
НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О РЕЗУЛЬТАТАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ 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)

В хирургических клиниках Витебского медицинского института по поводу рака толстой кишки за период с 1946 по 1953 г. включительно находилось на излечении 28 больных. Из них рак сигмовидной кишки был у 9 больных, рак слепой кишки — у 8, рак селезеночной кривизны — у 6 и рак печеночного изгиба — у 5 больных.

Возраст больных был следующий: от 21 года до 30 лет — 2 больных, от 30 до 40 лет — 3, от 41 года до 50 лет — 5, от 51 года до 60 лет — 9, от 61 года до 70 лет — 7, от 71 года до 80 лет — 2 больных. Эти данные согласуются с данными Института онкологии Академии медицинских наук СССР, по которым на возраст 40—60 лет приходится 60,1% заболеваний раком толстой кишки. Среди наших больных рак толстой кишки наблюдался у 19 женщин и у 9 мужчин, что соответствует данным И. В. Давыдовского (1940), согласно которым, рак толстой кишки встречается у женщин приблизительно вдвое чаще, чем у мужчин.

Преобладающее большинство наших больных страдало запорами. В этой связи необходимо вспомнить слова Н. Н. Петрова о том, что профилактика рака толстой кишки должна состоять в предупреждении запоров и других нарушений деятельности прямой кишки.

Из 28 наших больных у 5 было выявлено заболевание толстой кишки, имеющее непосредственное отношение к основному (опухолевому) заболеванию: у 4 больных дизентерия и у одного — язвенный колит.

Из 43 больных, у которых нам удалось подтвердить клинический диагноз патогистологически, аденокарцинома была у 10 больных, солидный рак — у одного, сочетание рака железистого и солидного — у одного и слизистый рак — у одного больного.

Как известно, рак толстой кишки в начале заболевания протекает бессимптомно. Наблюдавшиеся нами больные поступали в клинику в основном при наличии частичной или полной кишечной непроходимости. Только 11 больных отметили появление первых признаков заболевания в сроки от 6 до 8 месяцев.

Учитывая анатомо-физиологические особенности правой и левой половины толстой кишки, а также характер встречающихся в них форм опухолей (в правой половине чаще эндофитная форма, в левой — экзофитная), различают симптомы рака правой и левой половины толстой кишки.

Наши больные (17 человек) поступали в клинику с большим опозданием с симптомами относительной или полной кишечной непроходимости, поэтому у большинства из них симптомы первоначального проявления заболевания были замаскированы ясно выраженными более поздними симптомами заболевания. Но все же у 18 больных отмечались жалобы на потери аппетита, 22 больных указывали на наличие отрыжки, тяжести внизу живота и урчание. При раке правой половины толстой кишки у 8 из 13 больных имело место значительное похудание и слабость, тогда как при раке левой половины похудание отмечено лишь у 3 больных из 15. Для рака правой половины толстой кишки характерно наличие жидкого стула, тогда как при раке левой половины чаще наблюдаются запоры. Кровь с калом выделялась у одного больного раком сигмовидной кишки; у 2 больных раком слепой кишки был дегтеобразный стул. Слизь в кале мы не наблюдали ни разу. Жалобы на боль в животе предъявляли почти все больные (25 из 28 больных). Локализация болей следующая: при раке слепой кишки в правой подвздошной области, при раке селезеночного изгиба — в области левого подреберья или разлитые и при раке сигмовидной кишки боли не имели определенной локализации. Следует отметить, что при раке слепой кишки у 3 из 8 больных клиническая картина напоминала картину острого аппендицита, причем одному больному даже была сделана аппендэктомия и диагноз рака выяснился значительно позже. У другого больного наличие рака толстой кишки было установлено во время операции, начатой также по поводу острого аппендицита.

Повышенная температура отмечена у 19 больных, причем у 8 температура достигала 37,5° и выше.

У 17 больных опухоль ясно прощупывалась через брюшную стенку. При раке слепой кишки опухоль определялась у 7 из 8 больных, при раке печеночной кривизны — у всех 5 больных, при раке селезеночной кривизны — у 2 из 6 больных и у одной больной при раке нижнего отдела сигмовидной кишки опухоль определялась при влагалищном исследовании. У 11 больных опухоль не определялась из-за сильного вздутия живота вследствие непроходимости кишечника. В позднем периоде заболевания у всех больных раком толстой кишки развивается кишечная непроходимость. Рентгенологически с помощью ирригоскопии опухоль была распознана у всех 9 больных, у которых это исследование было применено.

При раке толстой кишки любой локализации у большей половины больных гемоглобин крови был заметно понижен, у 9 больных количество гемоглобина достигало 50% и ниже (даже до 20%). Только у 8 больных из 28 РОЭ была на уровне 10 мм в час, у остальных 20 больных РОЭ была ускорена и достигала 20—60 мм в час. У 10 больных количество лейкоцитов зависело от присоединившегося воспалительного процесса. Из 14 больных, которым было сделано исследование желудочного содержимого, у 8 имелась ахилия и у 6 — резкое понижение количества свободной соляной кислоты.

У ряда больных имело место расхождение поликлинического диагноза с клиническим. Только у 2 больных раком слепой кишки (из 8) поликлинический диагноз совпал с клиническим; 3 больным был поставлен диагноз острого аппендицита, двум — рака желудка и одному больному — язвы двенадцатиперстной кишки.

У больных раком печеночной кривизны правильный диагноз в поликлинике не был установлен ни разу: один больной поступил на обследование без диагноза, у одного больного предполагалось наличие рака желудка с метастазами в печень, у 3 больных указывалось на наличие опухоли брюшной полости.

У больных раком селезеночной кривизны в 3 случаях констатировано наличие частичной кишечной непроходимости, в 2 — обострение хронического гастрита и в одном — туберкулезный перитонит.

У больных раком сигмовидной кишки только в одном случае (из 9) был поставлен правильный диагноз в поликлинике, у 7 больных диагностирована кишечная непроходимость и у одного — хронический сигмоидит.

На основании собственных наблюдений мы пришли к твердому убеждению, что при внимательном собирании анамнеза у больных раком толстой кишки уже в ранней стадии заболевания можно отметить симптомокомплекс «кишечного дискомфорта»: потерю аппетита, отрыжку, тяжесть внизу живота, частое урчание в животе, не сильно выраженную боль в той или иной части живота, изменение стула в зависимости от локализации опухоли.

Из 28 изученных нами больных 9 больным операция не производилась: 6 больных отказались от оперативного лечения, у одного больного в клинике ошибочно был поставлен диагноз рака желудка с метастазами в печень и 2 больных находились в явно неоперабельном состоянии. Пяти больным была сделана паллиативная операция: 2 — наложен анастомоз между поперечноободочной кишкой ниже опухоли, одному — противоестественный задний проход и 2 — наложен анастомоз между подвздошной и сигмовидной кишкой по поводу рака селезеночной кривизны. Радикальная операция произведена 3 больным, причем 2 из них умерли.

Серьезное внимание уделялось предоперационной подготовке больных: применялись сердечные средства, переливание крови, физиологический раствор, глюкоза, иногда применялись антибиотики.

В целях декомпрессии кишечника производилось промывание желудка, назначалась диета, рассчитанная на небольшое количество шлаков, некоторым больным давалось слабительное и производились очистительные клизмы. Радикальная одномоментная операция производилась преимущественно под местной анестезией.

При раке слепой кишки (у 4 больных) и печеночной кривизны (у 3 больных) произведена резекция слепой, восходящей и части поперечноободочной кишки с наложением анастомоза бок в бок между подвздошной и поперечноободочной кишкой; швы накладывались у 5 больных двухрядные и у 2 — трехрядные.

После операции умерла одна больная (от сердечно-сосудистой недостаточности).

При раке селезеночной кривизны всем 3 больным произведена резекция кишки с наложением анастомоза бок в бок между проксимальным отделом поперечнободочной кишки и сигмовидной кишкой. Накладывались двухрядные швы. Умерло 2 больных. При раке сигмовидной кишки после резекции участка кишки с опухолью анастомоз накладывался одному больному бок в бок (больной умер) и 3 больным двухрядными швами конец в конец (все больные выздоровели).

Резекция кишки этим больным производилась с отступлением в обе стороны от опухоли до 7 см с иссечением брыжейки с лимфатическими узлами. Во время операции или сразу после нее применялось переливание крови и капельное введение физиологического раствора, сердечные средства, пенициллинотерапия.

Таким образом, непосредственные результаты после всех радикальных операций получились такие: 10 больных выздоровели и 4 больных умерли. Из 4 умерших 3 больных умерли после операции на левой половине толстой кишки от перитонита в результате недостаточности швов и одна больная — после операции на правой половине толстой кишки от сердечной недостаточности при отсутствии каких-либо осложнений на месте операции.

На правой половине толстой кишки одномоментная операция производится всеми хирургами. Такая тактика общепризнана.

При локализации рака в левой половине толстой кишки и осложнении кишечной непроходимостью операция в один момент является роковой ошибкой, так как подобные больные, как правило, погибают от перитонита в результате расхождения швов. Им, безусловно, показана двухмоментная операция. В этом отделе анастомоз должен быть наложен конец в конец. Мы считаем, что точка зрения д'Аллена и Вайса (1951) в пользу боковых анастомозов ошибочна, так как 3 умершим больным из 7, оперированных нами по поводу рака левой половины толстой кишки, был сделан анастомоз бок в бок.

Отдаленные результаты после радикальной операции у наблюдавшихся нами больных определяются следующими данными: из 4 больных, оперированных по поводу рака слепой кишки, одна больная живет 5½ лет, одна — 3 года 2 месяца и одна — 1 год 7 месяцев (об одной больной данных нет); из 2 больных, радикально оперированных по поводу рака печеночной кривизны, один больной живет 2 года 2 месяца и одна — в течение 7 месяцев. Об одном больном данных нет. Из числа выписанных по выздоровлении 3 больных после радикальной операции по поводу рака сигмовидной кишки одна больная умерла спустя 2 месяца после операции, одна живет в течение 8 месяцев и одна больная наблюдается в течение месяца.
