

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КИШЕЧНИКА

Проф. Ю. А. РАТНЕР

Из кафедры хирургии и онкологии (зав. кафедрой — проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа

Опухоли кишечника (исключая прямую кишку) среди всех опухолей, наблюдаемых у человека, составляют лишь 2%. Известно также, что опухоли тонкого кишечника наблюдаются во много раз реже, чем опухоли толстого кишечника. Приблизительно 80% всех кишечных опухолей приходится на прямую, 17—18% — на толстые и лишь 2—3% — на тонкие кишки. Таким образом, наибольшее практическое значение имеют опухоли толстого кишечника с точки зрения как возможностей раннего диагноза, так и правильной хирургической тактики и оперативной техники.

В настоящем сообщении речь идет о всевозможных опухолях кишечника (кроме опухолей прямой кишки), наблюдавшихся нами на протяжении десятков лет, но преимущественно о раках толстых кишок, которые составляют громадное большинство.

В весьма обширной литературе по опухолям кишечника довольно подробно освещены вопросы патогенеза, диагностики и лечения этих опухолей при различной их локализации. Достаточно сказать, что к 1934 г. А. Н. Свиридовой было собрано 89 работ, напечатанных в отечественной литературе. С тех пор количество опубликованных работ достигло ста. Но глава о ранней диагностике злокачественных опухолей кишечника не может считаться хорошо разработанной, а многие вопросы оперативного лечения остаются спорными.

Вопрос о диагностике и лечении опухолей кишечника неоднократно ставился в качестве программных докладов на съездах хирургов, где представлен немалый и подробно разработанный материал (И. И. Греков, С. П. Федоров, Б. К. Финкельштейн, А. В. Вишневский, Н. М. Островский, С. И. Спасокукоцкий, Н. Н. Петров и др.). Отечественные хирурги занимали и занимают особую позицию в отношении операции при раках толстого кишечника. Они, в большинстве, являются сторонниками одномоментной резекции, в отличие от многих зарубежных хирургов.

До 1941 г. в отечественной литературе опубликован 501 случай опухолей кишечника (кроме прямой кишки), из них в 364 — произведена операция. Наибольший материал был представлен Финкельштейном (Баку) — 127 случаев, Островским (Одесса) — 81, Б. В. Пуниным (Ленинград) — 61 случай.

Русская хирургия, как известно, внесла свой большой вклад в кишечную хирургию и, в частности, в хирургию опухолей толстого кишечника.

Из казанских хирургов, работавших и преуспевающих в этой области, можно отметить А. В. Вишневского, В. Л. Боголюбова, Н. В. Соколова, Г. М. Новикова, В. М. Осиповского и др.

Немало потрудились русские врачи и над разработкой вопросов диагностики, в особенности, рентгенодиагностики кишечных опухолей.

Мы располагаем всего 50 наблюдениями над различными опухолями тонких и толстых кишок, из них 10 историй болезни взяты для изучения из кафедры неотложной хирургии Казанского ГИДУВа с любезного согласия руководителя кафедры, доц. В. М. Осиповского, которому приношу здесь свою признательность. В наблюдениях имелись 36 злокачественных новообразований (32 рака и 4 саркомы). Доброкачественных опухолей мы наблюдали и оперировали 4: твердая фиброма — 1, полипоз кишечника (сигмовидной и прямой) — 1, эхинококк кишечника — 1 и одна слизистая киста. В 10 случаях оказались ложные опухоли, а именно: в 3 случаях воспалительная опухоль или (в 1 случае) инфильтрат в области слепой кишки, в 3 случаях — злообразование и в 2 случаях — рубцовая стриктура.

Мужчин было 26, женщин — 24. В литературе имеются указания на более значительное преобладание мужчин (2:1 и 3:2).

Громадное большинство наблюдавшихся нами опухолей приходится на возраст после 30 лет (45 из 50) и часто встречаются большие в возрасте от 40 до 70 лет (37 из 50). Опухоли в детском и юношеском возрасте — это или доброкачественные, или саркомы, но не раки.

Локализация опухолей чаще в толстом кишечнике — всего 39 случаев, причем преобладает правая сторона (24 справа и 15 слева), как и у других авторов. На двенадцатиперстную кишку и все отделы тонкого кишечника приходится всего 11 случаев. При этом только в 4 случаях имелась злокачественная опухоль. В остальных 7 отмечены доброкачественные опухоли и ложные (туберкулез, злообразование).

Наиболее часто опухоль, как известно, поражает слепую кишку (18 случаев) и сигмовидную (12), реже восходящую (4 случая) и нисходящую (2). Последние места по частоте занимают печеночный изгиб (2), селезеночный изгиб (1) и поперечно-ободочная кишка (1).

Преимущественное поражение толстого кишечника раком (по сравнению с тонким) и, в частности, слепой и сигмовидной кишок, не находит до сих пор удовлетворительного объяснения в литературе. Одними механическими факторами не объясняется это явление. Может быть, особенности химического состава фекалий и гистологической структуры слизистой predisposing к более частому поражению именно этих отделов кишечника. Небезынтересно отметить и другой общеизвестный факт, что справа чаще наблюдаются аденокарциномы, а слева — скирры. Это подтверждается и нашими наблюдениями. Причина такой закономерности также неясна.

Какие страдания кишечника predisposing к развитию рака в различных его отделах? Мы искали ответ на этот важный вопрос в анамнезе наших больных, но ничего достоверного обнаружить не могли. В литературе приводятся указания на полипы, язвы, колиты и дизентерию, которые можно рассматривать как предраковые заболевания. В анамнезе наших больных мы не выявили указаний на заболевания подобного рода.

Весьма интересна еще одна закономерность патогенеза рака кишечника. Мы имеем в виду редкое и более позднее, сравнительно с другими локализациями, развитие метастазов. Они большей частью наблюдаются в печени и редко — в легких. Даже в далеко зашедших стадиях болезни метастазы у большинства наших больных отсутствовали, и операция оказывалась возможной. У больных, погибших после операции и без операции, на секции метастазы были обнаружены в единичных случаях, за исключением метастазов в брыжеечные и забрюшинные железы. Это обстоятельство позволяет с большими шансами

на успех предпринимать радикальную операцию у больных раком толстого кишечника гораздо чаще, чем при раке желудка.

Саркомы кишечника мы наблюдали всего в 4 случаях. Все они располагались в тонком кишечнике или исходили из его брыжейки. В одном из этих случаев опухоль кишки можно было рассматривать как метастаз саркомы бедра. Саркомы кишечника росли гораздо быстрее раковых опухолей и достигали в короткий срок значительных размеров.

Клиника злокачественных опухолей кишечника отличается от доброкачественных и ложных, как известно, большей выраженностью и нарастанием симптомов, прогрессированием общих явлений, развитием осложнений. Тем не менее, в начальных стадиях болезни разница в клинической картине невелика. Длительный скрытый период наблюдается иногда и при злокачественных опухолях.

Симптоматика кишечных опухолей зависит, разумеется, от локализации и формы опухоли, давности появления, наступивших осложнений. Общими для всех опухолей следует считать, по нашим наблюдениям: 1) умеренные локальные боли (у 48 больных), иногда переходящие в пароксизмальные; 2) явления относительной непроходимости (у 32) и 3) нарушения функции кишечника (у 47).

Рвота чаще наблюдается при высоко сидящих опухолях, в то время как непроходимость обычно развивается при низко сидящих опухолях. Небезразличен для развития непроходимости циркулярный рост опухоли, наблюдаемый в левой половине кишечника.

Нарушения функции кишечника наблюдались в большинстве случаев, чаще в виде запоров, реже в форме поносов; у многих больных запоры сменялись поносами. В отличие от обычных, привычных запоров, при раке запоры длительные, по несколько дней, после чего следует профузный понос. Эта картина больше свойственна низко сидящим опухолям.

Кровотечение, большей частью незначительное, но постоянное, отмечено нами в анамнезе 27 больных, то есть лишь в половине случаев, в то время как скрытая кровь в кале считается как бы обязательным симптомом при злокачественных опухолях кишечника и туберкулезе. Кровотечение в той или иной форме чаще бывает при аденокарциноме (распадающейся) и реже — при плотных скиррах. Кровь либо смешана с каловыми массами, либо на их поверхности; нередко выделение чистой крови со слизью, без примеси кала, при низко сидящих опухолях.

Острая кишечная непроходимость, чаще на фоне хронической, наблюдалась всего в 14 случаях. Десять больных были доставлены с явлениями острой непроходимости в клинику неотложной хирургии, а четверо наблюдались нами. Как уже говорилось выше, непроходимость наблюдалась чаще при левосторонних опухолях и преимущественно стриктурирующих, кольцевидных. Картина непроходимости в большинстве случаев соответствовала обтурационной. Лишь в одном случае была инвагинация опухоли тонкого кишечника в толстую.

Перфорация кишки обычно происходит в растянутом отделе кишечника, выше расположения опухоли (перфорация от перерастяжения). Это осложнение наблюдалось нами всего в 1 случае рака сигмовидной кишки.

Инфекцию брюшинной клетчатки и брыжеечных желез мы наблюдали только в одном случае. Будучи нераспознанной до операции, она влечет за собой перитонит после операции, что наблюдалось в одном из наших наблюдений.

Несмотря на то, что большинство наших больных поступало под наблюдение поздно, мы отметили асцит только у 2 больных. Это обстоятельство также указывает на более медленное течение кишечных

опухолей и малую склонность их к метастазированию и обсеменению брюшины, по сравнению с опухолями желудка.

Из общих симптомов, характерных для злокачественных опухолей кишечника, мы должны лишней раз подчеркнуть значение известной триады (слабость, похудание и потеря аппетита), которая отмечена у большей половины наших больных, но здесь также важно подчеркнуть, что эта триада наблюдается отнюдь не в ранних стадиях болезни. Наоборот, больные долго не предъявляют общих жалоб и не имеют печати интоксикации на лице.

Анемия точно так же не является ранним симптомом рака кишечника. Как единственный симптом болезни она наблюдается редко. Выраженная анемия была у 14 больных, не только на почве длительных кровотечений, но и при их отсутствии, в результате интоксикации. Как бы то ни было, выраженная анемия более характерна для рака, чем для туберкулеза или других опухолей.

Повышение температуры в группе раковых больных мы наблюдали в 3 случаях.

К осложнениям общего порядка при злокачественных опухолях кишечника можно отнести и метастазы в паренхиматозные органы. Метастазы в печень, несмотря на тяжесть клинической картины и давность заболевания, мы имели только в 3 наших случаях.

Диагностика может считаться нетрудной при прощупываемой опухоли, нарушении функции кишечника, присутствии патологических примесей в испражнениях, характерной общей интоксикации. Решающим диагностическим признаком является, конечно, прощупываемая опухоль, которая в наших наблюдениях была в 32 случаях. Опухоль легче прощупывается, если она располагается в слепой, сигмовидной или Colon transversum; трудней определить опухоль при локализации в боковых отделах полости кишечника, мало доступных пальпации.

Косвенными признаками опухоли являются местное вздутие, шум плеска, громкое урчание. Эти симптомы присущи опухолям кишечника различной природы.

Далее имеет значение, помимо собранного подробного анамнеза, осмотр фекалий, с последующим их лабораторным анализом как в отношении палочек Коха, так и возможного присутствия отторгнувшихся кусочков опухоли или атипических раковых клеток. К сожалению, эта методика не нашла еще пока признания и широкого применения в клинике. Немаловажны для диагноза прогрессирующее падение гемоглобина и ускоренное оседание эритроцитов. Ректальное исследование может принести окончательное решение диагноза при низко расположенной опухоли.

Громадное значение в ранней диагностике кишечных опухолей имеет рентгеновское обследование больного. Простой осмотр без контраста может только способствовать установлению диагноза кишечной непроходимости (многоэтажные горизонтальные уровни Клойбера). Из рентгеновских симптомов наиболее частым можно считать, по нашим наблюдениям, дефект наполнения. У нескольких больных при рентгеновском исследовании симптом Штирлина был положительным (обширный дефект тени, вследствие быстрой перистальтики в пораженном отделе). Все указанные рентгеновские признаки являются, однако, характерными для далеко зашедших форм рака.

Весьма важна для ранней диагностики злокачественных опухолей кишечника онкологическая настороженность — бдительность врача.

Несмотря на богатую симптоматику кишечных опухолей и большие возможности пальпаторного, рентгеновского и лабораторного методов, диагностические ошибки здесь наблюдаются еще чаще, чем при других

локализациях, в особенности — при правостороннем расположении опухоли. Наиболее часто мы встречаемся с ошибочным диагнозом аппендицита, который ставится легко в начальных стадиях заболевания, когда опухоль не прощупывается, а явления непроходимости еще мало выражены или вовсе отсутствуют. Функция кишечника в этих случаях мало нарушена, а боли могут иногда приобретать характер приступа. В подобных случаях иногда ставится шаблонный диагноз аппендицита. Чем выше располагается опухоль по ходу кишечника, тем более вероятной становится другая диагностическая ошибка, когда распознается холецистит. В 4 случаях у наших больных до поступления в клинику ставился диагноз аппендицита (у трех — отросток удален незадолго до поступления в клинику); в 2 случаях распознавали холецистопатию, а затем — холелитиаз; в одном случае длительное время предполагали туберкулез правой почки. Нередко раковая опухоль слепой кишки принимается за туберкулез.

Весьма поучительна в этом отношении история болезни больного И., 35 лет, который страдал на протяжении 2 лет болями в области слепой кишки, запорами, чередующимися с поносами. Он оперировался дважды: 1 раз — удалили отросток, 2 раз — произведено рассечение спаек. Позднее с диагнозом «туберкулез слепой кишки» больной был направлен в туберкулезную больницу, где нами был распознан рак слепой кишки. Несмотря на двухлетнюю давность, фиксацию опухоли и резкую анемию (27% гемоглобина), опухоль удалось радикально убрать путем гемиколэктомии. Больной здоров спустя 3 года после операции.

При расположении опухоли слева ошибки отмечаются реже. Прощупываемая опухоль, расположенная высоко, нередко принимается за селезенку, почку или опухоль желудка.

При непрощупываемой опухоли и наличии кишечных расстройств ставится в подавляющем большинстве случаев при всех локализациях диагноз колита. Больные долго ходят с этим диагнозом по амбулаториям и слишком поздно направляются к хирургу.

В особенности коварно течение скirroзного рака сигмовидной кишки, который может долгое время не вызывать кишечных расстройств и явлений непроходимости, а опухоль, как правило, не пальпируется через брюшную стенку. Боли, иногда приступами, долго являются единственным признаком заболевания, вплоть до наступления перфорации или острой непроходимости.

Мы были однажды вызваны ночью к больному с картиной острого живота. У больного почти в течение 3 лет приступы болей в левой половине живота с иррадиацией и незначительная дизурия явились основанием для диагностики почечнокаменной болезни слева, хотя ни на одном из многочисленных снимков тени от камня не было обнаружено. Картина наступившей перфорации не вызвала сомнений. На операции — осложненный перитонитом кольцевидный рак сигмовидной кишки.

В другом случае «почечнокаменной болезни» наступила острая непроходимость. Диагноз «заворота» сигмовидной кишки был исключен на операции, ввиду обнаруженной раковой опухоли.

Ошибки обратного характера, когда вместо распознанного рака кишки, оказывается воспалительная или доброкачественная опухоль (ошибки, «приятные во всех отношениях»), наблюдались нами реже «неприятных и печальных». Так, в одном случае оказалась твердая фиброма, вместо заподозренной саркомы, туберкулез слепой кишки, вместо предполагаемого рака, а в другом случае воспалительная опухоль была принята за рак. Еще в одном случае узлообразование симулировало по внешнему виду настоящую опухоль тонкого кишечника. Стриктурирующий рак сигмы оказался в двух случаях доброкачественной рубцовой стриктурой.

Анализ собственных наблюдений и знакомство с литературой по этому вопросу подсказывают, что дифференциальную диагностику ки-

шечных опухолей следует проводить в первую очередь с другими заболеваниями кишечника неопухолевой природы, как то: аппендицит, колит, язвы, стриктуры, туберкулез, сифилис, актиномикоз. Два последних страдания кишечника нами лично не наблюдались. При прощупываемой опухоли проводится сравнительный диагноз с доброкачественными опухолями, плотными и, редко, кистозными; с ложными опухолями (воспалительные, специфические), а также с инвагинатом и узлообразованием. Далее, дифференциальный диагноз должен проводиться при заболеваниях соседних органов, как-то: почка, печень, желчный пузырь, селезенка, желудок, поджелудочная железа и др.

Изучение диагностических ошибок приводит к мысли о необходимости в некоторых случаях расширить показания к диагностической лапаротомии, а там, где последняя предпринимается для аппендэктомии, идти на операцию параректальным разрезом и, не найдя заметных изменений в отростке, подвергнуть ревизии всю правую половину живота и вышележащие отделы кишечника. Так будет легче избежать трагических ошибок, когда удаляется невинный отросток и оставляется незамеченной опухоль кишечника.

Практически наиболее важным и, вместе с тем, трудным является дифференциальный диагноз между раком и туберкулезом (главным образом слепой кишки). Не всегда возможно, иногда даже на операционном столе, отличить рак кишки от туберкулеза. Клиническая и рентгеновская картина имеют много общего. Все же приходится принять во внимание, что туберкулез чаще поражает молодых людей, а рак — пожилых; туберкулема менее плотна на ощупь, чем раковая опухоль, гораздо раньше фиксируется сращениями, становясь неподвижной, чем это бывает при раке. Наконец, значительны для диагноза наличие или отсутствие туберкулеза в других органах, анализ крови и кала. Окончательный же диагноз ставится после гистологического исследования. Оба страдания требуют радикальной операции.

Оперативное лечение опухолей кишечника является, как известно, одной из наиболее разработанных глав хирургии, в которой, однако, еще много неясного и спорного. Бесспорным являются лишь принципиальные положения: широкая резекция в пределах здоровых участков при злокачественных опухолях и наложение анастомоза после резекции между подвижными отделами кишечника. Различие мнений касается, главным образом, оперативного лечения опухолей толстого кишечника.

Резекция двенадцатиперстной кишки при раке выполняема лишь в редких случаях и является очень сложной. В большинстве случаев приходится ограничиваться паллиативной операцией (гастроэнтеростомоз) — в одном случае из наших наблюдений.

Резекция тонкого кишечника при раке и саркоме производится в широких пределах вместе с частью брыжейки, содержащей метастатические лимфоузлы. Вид анастомоза зависит не только от взглядов и опыта оператора, но главным образом, от соответствия диаметра приводящего и отводящего отделов. Всего в клинике произведено резекций тонкого кишечника в таких случаях 5: эхинококк брыжейки (1 сл.), туберкулез (1 сл.), саркома (1 сл.) и рак (2 сл.).

В отношении опухолей толстой кишки возникает прежде всего вопрос об одно- или многомоментной операции. Многомоментные методы, по нашему мнению, сохранили свое значение только для осложненных случаев. Паллиативные операции (одно- и двухстороннее выключение) толстой кишки, а также простой анастомоз показаны при иноперальной опухоли любой этиологии. Таких паллиативных операций нами

произведено всего 6 (три — при расположении опухоли справа и три — слева). Внутренний свищ противопоказан при явлениях непроходимости или при нарушенном кровообращении. В подобных случаях надо наложить обычный или лучше — дефинитивный анус.

Наложение обходного анастомоза, одно- и двухстороннее выключение являются, на наш взгляд, совершенно не обоснованными при подвижных, удалимых опухолях, лишь с целью расчленения операции на 2 момента. Удаление опухоли (резекция кишки после пересечения брыжейки) не на много удлинит операцию. Мы ни разу не прибегали к анастомозам при операбельной опухоли. Гораздо проще и лучше в сомнительных случаях при явлениях непроходимости — наложение ануса, с последующей резекцией пораженного отдела кишки, а затем закрытие свища (трехмоментная операция Шлоффера). Однако, возводить эту методику в принцип, на наш взгляд, нет оснований. При неоперабельных опухолях анус был наложен у 5 больных: дефинитивный (с пересечением кишки) — в 3 случаях и в 2 случаях — как предварительный этап при операбельном раке и явлениях выраженной непроходимости.

Явления относительной непроходимости отмечены в большей половине наших наблюдений. Они могут быть устранены обычными консервативными мероприятиями.

Радикальные операции на толстом кишечнике произведены нами всего в 20 случаях (19 — по поводу рака и лишь в одном случае — туберкулеза слепой кишки). В 15 случаях удалена половина толстого кишечника (справа — 12, слева — 3). В 3 случаях была произведена резекция сигмы, а в 2 случаях, при низком расположении опухоли, мы сочли наилучшим произвести брюшно-промежностную ампутацию (в одном из них — с сохранением сфинктера, по поводу распространенного полипоза прямой и части сигмовидной кишок).

При правосторонних операбельных опухолях толстой кишки при отсутствии явлений непроходимости мы производили одномоментное удаление правой половины кишечника и 10—15 см тощей кишки. Концы приводящего отдела тонкой кишки и отводящего — толстой после пересечения перевязывались лигатурой, погружались в кيسет и поверх последнего накладывались отдельные серо-серозные швы. Анастомоз бок в бок накладывался ближе к культе, чтобы избежать образования слепых мешков.

Левосторонняя гемиколэктомия во всех трех случаях произведена по поводу рака. Техника операции в общем — та же, что и справа. Анастомоз в 2 случаях наложен конец в конец (при одинаковом диаметре просвета соединяемых отделов кишечника) и в одном случае — бок в бок.

Резекция сигмы была предпринята по поводу стенозирующего рака по обычной методике: одномоментная операция с анастомозом, конец в конец.

Наконец, брюшно-промежностную ампутацию мы считаем показанной при низко сидящих раках сигмовидной кишки и высоко распространяющемся полипозе прямой. Эта операция производится нами одномоментно по той же методике, как и при опухолях прямой кишки.

Из сказанного ясно, что при опухолях, не осложненных острой непроходимостью и инфекцией, мы, как правило, производим одномоментную резекцию при любой локализации опухоли по ходу толстой кишки и считаем в большинстве случаев излишним наложение ануса, которое может быть целесообразным при левосторонних опухолях. Большинство отечественных хирургов так же не прибегает к наложению ануса. Из сторонников одновременного с резекцией наложения ануса

можно назвать И. В. Домрачева. Другие фиксируют слепую кишку к брюшине на случай, если после радикальной операции потребуются наложить свищ.

Трехмоментная операция по Шлофферу показана при всех локализациях опухоли, осложненной непроходимостью, но преимущественно при левосторонней локализации. Для этой локализации предложены также двухмоментные методы (Микулич, Гартман, Греков — I и II), имеющие целью выведение опухоли наружу с последующим (через 48 ч.) ее отсечением (способ Микулича) или предварительным наложением анастомоза между коленами выведенной петли. Анастомоз располагается частью экстраперитонеально, а затем сам постепенно втягивается в брюшную полость (Греков — I).

Способ Грекова — II показан, главным образом, при низко сидящих опухолях сигмы. Он, как известно, заключается в эвагинации пораженного отдела, после мобилизации его, через прямую кишку. Помимо своей опасности, этот метод не является онкологически обоснованным. При этой локализации мы предпочитаем, как и при высоко сидящих раках прямой кишки, брюшно-промежностную ампутацию с сохранением сфинктера в благоприятных случаях. Так мы поступили в 2 случаях. В 2 случаях произведена электрохирургическая резекция. В последнее время мы производим резекцию с расположением анастомоза позади-брюшинно и дренажем промежности.

Таким образом, главной особенностью нашей тактики в хирургическом лечении опухолей кишечника является то, что мы ни разу (без явлений острой непроходимости) не прибегали к методам двухмоментной или трехмоментной резекции. Кроме того, при острой непроходимости мы ограничивались наложением ануса, который во многих случаях приводит к улучшению состояния больного, уменьшению опухоли и дает возможность, спустя некоторое время, приступить к радикальной операции. Судя по литературе последних лет, большинство отечественных хирургов держится той же тактики.

Операция проводилась под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому. В последнее время применяем также интратрахеальный наркоз.

Радикальные операции при опухолях кишечника требуют, разумеется, серьезной подготовки больного и, в первую очередь, тщательной очистки кишечника.

Послеоперационный уход для исхода операции немаловажен. Мы не прибегаем, с целью профилактики, к даче слабительного, как то рекомендуют некоторые хирурги, но не отрицаем целесообразности этого предложения.

Ближайшие исходы операций на кишечнике полностью зависят от тяжести общих явлений и местных осложнений, главным образом, непроходимости, что хорошо видно из сопоставления результатов вынужденных операций на высоте непроходимости и в неосложненных случаях.

10 больных срочно оперированы в клинике неотложной хирургии при явлениях острой непроходимости. Из них после операций, как радикальных, так паллиативных и апробативных, погибло 7. Из 5 больных, перенесших там же радикальную операцию при явлениях непроходимости, выжил только один.

Между тем, все радикальные операции на кишечнике (включая доброкачественные и ложные опухоли) в количестве 20 при отсутствии непроходимости дали лишь 2 смерти. Если отбросить радикальные операции при доброкачественных и ложных опухолях (4), не давших смертельных исходов, то на 16 радикальных операций по поводу рака тонких (1 случай) и толстых кишок (15) мы имеем 2 смерти.

Смертность после радикальных операций на кишечнике по поводу рака в довоенные годы была, по литературным данным, значительной. Свиридова приводит среднюю смертность по данным русских авторов (по сборной статистике), равную 40%, Федоров — 41%, Островский — 46%. Наименьшая смертность у Финкельштейна — 20% (при раке и туберкулезе). Все авторы отмечают более высокую смертность при двухмоментных и паллиативных операциях.

Снижение смертности после радикальных операций по поводу рака кишок происходит не только благодаря улучшению техники, но еще в большей степени — применению местной анестезии и антибиотиков.

Известно, с какими трудностями связано соби́рание отдаленных результатов. Из 18 перенесших операцию ответили на наши письменные запросы 15 чел. Они все здоровы. Другие не ответили. Надо иметь в виду, что половина из них оперирована в довоенные годы. Под нашим наблюдением находятся 1 больной, оперированный 15 лет тому назад (рак слепой кишки), двое больных, оперированных 3 года тому назад, один — 5 лет тому назад (находится сейчас в клинике с метастазами в лимфоузлах).

Апробативные и паллиативные операции, предпринятые при отсутствии непроходимости, не дали смертности.

Выводы из наших наблюдений:

1. Несмотря на все возможности своевременной диагностики опухолей кишечника, больные поступают на операционный стол поздно, часто при явлениях острой непроходимости. Однако, процент опербельности в последние годы увеличивается (60%).

2. При отсутствии непроходимости радикальную операцию на кишках лучше производить одномоментно, а при наличии острой непроходимости — лучше ограничиться наложением ануса.

3. Процент послеоперационной смертности при правильных показаниях снизился в последние годы и равен 10%; при доброкачественных и ложных опухолях смертность после операций приближается к нулю.

4. Отдаленные результаты, благодаря малой склонности кишечных раков к метастазированию, лучше, чем при других локализациях, но могут быть значительно лучше при ранней радикальной операции.

Поступила 10 июня 1957 г.