

TREATMENT OF THE GASTRIC ULCER WITH LAZER IRRADIATION
IN THE EXPERIMENT

According to the data about the favourable effect of lazer irradiation on the biological tissues, the helium-lazer rays have been applied on the dogs with experimental gastric ulcer.

After a single lazer irradiation of the ulcerous affection during 5 minutes the recovery was hastened nearly twice. The length of the lazer wave was 6328 Å and the energy density -11,2 Joule/cm².

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аджимолаев Г. А., Крылов О. А. Цит. в кн.: Тр. НИИ травмат. и ортопедии. Казань, 1979, стр. 25.
2. Артемов Е. Н., Вильдт М. О., Потякина Н. Н., Мусницкая Е. Н. Сов. мед., 1970, 1, стр. 54.
3. Данилова И. Цит. в кн.: Тр. НИИ травмат. и ортопед. Казань, 1979, стр. 35.
4. Курашев С. В. БМЭ, 1963, т. 30, стр. 1047.
5. Инюшин В. М. Биостимуляция лучом лазера и биоплазма. Алма-Ата, 1975, стр. 44.
6. Королев В. А. Мед. техника, 1979, 5, стр. 42.
7. Оганев Б. В., Вишневский А. А. Тез. докл. научно-технической конференции «Использование оптических квантовых генераторов в науке и технике». Л., 1969, стр. 3.
8. Мешалкин Е. Н. Применение прямого лазерного облучения в экспериментальной и клинической кардиохирургии (сб. научн. трудов). Новосибирск, 1981, стр. 7.
9. Панцырев Ю. М., Крохин О. Н., Орлов В. К., Кружилин Ю. И. Хир. и анестезиол., 1976, 6, стр. 38.
10. Пятницкая Г. Н. В кн.: Вопросы практической гастроэнтерологии. М., 1981, стр. 7.
11. Радбиль О. С. Язвенная болезнь и ее лечение. Казань, 1969.
12. Шхвацабая К. Я. В кн.: Труды I Северо-западной научной конференции терапевтов. Смоленск, 1958, стр. 11.
13. Grossman M. Gastroenterology, 1967, 53, 5, 689.

УДК 616.345—006.6—089

Л. У. НАЗАРОВ, Э. Б. АКОПЯН, А. М. АГАВЕЛЯН, В. С. МАРТИРОСЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Приведены результаты хирургического лечения больных раком толстой кишки. Выбор метода операции производился с учетом локализации опухоли, ее размеров, распространенности патологического процесса и наличия кишечной непроходимости. Проанализированы ближайшие послеоперационные осложнения.

Хирургическое вмешательство в настоящее время является основным методом лечения злокачественных новообразований толстой кишки [1—5]. Прогноз операций во многом зависит от ранней диагностики заболевания и выбора адекватного способа хирургического вмешательства. Развитие проктологической службы в стране, внедрение в проктологическую практику таких диагностических методов, как ректороманоскопия и фиброколоноскопия, значительно расширили возможности

раннего выявления и лечения рака толстой кишки. Научные исследования проктологических и онкологических центров страны, направленные на усовершенствование техники радикальных операций, разработку рациональной тактики предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, позволили улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургических вмешательств, значительно снизить послеоперационную летальность.

С января 1979 г. по апрель 1984 г. в клинике оперировано 236 больных раком толстой кишки (из них 135 человек—в течение последних 2 лет). Мужчин было 104 (44%), женщин—132 (56%). Возраст больных был в пределах 21—80 лет, однако в основном заболевание отмечалось в возрастной группе 40—60 лет.

Опухолевый процесс преимущественно (85,6%) располагался в левой половине толстой кишки, при этом чаще во II и в III стадиях (табл. 1). Экзофитный рост опухоли наблюдался в 142 (60,2%), эндофитный—в 94 (39,8%) случаях. Аденокарцинома выявлена у 204 (86,5%), слизистый рак—у 13 (5,5%), солидный—у 11 (4,7%), скирр—у 4 (1,7%), карцинома—у 2 (0,8%) и меланома—у 2 (0,8%) больных.

Таблица 1

Распределение больных по локализации опухоли и стадиям заболевания

Локализация опухоли	Стадии заболевания				Всего
	I	II	III	IV	
Правая половина толстой кишки:					
Слепая кишка	—	1	5	1	7 (2,9%)
Восходящая кишка	—	3	8	3	14 (6,0)
Печеночный изгиб	—	1	3	1	5 (2,1%)
Правая половина поперечно-ободочной кишки	—	1	4	3	8 (3,4%)
Итого	—	6	20	8	34 (14,4%)
Левая половина толстой кишки:					
Левая половина поперечно-ободочной кишки	—	3	4	3	10 (4,2%)
Селезеночный изгиб	—	3	6	4	13 (5,5%)
Нисходящая кишка	—	5	8	2	15 (6,4%)
Сигмовидная кишка	—	15	12	14	41 (17,4%)
Прямая кишка и ректо-сигмоидный отдел	16	39	49	19	123 (52,1%)
Итого	16	65	79	42	202 (85,6%)
	16	71	99	50	236 (100%)

Радикальные операции выполнены у 202 (85,6%), паллиативные—у 34 (14,4%) больных. 192 пациента (81,3%) оперированы в плановом порядке, 44 (18,7%) по экстренным показаниям в связи с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Предоперационная подготовка плановых больных сводилась к оценке функционального состояния различных органов и систем орга-

низма, определению и коррекции показателей гомеостаза. В обязательном порядке пациентов приучали выполнять комплекс дыхательной и двигательной гимнастики в постели, а также мочиться лежа. Важное значение придавали механической очистке кишечника.

У больных с острой толстокишечной непроходимостью, когда попытка восстановления кишечного пассажа консервативными способами не приводила к успеху, выполняли экстренные хирургические вмешательства с предварительной оценкой показателей клинико-лабораторного исследования и максимальной коррекцией нарушенных процессов обмена.

Выбор метода радикальной операции производили в зависимости от локализации опухоли, степени распространенности основного процесса, морфологической характеристики новообразования, наличия регионарных метастазов, топографо-анатомических особенностей строения толстой кишки, возраста больных с учетом сопутствующих заболеваний. Паллиативные вмешательства выполняли либо при наличии отдаленных метастазов, либо при местно неоперабельных опухолях (табл. 2).

При выполнении радикальных хирургических вмешательств у больных с опухолями прямой кишки преимущество отдавали сфинктеросохраняющим операциям (79 из 103 радикальных операций—76,7%). Брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки производили только при локализации опухоли до 6 см от ануса. После брюшно-анальной резекции прямой кишки при опухолях, расположенных выше 6—7 см от ануса, у 13 больных низводили в анальный канал сигмовидную, у 3—нисходящую, а у 2—поперечно-ободочную кишку. У 6 пациентов пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ожирением и с явлениями частичной кишечной непроходимости данное вмешательство завершали наложением подвздошной колостомы. В 4 случаях низведение ободочной кишки произвести не удалось в связи с возникшими интраоперационными осложнениями (у 2 кровотечения и у 2 ранение стенки кишки в зоне опухоли).

Передняя резекция прямой кишки выполнена у 17 больных с опухолями не ниже 10—11 см от края анального отверстия. Анастомоз в большинстве случаев накладывали с помощью аппарата КЦ-28.

Резекцию ректосигмоидного отдела по типу операции Гартмана применяли в основном у больных с частичной кишечной непроходимостью, когда наложение анастомоза было связано с техническими трудностями, и в тех случаях, когда состояние больного на операционном столе требовало быстрого завершения хирургического вмешательства.

У 8 больных с подвижными небольшого размера новообразованиями (T_{1-2}) анального канала и нижеампулярного отдела прямой кишки, у которых имели место тяжелые сопутствующие заболевания, вызывающие опасения в отношении возможной непереносимости травматичного вмешательства—брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, было выполнено удаление опухоли с гистологическим исследованием окружающих и подлежащих тканей. В 3 наблюдениях подобные операции произведены в связи с категорическим отказом больных от предложенных радикальных вмешательств, которые предполагалось завершить формированием противоестественного заднего прохода на пе-

редней брюшной стенке. Из 11 больных 10 в послеоперационном периоде получили курс лучевой терапии.

Таблица 2

Характер и количество выполненных операций

Виды операций	Число больных
На прямой кишке и в ректосигмоидном отделе: Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по Лойд-Девису	24 (10,2%)
Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал	18 (7,6%)
Брюшно-анальная резекция прямой кишки с колостомой	10 (4,2%)
Резекция ректосигмоидного отдела (по типу операции Гартмана)	13 (5,5%)
Передняя резекция прямой кишки	17 (7,2%)
Трансанальное иссечение опухоли	11 (4,7%)
Многоэтапные операции	10 (4,2%)
Паллиативные операции	20 (8,5%)
Итого	123 (52,1%)
На ободочной кишке: Правосторонняя гемиколэктомия	21 (9,0%)
Резекция поперечно-ободочной кишки	2 (3,8%)
Резекция поперечно-ободочной кишки с асцендосигмоанастомозом	3 (1,2%)
Левосторонняя гемиколэктомия	18 (7,6%)
Резекция сигмовидной кишки	21 (8,9%)
Многоэтапные вмешательства	27 (11,4%)
Паллиативные операции	14 (6,1%)
Итого	113 (47,9%)
	236 (100%)

Многоэтапные операции выполнены у 10 больных, имеющих опухоли прямой кишки с явлениями обтурационной кишечной непроходимости. На первом этапе накладывали превентивную колостому. После восстановления кишечного пассажа, улучшения общего состояния и клинико-биохимических показателей через 3—4 недели производили радикальную операцию. У 6 человек из этой группы была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием одностольной сигмостомы. В остальных 4 случаях произведена передняя резекция прямой кишки с сохранением трансверзостомы для декомпрессии. Стому ликвидировали на третьем этапе, спустя 1—1,5 месяца после радикального вмешательства.

Из общего числа радикальных операций (113), произведенных по поводу опухолей прямой кишки и ректосигмоидного отдела, в 27 случаях (23,9%) выполнены расширенные хирургические вмешательства с лимфаденэктомией (20), резекцией задней стенки влагалища (6) и мочевого пузыря (1).

Паллиативные хирургические вмешательства у 20 больных с иноперабельными опухолями прямой кишки сводились к наложению двухствольной колостомы.

При правосторонних локализациях операбельных опухолей расширенные резекции правой половины толстой кишки завершали подвздошно-ободочным соустьем по типу «бок в бок». Расширенные вмешательства с лимфаденэктомией и высокой перевязкой магистральных сосудов производили во всех случаях независимо от наличия регионарных метастазов. В инкурабельных случаях формировали обходной илеотрансверстоанастомоз (6 больных).

При опухолях средней трети поперечно-ободочной кишки производили сегменторную резекцию с анастомозом (9 больных). В 3 случаях выполняли расширенные резекции с удалением всей поперечно-ободочной кишки. С целью обеспечения достаточной протяженности приводящего отрезка производили мобилизацию и транспозицию восходящего отдела с поворотом на 180° против часовой стрелки и накладывали соустья с оставшимися левыми отделами ободочной кишки.

Обширные левосторонние резекции применяли при новообразованиях в зоне селезеночного изгиба и в нисходящем отделе. При благоприятных анатомо-топографических условиях операции завершали трансверзосигмосоустьем, в противных ситуациях накладывали трансверзостому с оставлением в брюшной полости ушитой культи на проксимальном отрезке сигмы.

Операции при обтурирующих опухолях левых отделов толстой кишки носили многоэтапный характер (по методу Шлоффера). Вначале накладывали разгрузочную трансверзостому, затем, в среднем через 2—3 недели, резецировали кишку с анастомозом, а через 3—4 недели ликвидировали стому преимущественно внебрюшинно. В тех наблюдениях (8 больных), когда опухоль располагалась в подвижных сегментах кишки, применяли операцию Микулича с внебрюшной резекцией кишки и ликвидацией на втором этапе двух отдельных колостом.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде имели место у 50 больных (21,2%), из них у 22 (9,3%) с летальным исходом. Отметим, что в течение последних двух лет количество осложнений снизилось до 10,4%, а послеоперационная летальность составила 4,3%.

После операций по поводу рака прямой кишки умерло 14 (11,4%), а ободочной кишки—8 (7,1%) больных. 15 человек умерли после вмешательств, выполненных в плановом порядке, и 7—после экстренных операций. Причиной смерти были: у 8—перитонит, у 6—пневмония и сердечно-сосудистая недостаточность, у 4—кровотечение из пресакральных вен, у 2—тромбозомболия легочной артерии, у 1—печеночно-почечная недостаточность и у 1—инфаркт миокарда.

Анализ послеоперационных осложнений остальных 28 больных показал, что чаще (22 больных) они возникали у оперированных по поводу рака прямой кишки. Наиболее характерными осложнениями были: у 1—динамическая, а у 2—механическая кишечная непроходимость, у 2—дисфункция мочевого пузыря, у 2—сердечно-сосудистая недостаточность, у 2—нарушение функции печени и почек, у 3—кровотечение

из раны промежности, у 2—нагноение клетчатки малого таза, у 1—ранение мочевого пузыря, у 1—краевой некроз с последующим развитием стриктуры в зоне колостомического отверстия, у 2—некроз и ретракция низведенной кишки, у 2—стриктура колоанального анастомоза и у 2—расхождение швов культи прямой кишки с развитием абсцесса.

В 4 наблюдениях возникшие осложнения потребовали повторных вмешательств (ликвидация спаечной кишечной непроходимости—2, остановка кровотечения из пресакральных сосудов—2). В остальных случаях применяли консервативные мероприятия.

Осложнения после радикальных операций по поводу рака ободочной кишки, возникшие у 6 больных, сводились к развитию динамической непроходимости (2), нагноению послеоперационной раны брюшной стенки (2), возникновению параколостомических абсцессов и гематомы (2). Все эти осложнения ликвидировали консервативным путем.

Кафедра проктологии ЕРИУВ МЗ СССР

Поступила 28/VI 1984 г.

1. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Է. Բ. ՀԱԿՈՅԱՆ, Ա. Մ. ԱԴԱՎԵԼԻԱՆ, Վ. Ս. ՄԱՐՏԻՐՈՍԻԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՔԱՂՅԿԵՂԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հաստ աղու ուռուցքներով հիվանդների մոտ կատարվել են վիրահատական միջամտություններ: Վիրահատության եղանակի ընտրությունը կախված է եղել ուռուցքի չափսերից, տեղակայությունից, տարածվածությունից և աղիքային անանցելիության առկայությունից:

Հետվիրահատական բարդությունները կազմել են 21,2%:

L. H. NAZAROV, E. B. HAKOPIAN, A. M. AGHAVELIAN, V. S. MARTIROSSIAN

SURGICAL TREATMENT OF THE LARGE INTESTINE CANCER

The results of the surgical treatment of patents with large intestine cancer are given. The clinical material is discussed and different individual ways of the operation are suggested, depending on different factors. The detailed analysis of the postoperative complications is carried out.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Александров В. Б. Рак прямой кишки. М., 1977.
2. Ефимов Г. А., Ушаков Ю. М. Осложненный рак ободочной кишки. М., 1984.
3. Федоров В. Д. Рак прямой кишки. М., 1979.
4. Дробни Ш. Хирургия кишечника. Будапешт, 1983.
5. Стирнс М. В. Колоректальные новообразования. М., 1983.