

ЛИТЕРАТУРА

1. А. М. Дыхно. Рак желудка, Красноярск, 1955.
2. В. И. Казанский. Чресплевральная резекция грудного отдела пищевода при раке. Медгиз, М., 1951.
3. А. А. Полянцев. Хирургическое лечение больных раком пищевода и кардии. Медгиз, М., 1954.
4. М. З. Сигал. Новая методика супракардиальных гастроэктоми и модификация техники электрохирургических субтотальных резекций желудка. 2 съезд онкологов и 3 съезд рентгенологов и радиологов УССР. Тезисы докладов, Киев, 1956, стр. 271—272.
5. М. З. Сигал. Новая модель желудочного зажима. В статье Ю. К. Квашнина: «Некоторые предложения по усовершенствованию хирургического инструментария и лечебно-диагностической аппаратуры». Хирургия, 6, 1956, стр. 80—83.
6. С. А. Холдин. Электрохирургические резекции и анастомозы на желудочно-кишечном канале. Л., 1941.
7. С. А. Холдин. Злокачественные опухоли желудка. В книге: «Злокачественные опухоли», т. 2, Л., 1952, стр. 489—649.
8. М. С. Шулман. Наша методика электрохирургической резекции желудка при раке. Новости медицины. Злокачественные опухоли. 1948, стр. 15—18.
9. W. Waupе Babcock. Aseptic Gastrointestinal Anastomosis; a One Clamp Method of Universal Application, surgery Gynecology and Obstetrics, Vol. 75, Numb. 4. 1942, 485—498.

Поступила 10 июня 1957 г.

НАШ ОПЫТ ТРАНСТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КАРДИИ И ПИЩЕВОДЕ

М. И. СОКОЛОВ и Е. Г. ШМАУС

Из 1-го хирургического отделения Златоустовской городской больницы

За последние 7—10 лет трансторакальные операции вышли из стен клиник и стали все шире применяться в периферийных больницах.

Первая трансторакальная операция была произведена нами в декабре 1948 г. по поводу рака кардии, и к настоящему времени мы располагаем 41 наблюдением. По поводу так называемого кардиоспазма оперировано 5; все под местным обезболиванием; по поводу рака пищевода — 11, из них радикально — только 2 (умер 1); по поводу рака кардии — 25, из них радикально — 17 (умерло 3). 4 больных оперированы под наркозом. Таким образом, радикальная операбельность рака указанной локализации составила на нашем материале 52,7%. (А. А. Полянцев приводит цифру операбельности в 50%).

В литературе нет единого мнения о необходимости наложения пневмоторакса перед операцией. В. И. Казанский, Лимберг считают его необходимым. Б. В. Петровский же пишет: «Наши весьма многочисленные наблюдения убедили нас в полной безопасности хирургического пневмоторакса при условии принятия соответствующих мер профилактики. В процессе работы мы постепенно стали отходить от наложения искусственного пневмоторакса перед операцией. Мы стали вскрывать грудную полость так же, как и брюшную, без специальной подготовки и не наблюдали при этом снижения давления и декомпенсации дыхания» [3].

С 1952 г. мы стали оперировать без предварительно наложенного искусственного пневмоторакса и убедились в правильности выводов Петровского.

Непосредственно перед операцией мы всегда производим двухстороннюю шейную вагосимпатическую блокаду.

Оперируем при положении больного на правом боку на специальной подставке, которая позволяет иметь совершенно свободной правую руку больного для систематического измерения кровяного давления, контроля пульса и пр. Капельное переливание крови и других жидкостей в вену стопы или голени производится в продолжение всей операции.

В межреберные промежутки обязательно вводим спирт с новокаином для предотвращения послеоперационных болей.

По поводу кардиоспазма большинство авторов считает операцией выбора эзофагогастроанастомоз по Гейровскому — Юдину.

По поводу этого заболевания нами оперировано 5 человек. В 4 случаях был наложен линейный эзофагогастроанастомоз, в 1 — У-образный в модификации Юдина. Все оперированы трансторакально под местным обезболиванием с хорошим непосредственным эффектом. У одного через 3 года после операции вернулись все прежние симптомы.

По поводу рака кардии и пищевода мы сделали 19 радикальных операций. Из них в 14 случаях операция была закончена внутригрудным эзофагогастроанастомозом, а в 5 случаях — эзофагоеюноанастомозом.

Непосредственно после операции умерли: от недостаточности анастомоза — 3; от абсцедирующей пневмонии — 1.

В 1952 г. мы укрепляем внутригрудной анастомоз диафрагмальным лоскутом по Б. В. Петровскому. Впервые применив это предложение при резекции кардии, мы совершили ошибку, взяв короткий лоскут, которого хватило только на переднюю губу анастомоза.

На 12 день после операции обнаружена была недостаточность анастомоза. Больной умер. На вскрытии было обнаружено, что лоскут прочно сросся с пищеводом и желудком; на задней стороне, где не было лоскута, анастомоз разошелся.

После этого случая мы 11 раз применяли диафрагмальный лоскут с неизменным успехом. Но однажды нам еще раз пришлось убедиться в прочности анастомоза, укрепленного диафрагмальным лоскутом.

22 сентября 1953 г. после резекции пораженного участка пищевода был наложен эзофагогастроанастомоз на уровне 8 грудного позвонка, и анастомоз укреплен диафрагмальным лоскутом.

Гладкое послеоперационное течение. Так как у больного полностью отсутствовали зубы, ему была запрещена твердая пища до изготовления зубного протеза.

На 20-й день, перед выпиской, больной внезапно не стал глотать даже воду. Рентгеноскопически обнаружена полная непроходимость анастомоза. Выяснилось, что больной проглотил 3 куска вареного мяса, не разжевывая.

При помощи эзофагоскопа было извлечено 3 куска мяса общим весом 50 г. Прокходимость полностью восстановилась.

Такая грубая манипуляция, как трехкратное введение эзофагоскопа, на 3-й неделе после операции прошла благополучно.

Торакотомий при неудаляемых раках мы сделали 17. При этих операциях осложнений не было.

Следовательно, из 36 случаев рака кардии и пищевода радикальные операции произведены 19 больным.

Из них 4 умерли непосредственно от послеоперационных осложнений, что составляет 21%.

Из выживших после операции контролю подверглись 6; из них через 5 лет жив 1; через 3 с половиной года жив 1; через 2 года — живы 2; через 1 год и менее — 2.

Б. В. Петровский в своей монографии «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» указывает, что на 90 операций он имел 22 смерти, что составляет 24,5%.

Вышеизложенное позволяет нам сделать следующие выводы:

1. При кардиоспазме следует переходить к более радикальным методам — резекции кардии.

2. Операбельность при раке кардии и пищевода у нас еще очень незначительна, причиной чего мы считаем запоздалую диагностику.

3. Применение диафрагмального лоскута значительно увеличивает надежность внутригрудного анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е. Л. Березов. Хирургия пищевода и кардии при раке. Горький, 1951.
2. В. И. Казанский. Чресплевральная резекция грудного отдела пищевода при раке. Медгиз, 1948.

3. Б. В. Петровский. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии. Москва, 1950.
4. Н. М. Амосов, И. П. Дедков, О. М. Авилова. Новый хирургический архив, № 3, 1955.
5. Н. Н. Еланский. Хирургия, № 4, 1956.
6. В. И. Казанский, Е. О. Ковалевский, К. Д. Макарова. Хирургия, № 11, 1956.
7. Б. В. Милонов. Хирургия, № 6, 1954.
8. Б. А. Петров. Хирургия, № 4, 1956.
9. Б. В. Петровский. Хирургия, № 8, 1952.
10. А. А. Полянцев. Хирургия, № 2, 1951.
11. А. Г. Соловьев и А. С. Пипко. Хирургия, № 1, 1953.
12. М. И. Соколов. Хирургия, № 10, 1954.

Поступила 17 июля 1957 г.

О НЕКОТОРЫХ ПРИНЦИПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ГОРТАНИ

Проф. Н. Н. ЛОЗАНОВ и канд. мед. наук Л. Г. СВАТКО

Из кафедры болезней уха, носа и горла (зав.— проф. Н. Н. Лозанов) Казанского
медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы

Хотя методы противораковой борьбы за последнее десятилетие значительно обогатились за счет широкого внедрения в практику ионизирующей радиации — лучевой терапии, все же следует признать, что в отношении рака гортани, как и некоторых других его локализаций, хирургические методы, при всех их отрицательных сторонах, во многих случаях остаются незаменимыми и потому подлежат дальнейшей разработке и совершенствованию. Это необходимо признать еще и потому, что в технике операций и послеоперационного лечения, как и в подборе наиболее целесообразных сочетаний оперирования с лучевым лечением, остается еще много сторон, не проверенных отдаленными результатами. В этом отношении особый интерес представляет история борьбы принципиального радикализма при оперировании рака гортани с принципом максимального ее щажения для предотвращения инвалидности.

Как известно, еще в прошлом столетии стремление к наибольшему радикализму при удалении пораженной раком гортани воспринималось и врачами, и пациентами по-разному, начиная с первых тотальных экстирпаций гортани, связанных в Германии с именем основоположника этой операции Т. Бильрота (1873), а в России — В. С. Косинского (1877), П. Я. Мультиановского (1875) и др. Так, известно, что вначале этими авторами удаление гортани из самых лучших побуждений производилось вместе с иссечением верхних колец трахеи, передней стенки пищевода, грудинно-ключично-сосковых мышц, а частично и глотки. Именно этому радикальному подходу отдавалось предпочтение, как наиболее надежному в смысле излечения, хотя уже и в то время, из гуманного стремления избежать потери голоса, были описаны такие консервативные операции, как половинное удаление гортани Т. Бильротом (1878), а у нас Н. В. Склифосовским (1875).

Однако, только с первых десятилетий текущего столетия была подведена более прочная база под давнее стремление снизить послеоперационную (25—40%) смертность, сохранить речь и избежать инвалидность, связанной с полной потерей голоса и неизбежным постоянным дыханием через трахеотомическую канюлю. Стимулом для постепенного отхода от радикализма с начала текущего столетия послужили и обнадеживающие результаты лучевой терапии, быстро нашедшей себе сторонников и среди врачей, и особенно среди больных.