

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. Х. 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

радикальных операций в клинике за эти годы. 150 больным произведена типичная операция Кеню—Майльса и 200—синхронная экстирпация прямой кишки.

Выделение всей прямой кишки связано с большим травмированием органов и тканей малого таза и промежности, длительными манипуляциями в брюшной полости и оставлением большой полости в малом тазу на месте удаленной прямой кишки. В результате после операции возникают осложнения более чем у 50% больных. Характер и частота операционных и послеоперационных осложнений, наблюдавшихся у наших больных, приведены в таблице.

Характер осложнения	Всего осложнений		В том числе			
	абс. число	%	при типичной операции по Кеню—Майльсу (150 больных)		при синхронной экстирпации прямой кишки (200 больных)	
			абс. число	%	абс. число	%
Шок	6	1,7	6	4,0	—	—
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	11	3,0	8	5,3	3	1,5
Тромбоэмболия легочной артерии и сосудов головного мозга	8	2,3	6	4,0	2	1,0
Пневмония	16	4,5	14	9,3	2	1,0
Механическая непроходимость кишечника	14	4,0	13	8,7	1	0,5
Перитонит	14	4,0	10	6,6	4	2,0
Парез кишечника	30	8,6	24	16,0	6	3,0
Эвентерация	2	0,7	1	0,75	1	0,5
Нагноение и некроз в области сигмостомы	8	2,3	4	2,6	4	2,0
Тяжелое нагноение в промежностной ране	45	12,9	38	25,3	7	3,5
Инфекция в области лапаротомного шва	20	5,7	14	9,3	6	3,0
Нарушение произвольного мочеиспускания	88	25,1	76	50,6	12	6,0
Цистит (клинические проявления)	48	13,7	37	24,8	11	5,5
Ранения мочеточников	4	1,1	3	2,0	1	0,5
Ранения уретры	4	1,1	2	1,3	2	1,0
Тромбофлебит нижних конечностей	7	2,0	6	4,0	1	0,5

Особого внимания требуют такие осложнения, как перитонит, парез и механическая непроходимость кишечника; шок, сердечно-сосудистая недостаточность и тромбоэмболии; воспалительные осложнения в промежностной ране и травмы мочеточников, которые в значительной степени определяют течение послеоперационного периода.

Операционный шок благодаря современному обезболиванию, улучшению оперативной техники, переливанию крови и кровезаменителей стал редким осложнением. Однако еще встречается постгеморрагический шок. У 6 больных, оперированных по Кеню—Майльсу в 1960—1965 гг., операционный период осложнился шоком, обусловленным профузным кровотечением из вен крестца или крупных сосудов боковых стенок таза. Остановить кровотечение глубоко в тазу, особенно когда оно возникает до завершения мобилизации прямой кишки, очень трудно. Кровопотеря при этом может достигать 1500—2000 мл и более и становится опасной для жизни больного. Такая опасность возникает и при нарушении принципа футлярности во время мобилизации кишки. В то же время хирург не всегда гарантирован от повреждения крупных сосудов таза при выделении кишки с опухолью, инфильтрирующей соседние органы. Такая опасность возникает и при нарушении принципа футлярности во время мобилизации кишки.

Перитонит осложнил послеоперационное течение у 14 наших больных. Первичный перитонит, когда осложнение развилось в результате инфицирования брюшной полости в процессе операции, был диагностирован у 5 больных. Еще у 9 больных перитонит был обусловлен непроходимостью кишечника, некрозом сигмостомы, релапаротомией, т. е. в большинстве своем какими-либо техническими погрешностями во время операции.

Типичная экстирпация прямой кишки сопровождается вскрытием просвета толстой кишки в брюшной полости. Дистальная культя прямой кишки длительный период (не менее 50—60 мин.) контактирует с брюшной полостью и клетчаткой таза. Как показали исследования, проведенные методом интраоперационных посевов с органов брюшной полости, у 20% больных при этом инфицируются прилежащие органы

и ткани. Таким образом, в самой методике операции заложена опасность инфицирования брюшной полости и клетчатки таза. Однако умеренное количество микроорганизмов, обсеменяющих брюшину и ткани, хорошее последующее промывание таза растворами антибиотиков и хорошая реактивность брюшины, как правило (но не всегда!), позволяют предотвратить развитие воспалительного процесса в брюшной полости.

Намного хуже складываются обстоятельства при повреждении кишки во время операции. Такие повреждения бывают весьма часто. В некоторых случаях они обусловлены явными техническими погрешностями, допущенными хирургом, весьма грубыми манипуляциями с кишкой, в других случаях кишка лопается по опухоли, как «зрелый плод», при малейшем потягивании за нее или надавливании даже со стороны, противоположной опухоли. Завершение мобилизации прямой кишки в брюшной полости в таких неблагоприятных условиях чревато опасностью обширной диссеминации инфекции в брюшной полости и в тазу и последующим развитием перитонита.

Естественно, что перед хирургией прямой кишки стоит задача исключения или сведения до минимума элемента случайности в послеоперационном течении с учетом вышеуказанных обстоятельств.

Послеоперационный парез кишечника развился у 32 оперированных больных. При изучении причин пареза кишечника у 150 больных нами отмечена определенная зависимость между продолжительностью операции, частотой возникновения пареза кишечника и его тяжестью.

После трудных операций, продолжавшихся более 3 часов, парез кишечника возникал особенно часто (у $\frac{1}{3}$ больных). И наоборот, при сокращении продолжительности операции до 1 часа 10 мин.—1 часа 30 мин, парезов кишечника не было.

При продолжительных и травматичных операциях комплекс патологических рефлекторных, механических, физических и бактериальных факторов является решающим звеном в патогенезе послеоперационных парезов кишечника.

Улучшение оперативной техники, отработка деталей операции при хорошей релаксации мышц брюшной стенки и диафрагмы сводят до минимума травму кишечника. После лапаротомии целесообразно придавать больному положение Тренделенбурга до 10—12°. При этом петли тонкого кишечника перемещаются в верхние отделы брюшной полости и не травмируются хирургом. Сокращение времени операции до 2 часов — 1 часа 20 мин. при прочих равных условиях очень благоприятно сказывается на функции кишечника после операции.

Механическая непроходимость кишечника, относящаяся к числу наиболее тяжелых осложнений, встретилась в 4,0% наших наблюдений (у 14 больных). Механический илеус чаще обуславливается спаечным процессом в брюшной полости. Типичным осложнением является также ущемление петли тонкой кишки за сигмостомой. Симптоматика механической непроходимости кишечника появляется на 3—6-й день после операции (в отдельных случаях — в более поздние сроки).

Спаечная непроходимость кишечника часто развивается вследствие инфицирования брюшной полости. У 6 больных (из 10) механический илеус возник в результате припаивания петли тонкой кишки к линии шва тазовой брюшины. В развитии спаечного процесса в тазу решающую роль играет проникновение инфекции из промежуточной раны в брюшную полость. Два обстоятельства способствуют этому: недостаточная герметичность однорядного шва брюшины тазового дна и нарушение оттока из глубины промежуточной раны, обусловленной тугой ее тампонадой. Для предупреждения острой механической непроходимости кишечника, развивающейся вследствие адгезивного процесса в тазу, следует тщательно ушивать брюшину тазового дна и отказываться от тугой тампонады промежуточной раны как метода лечения.

Во всех случаях может быть предупреждено и ущемление петли тонкой кишки за сигмостомой. Для этого надо подшить брыжейку мобилизованной сигмовидной кишки к париетальной брюшине боковой стенки живота 3—4 узловатыми шелковыми швами.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность и осложнения со стороны органов дыхания в значительной своей части являются отражением осложнений, развивающихся в брюшной полости. Высокое стояние диафрагмы, общая интоксикация, сопровождающаяся возбуждением больного, потеря жидкости и электролитов в результате пареза кишечника или перитонита приводят к острым циркуляторным нарушениям и пневмониям. В наших наблюдениях во второй группе больных (см. табл.) мы редко наблюдали эти серьезные осложнения даже при расширении показаний к операции.

Нами прослежено послеоперационное течение у больных при различной методике лечения промежуточной раны. Применялось тугое тампонирование промежуточной раны с мазью Вишневского, частичное ушивание раны с дренированием трубкой или рыхлым тампоном и ушивание промежуточной раны наглухо.

При тугом тампонировании нарушается отток из глубины раны, создаются обширные входные ворота для вторичной инфекции, искусственно увеличивается объем полости, в результате процесс заживления промежуточной раны бывает длительным. При этом в клиническом течении послеоперационного периода у большинства больных (у 62%) ведущей становится симптоматика инфекции в промежуточной ране с картиной в различной степени выраженной интоксикации. При частичном ушивании промежуточной раны такое неблагоприятное течение после операции наблюдалось у $\frac{1}{3}$ больных.

Инфекция в промежностной ране и тугая тампонада ее играют существенную роль в развитии некоторых других серьезных осложнений: непроходимости кишечника, нарушении функции мочевого пузыря, тромбозов нижних конечностей.

Для предупреждения указанных осложнений нами была применена у 119 больных методика бестампонного ведения промежностной раны с ушиванием ее наглухо и дренированием пресакрального пространства резиновой трубкой, проведенной через контрапертуру, с последующим отсасыванием жидкости и крови специальным вакуум-аппаратом малой мощности. При таком методе лечения промежностной раны послеоперационный период протекал намного лучше. Температура, как правило, была субфебрильной, а у многих больных — нормальной с первых дней после операции. Ни у одного из этих больных не было септического состояния или интоксикации, уже со 2-го дня после операции они чувствовали себя удовлетворительно.

Ушивание промежностной раны наглухо, по-видимому, является лучшим методом ее лечения, однако оно имеет свои показания и не всегда возможно. Нельзя ушивать промежностную рану наглухо, когда нет уверенности, что гемостаз произведен достаточно хорошо; если рана инфицирована вследствие повреждения прямой кишки в процессе мобилизации ее; при воспалительном процессе в параректальной клетчатке. В этих случаях следует рыхло тампонировать промежностную рану и частично ушивать ее.

Наши наблюдения позволяют сделать вывод, что тугая тампонада промежностной раны в качестве метода ее лечения не должна применяться.

Все еще большое количество осложнений и неблагоприятных исходов после операции побудило нас искать не только отдельные приемы, но и оперативный метод в целом, который в какой-то степени мог бы уменьшить недостатки идеальной операции Кеню — Майльса. В связи с этим с 1966 г. мы применяем синхронную экстирпацию прямой кишки.

Техника операции заключается в следующем. После лапаротомии и ревизии брюшной полости хирург первой бригады лигирует нижние брыжеечные сосуды, производит лирообразный разрез брюшины таза и, закончив мобилизацию задней и боковых стенок прямой кишки, приступает к формированию отверстия в брюшной стенке для противоестественного анаса.

В этот же период хирург второй бригады производит пресакральную новокаиновую блокаду, выделяет переднюю стенку прямой кишки, пересекает леваторы и рассечением связки Вальдейера и нижних отделов передне-боковых связок завершает мобилизацию прямой кишки. Выделенную кишку погружают в стерильный полиэтиленовый пакет и через брюшную полость протягивают в отверстие, специально подготовленное для противоестественного анаса. После этого первая бригада хирургов восстанавливает брюшину тазового дна, ушивает брюшную стенку и фиксирует сигмовидную кишку, вторая ушивает рану промежности. После окончания операции пораженный отдел кишки отсекают.

Как показали наблюдения, синхронная экстирпация прямой кишки двумя бригадами хирургов имеет ряд несомненных преимуществ перед типичной операцией Кеню — Майльса и позволяет разрешить ряд проблем, стоящих перед хирургией рака прямой кишки. Эти преимущества заключаются в следующем: 1) операция протекает намного быстрее — даже в трудных случаях не превышает 1,5 часов, что значительно снижает шокотгенность вмешательства и травму органов брюшной полости; 2) на протяжении всей операции просвет толстой кишки не вскрывается в брюшной полости, таким образом предупреждается инфицирование брюшной полости и обширная диссеминация отторгнутых раковых клеток из просвета кишки; 3) при синхронной экстирпации прямой кишки нет характерного для операции Кеню — Майльса длительного контакта культи пересеченной кишки с клетчаткой промежностной раны, что позволяет в большинстве случаев ушивать промежностную рану наглухо; 4) формирование тазового дна проходит в благоприятных условиях над свободной полостью таза, и герметичное ушивание брюшины не встречает трудностей; 5) на протяжении всего вмешательства положение больного не меняется, в результате не возникают циркуляторные нарушения, столь характерные для операции по методу Кеню — Майльса; 6) синхронный метод обеспечивает лучшие подходы и лучший визуальный контроль во время операции, своевременно производится гемостаз и значительно уменьшается кровопотеря; при возникновении каких-либо осложнений или трудностей двум бригадам хирургов легче с ними справиться.

Как показывает анализ наших наблюдений (см. табл.), выполнение брюшно-промежностной экстирпации синхронно двумя бригадами хирургов значительно улучшило послеоперационное течение: уменьшилось количество осложнений, снизилась летальность до 5,0% (в 1969 г. она составила 2,8%); сроки пребывания больных в стационаре после операции сократились до 16—22 дней. Из 200 больных, оперированных по этому методу, умерло 10, причем причины смерти не были связаны с особенностями метода. На последние 78 операций было только 2 летальных исхода.

Наш опыт позволяет рекомендовать синхронную экстирпацию прямой кишки для широкого применения в клиникских и лечебных учреждениях как метод, улучшающий непосредственные результаты лечения рака прямой кишки.