
К ПРИМЕНЕНИЮ ИЛЕОКОЛОПЛАСТИКИ ПРИ РАКЕ И ГАНГРЕНЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

В. М. Величенко

Из клиники госпитальной хирургии (дир. — проф. И. Б. Олешкевич) Витебского
медицинского института и Витебского областного онкологического диспансера
(главный врач В. М. Величенко)

Известно, что отдаленные результаты после радикальных операций по поводу рака правой половины толстой кишки лучше, чем слева. Повидимому, это объясняется тем, что эндофитные формы рака левой половины толстой кишки имеют более злокачественное течение, чем экзофитные формы рака правой половины. Несомненно, имеют значение также существенные различия в характере производимых оперативных вмешательств при раке левой и правой половины толстой кишки.

Принимая во внимание особенности кровоснабжения и расположения брюшины, все хирурги при раке правой половины толстой кишки производят правостороннюю гемиколэктомию. Эту операцию выполняют с широким иссечением брыжейки и прилежащих к кишке мягких тканей с лимфатическими узлами, т. е. достаточно радикально.

При раке левой половины толстой кишки и особенно сигмовидной кишки оперативное вмешательство осуществляют не в столь широких размерах, кишку резизируют очень экономно, с небольшим клиновидным иссечением брыжейки; понятно, что данное оперативное вмешательство может считаться лишь относительно радикальным. Мобилизация проксимального отдела толстой кишки может быть осуществлена в ограниченных пределах, а наложение соустья конец в конец допустимо лишь при отсутствии натяжения и достаточном кровоснабжении обоих отрезков, поэтому хирург не рискует идти на более широкую резекцию всей сигмовидной кишки и ее брыжейки.

После широкой резекции сигмовидной кишки иногда оказывается невозможным создание анастомоза между проксимальным и дистальным отрезками левой половины толстой кишки. В этих случаях хирург вынужден ушить дистальный конец кишки, а проксимальный конец вывести в виде калового свища. Такой выход из положения нельзя признать удовлетворительным. Поэтому некоторые хирурги предпочитают экономную резекцию сигмовидной кишки, значительно сужая радикализм операции, хотя известно, что лимфатические узлы в 50% случаев оказываются пораженными метастазами, прежде чем раковая опухоль прорастет сквозь кишечную стенку (Блэк и Уо). Не случайно поэтому Коннелль и Роттино (1949) предлагают воздержаться от операции типа резекции при распространенном поражении опухолевым процессом.

В связи с этим, естественно, возникает вопрос: обоснованы ли опасения при наложении калового свища? На этот вопрос следует ответить отрицательно. Более широкая резекция сигмовидной кишки и даже колонэктомия могут явиться наилучшими операциями при раке левой половины толстой кишки.

Наложение калового свища позволяет произвести резекцию сигмовидной кишки в один момент, даже при наличии кишечной непроходимости, обусловленной спухолью. Это очень важно, так как оставление опухоли в брюшной полости в расчете на удаление ее при повторной операции не является безразличным для больного.

Заворот сигмовидной кишки не является редким заболеванием. Н. Н. Самарин, ссылаясь на сводную статистику К. А. Гордона и Е. Г. Зыковой (991 случай), отмечает заворот сигмовидной кишки в 43,7%; Д. А. Арапов на 752 случая заворота кишечника приводит 360 случаев (47,8%) заворота сигмовидной кишки. По нашим данным, на 112 случаев непроходимости толстого кишечника заворот сигмовидной кишки встретился 42 раза (37,6%).

Особую группу составляют больные с гангреной сигмовидной кишки. По литературным данным, летальность при этой форме заворота раньше достигала 80—100%. По данным Д. А. Арапова, из 36 больных с гангреной сигмовидной кишки выздоровело 27.

Из наблюдаемых нами 42 больных с заворотом сигмовидной кишки у 17 (40,4%) была гангрена кишки. Все они оперированы по срочным показаниям, причем из 17 больных умерло 12 и выздоровело 5. Один больной умер на 12-й день после операции по Грекову от септической пневмонии, 2 больных умерли во время операции при попытке произвести у них резекцию сигмовидной кишки, 9 больных умерли после резекции сигмовидной кишки и наложения анастомоза конец в конец от перитонита, развившегося в результате недостаточности швов анастомоза. Следовательно, из 13 больных, которым производилась резекция гангренозной кишки с наложением анастомоза конец в конец, 2 умерли во время операции, а 9 — вскоре после операции. Выздоровело только 2 больных. Оба эти больных сравнительно молодого возраста; одному из них сделана экономная резекция кишки, другому наложен разгрузочный каловый свищ на слепую кишку. Трем очень тяжело больным в старческом возрасте, с обширной гангреной сигмовидной кишки была сделана резекция кишки; наложить анастомоз оказалось невозможным, пришлось ушить дистальный конец кишки, а проксимальный вывести в виде калового свища. Все трое больных выздоровели.

Таким образом, при гангрене сигмовидной кишки хирургическая тактика, предусматривающая резекцию сигмовидной кишки с одновременным наложением кишечного анастомоза, является крайне рискованной, дающей очень большую летальность (умерло 11 больных из 13). Наоборот, резекция гангренозной сигмовидной кишки с ушиванием дистального конца и выведением проксимального конца кишки в виде калового свища дает исключительно хорошие результаты: все наши больные выздоровели.

Выполняя в дальнейшем конструктивную операцию по ликвидации калового свища и восстановлению проходимости кишечной трубки, в части случаев не удается достаточно мобилизовать проксимальный конец кишки и наложить анастомоз. В этих случаях может возникнуть необходимость в операции — илеоколопластике.

Николадони в 1887 г. впервые предложил операцию илеоколопластики. В этом же году эта операция была выполнена Крепси на собаке. В 1910 г. илеоколопластика была выполнена К. Вигноло у человека. С 1887 по 1936 г. илеоколопластика в эксперименте была выполнена 21 иностранным автором на 101 животном с летальными исходами в 76 случаях (75,2%).

В мировой литературе имеются сведения лишь о 34 операциях илеоколопластики, выполненных у больных, с 2 летальными исходами.

В Советском Союзе разработкой этой проблемы занимались И. Л. Синдорович, Г. С. Левин, Б. А. Александров, М. К. Чачава и А. В. Мельников.

Финстерер в 1950 г. сообщил о 7 случаях промежуточного включения тонких кишок при раке сигмовидной кишки с хорошими отдаленными результатами до 10 лет.

Ввиду того что методика операций илеоколопластики изучена недостаточно, мы провели экспериментальное исследование на собаках с целью дальнейшего совершенствования технических особенностей этой операции. Было оперировано 7 собак, из которых погибли 3 первые собаки, а последующие 4 собаки перенесли операцию хорошо и наблюдаются нами в течение 10—12 месяцев. Состояние их хорошее.

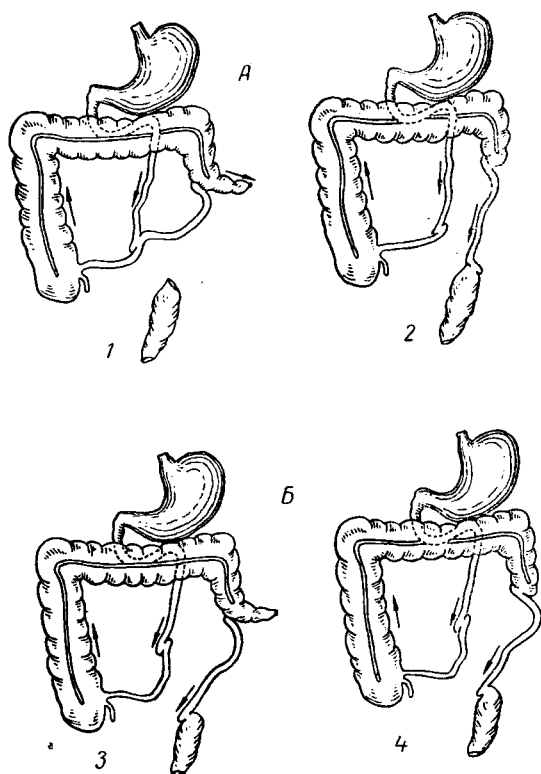


Рис. 1. Методика илеоколопластики.

А. Вариант Алекторова. 1 — первый этап; 2 — второй этап. Б. Вариант Чачава. 1 — первый этап; 2 — второй этап

Три собаки погибли по следующим причинам: первой собаке операция илеоколопластики была сделана в один момент, смерть наступила через 36 часов от шока; второй собаке был произведен первый этап операции, на 3-и сутки собака сняла швы и погибла вследствие эвентерации; третья собака погибла в результате расхождения швов анастомоза, наложенного бок в бок между верхним отрезком илеотрансплантата и нисходящей кишкой.

Большинство экспериментаторов и клиницистов склонны производить оперативное вмешательство в два этапа, так как выполнение всей операции в один момент является рискованным с двух точек зрения: а) одномоментная операция травматична (у нас после одномоментной операции животное погибло через 36 часов от шока); б) наложение трех кишечных анастомозов в один момент является технически сложным делом; особенно трудно наложить нижний анастомоз между илеотрансплантатом и оставшейся частью прямой кишки, поэтому желательно, чтобы этот нижний анастомоз был бы некоторое время нефункционирующим, что уменьшит риск недостаточности швов анастомоза, а ко второму этапу операции анастомоз будет вполне надежным. Вот почему мы не согласны с Б. А. Алекторовым и разделяем точку зрения М. К. Чачавы (рис. 1) о том, что в первый этап операции следует накладывать не верхний анастомоз (между нисходящей толстой кишкой и илеотрансплантатом), а нижний (между илеотрансплантатом и прямой кишкой). Этот вопрос принципиальный и от правильного решения его во многом зависит исход операции. Следовательно, в первый этап операции мы выделяем трансплантат из подвздошной кишки, восстанавливаем проходимость подвздошной кишки путем наложения анастомоза бок в бок и накладываем нижний анастомоз между илеотрансплантатом и прямой кишкой; верхний конец илеотрансплантата фиксируем к нисходящей толстой кишке двумя-тремя серо-серозными швами. Во второй этап операции мы накладываем анастомоз между нисходящей кишкой и верхним кон-

цом илеотрансплантата (резецируется сигмовидная кишка). Между первым и вторым этапами операции проходило 20—25 дней.

Касаясь вида анастомоза, следует сказать, что Б. А. Алекторов совершенно прав, возражая против наложения анастомозов конец в конец между разнокалиберными кишечными петлями, так как это затрудняет создание надлежащего герметизма. Нельзя не согласиться с мнением Б. А. Алекторова о наложении нижнего анастомоза конец прямой кишки в бок илеотрансплантата; это позволяет хорошо ушить анастомоз с сохранением хорошей проходимости кишечника в месте анастомоза.

При создании верхнего анастомоза наиболее обоснованным следует считать наложение анастомоза конец в бок (рис. 2). При этом конец мобилизованной толстой кишки пересекает косо (оставляют более длинный брыжеечный край кишки) и накла-

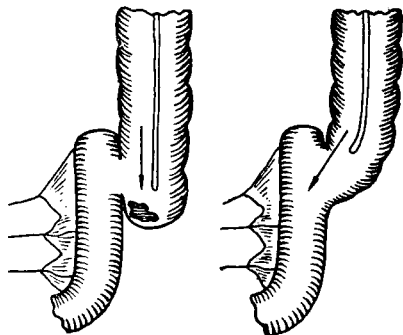


Рис. 2.

дывают анастомоз между концом нисходящей кишки в бок верхнего конца илеотрансплантата. Наложение такого вида анастомоза дает хорошую проходимость кишки. Оба анастомоза следует накладывать с учетом предупреждения стенозирования кишки, так как стенозирование анастомоза, особенно нижнего, очень плохо отражается на функциональной перестройке трансплантата. Наложение анастомоза бок в бок между нисходящей толстой кишкой и верхним концом илеотрансплантата при закрытии калового свища дает плохие результаты. При этом во внутреннем углу культи толстой кишки создается очень сильное давление каловых масс и швы оказываются недостаточными (в наших экспериментах погибла одна собака именно при наложении такого вида анастомоза).

Следует согласиться с мнением большинства авторов, что для пластики толстой кишки можно брать отрезок подвздошной кишки до 30 см и более, отступя на 15—20 см от илеоцекального угла.

Мы продолжаем изучение комплекса вопросов, связанных с производством операции илеоколопластики.