившись с такими трудностями, особенно в неклинических учреждениях, считают возможным производить экономные резекции, что неверно с онкологических позиций.

На основании личного опыта мы пришли к мнению о необходимости расширенных операций при раке толстой кишки с целью соблюдения радикализма. Нами предложена соответствующая схема² радикальных операций, которая предусматривает при правосторонней локализации опухоли производить правостороннюю гемиколэктомию, а при расположении опухоли в области селезеночного изгиба, нисходящего отдела ободочной кишки и проксимального отдела сигмовидной — левостороннюю. При поражении поперечно-ободочной кишки показана резекция почти всей или большей части ее с анастомозом в конец или с тонкокишечной вставкой, при поражении сигмовидной — резекция ее или операция Гартмана с последующей илеоколопластикой.

Обширные резекции правой и левой половины толстой кишки, предусмотренные данной схемой, диктуются не только стремлением к радикализму, но и непригодностью для анастомозирования участков восходящего и нисходящего отделов кишки, частично не покрытых брюшиной. Одновременно следует учитывать состояние толстой кишки к моменту операции. При явлениях кишечной непроходимости показаны, как правило, двухмоментные операции.

В таких случаях целесообразно при раковом поражении левой половины толстой кишки применять операцию по Гартману. Эта операция достаточно радикальна и позволяет сохранить всю прямую кишку или часть ее. В последующем при отсутствии рецидива и метастазов возможно осуществить пластическую замену дефекта толстой кишки и избавить больного от пожизненного противоестественного заднего прохода на животе.

На основании экспериментального изучения различных вариантов илеоколоректопластики [11] мы выполнили эту операцию у 19 больных, из них у 5 — при раковом поражении ректосигмоидного отдела. Наш

² Хирургия, 1970, 12.

клинический опыт показал, что техническая сложность и риск илеоколоректопластики несколько не больше, чем мобилизация на большом протяжении поперечно-ободочной кишки для низведения ее в малый таз и соединения с культей прямой кишки, а большая прочность швов между тонкой и толстой кишкой в сравнении с соустьями между отрезками толстой кишки общеизвестна.

ВЫВОДЫ

1. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения рака толстой кишки зависит от ранней и своевременной диагностики, состояния больного, локализация опухоли по ходу кишечника, продуманного выбора оперативного вмешательства, бережного оперирования, тщательной дооперационной подготовки и внимательного послеоперационного ведения больных.

2. Объем радикальных операций определяется распространенностью опухоли внутри стенок кишки и регионарного метастазирования; обязательно широкое иссечение первичной опухоли с удалением всего коллектора лимфатических узлов пораженного сегмента кишки.

3. С целью замещения обширных дефектов на протяжении толстой кишки при ее резекции, а также избавления больного от необходимости ношения пожизненного противоестественного заднего прохода возможно применение тонкокишечной пластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн Б. Л. Рак толстой кишки. Медгиз, Л., 1956.
2. Быховский Г. Б. В сб.: Злокачественные новообразования. Киев, 1937, 2.
3. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. Л., 1970.
4. Демин В. Н. Рациональные границы операций при раке ободочной и прямой кишок. Медицина, М., 1964.
5. Дурмашкин В. М. Тр. ГМИ им. С. М. Кирова, г. Горький, 1947.
6. Кожевников А. И., Шефтель А. Я. Тр. Всесоюз. конф. хирургов и анестезиологов. Л., 1959.
7. Кожевникова Н. П. Рак слепой и восходящей кишок. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1953.
8. Кузнецов В. А. Тр. Всесоюз. конф. хирургов, 1960.
9. Кунцевич Д. Е. Рак толстой кишки. Вильнюс, 1965.
10. Петров Б. А. Тр. Всесоюз. конф. хирургов, травматологов, анестезиологов, 1960.
11. Парахоняк В. И. Экспер. хир. и анестезиол., 1964, 2; Илеоколоректопластика при дефектах левой половины толстой кишки. Автореф. докт. дисс., Горький, 1967.
12. Хоранов А. X. Хирургия, 1961, 2.
13. Hartmann H. XXX Congr. Franc. de chir., 1921, 411.
14. Jones F. E. Surg. Clin. North. Am., 1948, 28, 1159—1170.
15. Lahey F. H. Surg. Practice of the Lahey Clinic. Philadelphia—London, 1942, 466—479.
16. Lazar D. Chirurg., 1951, 22, 10, 457—461.
17. Portman F. Am. J. Surg., 1950, 80, 3, 318—323.
18. Ransom H. K. Arch. Surg., 64, 5, 707—725.
19. Rogers F. A. Am. J. Surg., 1957, 93, 5, 860—864.
20. Swinton N. W. Ibid., 1956, 92, 5, 724—734.

УДК 616.351—006.6—089

СИНХРОННАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПОРАЖЕННОЙ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Канд. мед. наук В. Б. Александров, И. М. Иноятов

Научно-исследовательская лаборатория по проктологии с клиникой МЗ РСФСР, Москва

Комбинированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с удалением всего дистального отдела ее вместе с жомом и леваторами сохраняет свое значение как единственный радикальный метод лечения рака прямой кишки, располагающегося на высоте до 6 см от ануса.

В лаборатории по проктологии с клиникой МЗ РСФСР за 1960—1969 гг. выполнено 350 одномоментных комбинированных экстирпаций прямой кишки с наложением одноствольного подвздошного ануса на сигму, что составляет 54% от числа всех