

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА СЛЕПОЙ КИШКИ

Проф. *И. Б. Олешкевич*

Кафедра госпитальной хирургии (зав.—проф. И. Б. Олешкевич) Витебского
медицинского института

В литературе недостаточно уделяется внимания диагностике и лечению рака слепой кишки. Эту локализацию обычно описывают в работах, посвященных новообразованиям толстых кишок. Вполне естественно, что не все вопросы находят освещение.

Как показывают наблюдения, течение рака слепой кишки имеет специфические особенности. Различна и методика оперативного лечения.

В послевоенный период мы наблюдали 14 больных раком слепой кишки — семь мужчин и семь женщин. Половина была старше 60 лет. Самому молодому пациенту было 38 лет.

У десяти больных в анамнезе отмечены следующие заболевания: хронический колит — у трех, анацидный гастрит — у двух, хроническая дизентерия — у двух, полипоз толстого кишечника — у двух, брюшной тиф — у одного.

У шести больных заболевание носило острый, у восьми — хронический характер. Первая группа при поступлении в клинику жаловалась на острые боли в животе, больше в правой подвздошной области. Температура тела достигала 38° и более. В правой подвздошной области отмечалось напряжение брюшных мышц. Симптом Щеткина — Блюмберга был положительный. В крови обнаруживалось повышенное количество лейкоцитов и ускоренная РОЭ. Пять больных в клинику направлены с диагнозом «острый аппендицит», у одного развилась острая кишечная непроходимость, по поводу которой в районной больнице он был срочно оперирован.

В клинике с диагнозом острого аппендицита обычно соглашались

и больных оперировали в срочном порядке. Однако после операции при более внимательном опросе их выяснялось, что на протяжении последних трех-четырех месяцев был понижен аппетит, отмечались тяжесть и вздутие живота, усиленное урчание и другие диспептические расстройства. В трех случаях, кроме перечисленных симптомов, обращал на себя внимание восковидный цвет кожи и видимых слизистых оболочек.

Больные второй группы поступили в клинику в плановом порядке. Боли в животе были тупые, в той или иной степени выражены кишечный дискомфорт: понижение аппетита, чувство тяжести и «распирания» живота, усиленное урчание и пр. У всех больных в правой подвздошной области пальпировалась плотной консистенции опухоль или инфильтрат. В кале постоянно определялась скрытая кровь. РОЭ была ускорена. При рентгеновском исследовании обнаруживались те или иные симптомы, характерные для рака слепой кишки. Общее состояние больных, включая и неоперабельных, было удовлетворительным. Приводим выписку из истории болезни.

Больная П., 68 лет, поступила в клинику 8/IV 1958 года с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области, запоры, вздутие живота, отсутствие аппетита. Считает себя больной около четырех месяцев. Сначала появилась боль. В анамнезе — малярия.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, лимфатические узлы не увеличены. Легкие и сердце без возрастных изменений. Язык обложен, влажный. Живот мягкий, болезненный в подложечной и правой подвздошной областях. В области слепой кишки пальпируется плотная опухоль, слегка болезненная, ограниченно подвижная. Мочеполовая система без отклонений.

Кровь: гем. — 67%, эр. — 4 280 000, лейкоц. — 8200, Э — 2%, П — 3%, С — 65%, Л — 22%, М — 8%, РОЭ — 45 мм в час. Моча в норме. В кале — скрытая кровь. Хлориды — 549 мг%, остаточный азот — 45 мг%, белок — 6,37%, альбумины — 6,37%, глобулины — 1,96%, фибриноген — 0,39%.

Рентгенологически легкие, сердце и аорта в пределах возрастных изменений. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: в правой подвздошной области определяются уровни жидкости и неравномерное скопление контрастной массы в слепой кишке.

Диагноз: рак слепой кишки.

15/IV — операция под эфирно-кислородным наркозом. Параректальным разрезом справа вскрыта брюшная полость. В слепой кишке обнаружена большая раковая опухоль, кишка ограниченно подвижная. Произведена резекция конечного отрезка подвздошной кишки, слепой вместе с опухолью, восходящей и начальной части поперечной ободочной. Наложен анастомоз между подвздошной и правой половиной поперечной ободочной кишки конец в бок. После введения 300 000 ед. пенициллина рана брюшной стенки послойно зашита. Асептическая повязка.

Препарат: слепая и начальная часть восходящей кишки поражены бугристой опухолью размером 8 × 8 см, просвет резко сужен. Гистологическая картина мелкоклеточного рака, местами типа скирры.

Во время операции больной перелито 225 мл консервированной крови. После хирургического вмешательства применяли сердечные средства, глюкозу, антибиотики, белковые препараты. Проведен курс глубокой рентгенотерапии (1500 г). 9/V в удовлетворительном состоянии выписана. В настоящее время здорова.

Всем больным во время операции переливали консервированную кровь, противошоковые растворы. В послеоперационном периоде им назначали сердечные средства, глюкозу, антибиотики, белковые препараты, витамины, соответствующую диету. После радикальных вмешательств, как правило, проводилась глубокая рентгенотерапия, что значительно повышало эффективность лечения.

Из 14 больных раком слепой кишки десять оперированы радикально, четверем с неоперабельной опухолью наложен обходной анастомоз между подвздошной и поперечной ободочной кишками. Заметим, что все оперированные в экстренном порядке оказались операбельными. Отсюда следует, что не существует параллелизма между клиническим течением заболевания и степенью операбельности.

Микроскопически аденокарцинома диагностирована в пяти случа-

ях, солидный рак — в трех, мелкоклеточный в сочетании со скирром — в двух.

У всех больных раковая опухоль была больших размеров, и оказалась пораженной не только слепая, но и начальная часть восходящей кишки. Однако с диагнозом «рак слепой кишки» в клинику направлен только один больной, а у остальных, как уже отмечалось, подозревали острый или хронический аппендицит. В клинике пять больных были оперированы в срочном порядке по поводу острого аппендицита, и только во время хирургического вмешательства установлен характер заболевания.

У всех восьми больных с хроническим течением рак слепой кишки диагностирован до операции. Правда, симптоматика была выраженная. Значительно труднее распознать заболевание в ранней стадии. Поэтому следует согласиться с И. И. Кальченко, что больных старше 35 лет, поступивших с диагнозом «хронический аппендицит», необходимо подвергать тщательному клинико-рентгенологическому обследованию.

Оперируя больных, мы всегда выполняем следующие правила: экономно удаляем поперечную ободочную кишку, анастомоз накладываем между подвздошной и правой половиной поперечной ободочной. Объясняется это тем, что правая половина толстой кишки играет большую роль во всасывании воды и электролитов. Следовательно, обширные резекции этого отрезка приводят к нарушению питания. Сохранение каждого сантиметра толстой кишки для человека имеет большое значение. Анастомоз формируем по типу конец подвздошной в бок поперечной ободочной кишки, так как при соустье бок в бок периодически наблюдаются явления кишечной непроходимости на почве копростазов.

Все больные благополучно перенесли радикальные или паллиативные операции. По данным Института онкологии и 1-й хирургической клиники ГИДУВ, послеоперационная летальность при раке толстой кишки за последние годы снизилась до 2,7%. Значительно выше она после паллиативных операций и достигает 30,4%.

Все больные, оперированные нами радикально, в настоящее время чувствуют себя хорошо; лица трудоспособного возраста продолжают работать. Срок наблюдения от двух до семи лет. Возраст больных не оказал существенного влияния на отдаленные результаты. Так, больной Ш., 38 лет, в январе 1955 года оперирован нами по поводу рака слепой кишки (аденокарцинома), в настоящее время он чувствует себя хорошо и продолжает работать техником-строителем. Это показывает, что отдаленные результаты радикального лечения рака слепой кишки более благоприятны, чем при поражении других отделов желудочно-кишечного тракта. Об этом свидетельствуют и данные литературы. В Институте онкологии и 1-й хирургической клинике ГИДУВ после радикальных вмешательств по поводу рака правой половины толстой кишки жили пять лет и более 36,6% больных.

Больные, которых мы подвергали паллиативной операции, жили от восьми месяцев до года. Примерно такие же данные Института онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

Бронштейн Б. Л. Рак толстой кишки. Медгиз, 1956. Он же. В кн.: «Злокачественные опухоли», т. 2. Медгиз, 1952. Кальченко И. И. Клиническая хир., 1963, № 1. Мельников А. В. В «Тр. 1 съезда онкол. СССР», 1940. Шапиро Э. Л. В «Тр. Укр. конф. рентгенол. и онкол.», 1934.

Адрес автора: Витебск, ул. Суворова, д. 17/21, кв. 11.

Поступила в редакцию 4/III 1963 г.