

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ГАНГРЕНЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НА ПОЧВЕ ЗАВОРОТА КИШЕЧНИКА

Ассистент ВЕЛИЧЕНКО В. М.

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

Острая непроходимость кишечника занимает от 2—6 проц. всех острых хирургических заболеваний, и в группе умерших она составляет от 35 до 45 проц. Летальность при этом заболевании, несмотря на прогрессирующее ее снижение, остается еще высокой. Все это говорит об особой актуальности проблемы острой кишечной непроходимости и необходимости углубленного анализа имеющихся материалов и наблюдений (В. И. Стручков).

Заворот сигмовидной кишки является доминирующей формой заворота кишечника и достигает по данным Н. Н. Самарина (1952) 43,7 проц., по данным А. Н. Бакулева (1954) — 42,0 проц. По нашим наблюдениям на 112 больных, страдавших острой непроходимостью толстого кишечника, заворот сигмовидной кишки встретился 42 раза, или 37,6 проц. случаев.

Среди больных заворотом сигмовидной кишки летальность достигает больших размеров. А. Н. Бакулев сообщает о 36 проц. летальных исходов после резекции сигмовидной кишки и о 19 проц. при мезосигмопликации. По наблюдениям П. Н. Маслова, из 25 больных, имевших заворот сигмовидной кишки, умерло 9, при этом после деторзии из 15 больных умерло 5, после резекции из 8 больных умерло 2 и после выведения умерли оба больныхе.

Из числа больных, лечившихся в клиниках г. Витебска (1946—1953 г.г.), после резекции сигмовидной кишки из 20 больных умерло 11 и после деторзии из 22 больных умерло 7. Следовательно, из 42 больных умерло 18.

Приведенные данные свидетельствуют о явном неблагоприятном исходе в лечении больных с заворотом сигмовидной кишки. Причины такого неблагоприятного исхода становятся достаточно очевидными при тщательном анализе результатов лечения наших больных.

Прежде всего необходимо отметить тот факт, что при оперировании 42 больных только у 17 хирург установил наличие ясно выраженной гангрены сигмовидной кишки и произвел резекцию кишки. В 7-ми случаях хирург, по-видимому, колебался в решении вопроса о полноценности кишечной стенки и решил ограничиться деторзией. Эти больные умерли, и гангрена сигмовидной кишки была установлена лишь на аутопсии. Трем больным резекция сигмовидной кишки произведена при отсутствии гангрены стенки кишки, при явлениях мезосигмоидита. Все они выздоровели.

Следовательно, из 42 больных с заворотом сигмовидной кишки у 24-х наблюдалась гангрена кишки, из коих 18 умерло.

Исходя из этого, мы можем отметить, что примерно у 1/3 больных во время операции хирургами просматривается гангрена сигмовидной кишки и в этих случаях больные погибают, не получив должной хирургической помощи. Отсюда возникает естественная необходимость: расширить показания в резекции сигмовидной кишки при завороте. Мы полагаем, что резекции подлежит не только явно «черная сигма» и сигмовидная кишка в сомнительных случаях, но также и сигмовидная кишка при наличии мезосигмоидита.

Всем ли больным спасает жизнь резекция сигмовидной кишки? На этот вопрос следует ответить отрицательно.

Как мы уже указали, в 17 случаях во время операции был установлен диагноз гангрены сигмовидной кишки и была произведена резекция кишки; при этом умерло 12 и выздоровело 5 больных. Один больной умер на 12-й день после операции по Грекову от септической пневмонии, двое больных умерли во время операции при попытке произвести у них резекцию сигмовидной кишки, 9 больных умерли от перитонита, развившегося вследствие недостаточности швов анастомоза, наложенного конец в конец. Таким образом, из 13 больных, которым производилась резекция гангренозной кишки с наложением анастомоза конец в конец, двое умерли во время операции, а 9 — вскоре после операции. Выздоровело только 2 больных, у которых гангрена кишки ограничивалась небольшим участком и была произведена экономная резекция кишки; к тому же у одного из этих больных дополнительно накладывался разгрузочный свищ на слепую кишку. Трем очень тяжелым больным в старческом возрасте при обширной гангрене кишки произведена резекция сигмовидной кишки, и так как наложить анастомоз оказалось невозможным, пришлось ушить дистальный конец кишки, а проксимальный — вывести в виде противоестественного заднего прохода; все трое больных выздоровели.

Итак, при гангрене сигмовидной кишки хирургическая тактика, предусматривающая резекцию 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 противоестественного заднего прохода, дает исключительно хорошие результаты. Резекция сигмовидной кишки без гангрены ее, при явлениях мезосигмоидита, безопасна и предотвращает возможность повторного заворота.

Конечно, исходы лечения больных с заворотом сигмовидной кишки зависят от многих причин, но тяжесть заболевания не всегда определяется возрастом больных и даже длительностью заболевания. Тяжесть заболевания и соответственно этому исход его зависит от механизма заворота, от тех нейротрофических и деструктивных изменений, которые развиваются в стенке кишки, от порочности обмена веществ и интоксикации организма.

Мы разделяем точку зрения многих авторов о необходимости проведения всего комплекса противошоковых и дезинтоксикационных мероприятий, применения сердечных средств и антибиотиков, проведения хорошего местного обезболивания, а при недостаточности его — наркоза. Однако, учитывая необходимость строгого выполнения комплекса противошоковых и других лечебных мероприятий, мы полагаем, что вопрос хирургической тактики при лечении больных по поводу заворота сигмовидной кишки зачастую не в меньшей мере решает исход лечения. В этом смысле В. И. Стручков совершенно правильно указывает, что «...успешное лечение больных с острой кишечной непроходимостью является лучшим экзаменом хирурга на зрелость».

Д. А. Арапов (1952) приводит данные о лечении 184 больных с заворотом сигмовидной кишки, где первичная резекция произведена в 55 проц. Из всех оперированных больных умерло 26, или 14,1 проц. Замечательным является то, что из 36 больных, которым резецирована гангренозная сигмовидная кишка и наложен противоестественный задний проход, выздоровело 27 больных. Данные Д. А. Арапова весьма убедительно подтверждают нашу точку зрения о расширении показаний резекции сигмовидной кишки при завороте ее. При этом в абсолютном большинстве случаев показано наложение временного противоестественного заднего прохода. Такая хирургическая тактика вполне обоснована и является реальной возможностью снижения летальности среди этих больных.

Успех такого метода лечения объясняется несколькими факторами:

1) Удаление патологически измененной сигмовидной кишки вместе с брыжейкой прекращает мощный поток нервных импульсов, нарушающих функцию центральной нервной системы. Этот момент является немаловажным в общем комплексе противошоковых мероприятий. Кроме того, нормализация функции центральной нервной системы способствует

быстрому восстановлению обменных процессов в организме.

2) Резекция гангренозной сигмовидной кишки и удаление при этом содержимого кишечника является весьма эффективным дезинтоксикационным мероприятием.

3) Наложение временного противоестественного заднего прохода (вместо кишечного анастомоза) заметно сокращает длительность операции. Такая операция не изматывает сил больного и благотворно сказывается на деятельности нервной и сердечно-сосудистой системы.

Недостаточность швов анастомоза после резекции гангренозной сигмовидной кишки можно объяснить следующими моментами: а) наложением швов на стенку кишки, имеющую значительные патологические изменения в проводниковой и интрамуральной нервной системах, а также в брыжеечных и мелких пристеночных сосудах кишки. Эти изменения макроскопически не всегда ясно определяются и во многих случаях анастомоз накладывается при неполноценных, нежизнеспособных тканях; б) наличием местного перитонита, обусловленного выходом бактерий через омертвевшую стенку кишки в дооперационном периоде. Явления же перитонита предельно снижают пластические свойства тканей и приводят к недостаточности швов анастомоза.

Начиная с 1954 года, у большинства больных с гангреной сигмовидной кишки на почве заворота, операция у нас заканчивалась закрытием отводящего отрезка кишки и выводением приводящего в виде временного калового свища. Результаты в этих случаях всегда были хорошие. Для подтверждения приводим краткие выдержки из истории болезни 5 больных, которые лечились в этот период.

1. Больной К. Ф., 60 лет (история болезни № 1279). Заболел 19.XI.54 г. внезапно. В больницу доставлен 20.XI.54 г. в 16-00. На основании данных клинического обследования диагностирован заворот сигмовидной кишки. 20.XI.54 г. в 16-30 — операция. Под местной инфильтрационной анестезией (раствор новокаина 1/4 проц. — 1200 мл. + раствор морфия 1 проц. — 2 мл.). Средним разрезом выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость. Обнаружено наличие обширной гангрены сигмовидной кишки. Произведена резекция кишки. При этом прямая кишка ушита наглухо, а проксимальный отрезок сигмовидной кишки в виде временного противоестественного ануса выведен слева от пупка.

Послеоперационный период протекал вполне удовлетворительно. 12.II.55 г. противоестественный задний проход ликвидирован путем илеоколопластики. Операцию больной перенес легко. Находится под наблюдением 1 год и 7 месяцев. Общее состояние хорошее. Функция желудочно-кишечного тракта в норме.

2. Больной Б. И., 60 лет (история болезни № 1261). Заболел остро и через 12 часов 31.II.55 г. в 9-00 доставлен в больницу в крайне тяжелом состоянии. На основании данных клинического обследования установлен диагноз: кишечная непроходимость на почве узлообразования. 31.II.55 г. в 10-30 — операция; местная анестезия (1/4 проц. раствор новокаина — 800 мл.). Средним разрезом выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость. Между сигмовидной кишкой и петлями тонкого кишечника — узел; эти отделы кишечника черного цвета. В брюшной полости геморрагический выпот. Удалено 4 метра тонкой кишки и сигмовид-

ная кишка. При этом, прямая кишка закрыта наглухо. Нисходящая толстая кишка вшита в брюшную стенку слева от пупка, по типу противоестественного заднего прохода. Непрерывность тонкой кишки восстановлена анастомозом конец в конец. Больной выздоровел.

22.VI.55 г. ликвидирован противоестественный задний проход путем наложения анастомоза конец в конец между мобилильным проксимальным отделом толстой кишки и прямой кишки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

3. Больной У. В., 55 лет (история болезни № 1206). Заболел остро в 3 часа ночи, доставлен в больницу 23.II.56 г. в 10-00. На основании данных клинического обследования поставлен диагноз: кишечная непроходимость на почве узлообразования. 23.II.56 г. в 11-00 операция под местной анестезией (раствор 1/4 проц. новокаина — 800 мл.). Срединным разрезом выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость. Обнаружены резко раздутые газами черные петли тонкого кишечника и сигмовидная кишка. В брюшной полости геморрагический выпот. Решено продолжить операцию под общим обезболиванием (эфир 20 мл.). Резецировано 2 м. 70 см. тонкой кишки. Проксимность тонкого кишечника восстановлена наложением анастомоза конец в конец. Резецирована сигмовидная кишка, проксимальный конец толстой кишки выведен в виде противоестественного заднего прохода слева от пупка. Прямая кишка ушита. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационный период протекал хорошо.

15.IX.56 г. ликвидирован противоестественный задний проход и непрерывность толстой кишки восстановлена наложением анастомоза конец в конец между начальной частью сигмовидной кишки и прямой кишкой.

4. Больная Б. М., 50 лет, (история болезни № 6839). Заболела остро вечером 12.IX.56 г., доставлена в клинику 13.IX.56 г. в 13-35. На основании данных клинического обследования установлен диагноз: заворот сигмовидной кишки.

13.IX.56 г. в 15-00 операция (местная анестезия 1/4 проц. раствором новокаина — 1200 мл.). Срединным разрезом выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость, сигмов. кишка черная, больших размеров, в брюшной полости геморрагический выпот. Произведена резекция сигмовидной кишки, прямая кишка ушита наглухо, начальный отрезок сигмовидной кишки выведен в левую подвздошную область в виде противоестественного заднего прохода. Брюшная полость зашита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал хорошо.

5. Больной Е. Ф., 59 лет, (история болезни № 6935). В течение 3 лет страдал периодическими болями в животе. 18.IX.56 г. в 4-00 появились резкие боли в животе. Газы не отходили, стула не было. Доставлен в больницу 18.IX.56 г. в 8-00. На основании результатов клинического обследования установлен диагноз: заворот сигмовидной кишки.

18.IX.56 г. в 9-00 — операция (местная анестезия — раствор новокаина 1/4 проц. — 1000 мл.). Срединным разрезом выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость. Обнаружена резко вздутая сигмовидная кишка с обширными кровоизлияниями в стенке, заворот сигмовидной кишки. Брыжейка кишки деформирована рубцами. После раскручивания сигмовидной кишки и удаления содержимого она осталась увеличенной в размерах и дряблой в виде мешка, перистальтических движений не было. Произведена резекция сигмовидной кишки. При этом обнаружен резко выраженный отек стенки кишки и очаги некроза в толще кишки. Прямая кишка ушита, начальный отрезок сигмовидной кишки выведен в виде одностольного противоестественного заднего прохода в левую подвздошную область. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационное течение гладкое.

Из приведенных пяти историй болезни видно, что при резекции гангренозной сигмовидной кишки наложение временного противоестественного заднего прохода дает хорошие результаты. Выполнение такой операции у трех наших больных

в период 1946—1953 г.г. и у трех больных в период 1954—1956 г.г. неизменно приводило к выздоровлению. Выздоровело также двое больных, у которых была непроходимость кишечника на почве узлообразования между сигмовидной и петлями тонкой кишки. У одного больного резецирована сигмовидная кишка и 2 м 70 см тонкого кишечника; у второго больного произведена резекция сигмовидной кишки и 4 м тонкого кишечника. У обоих больных отводящий конец закрыт наглухо, а проксимальный выведен в виде временного противоестественного заднего прохода.

Таким образом, лечение 29 больных с гангреной сигмовидной кишки закончилось следующими исходами: у 7 больных гангрена кишки не была распознана хирургом — больные умерли; в одном случае применено выведение кишки — больной умер; в двух случаях больные умерли во время операции при попытке наложения кишечного анастомоза после резекции кишки; из 11 больных, у которых резекция кишки закончилась наложением анастомоза конец в конец, выжило только двое больных и, наконец, в 8 случаях, когда резекция сигмовидной кишки закончилась наложением временного противоестественного заднего прохода, — все больные выздоровели.

На основании наших наблюдений мы считаем возможным предложить:

1. При завороте сигмовидной кишки расширить показания для резекции кишки.

2. При гангрене сигмовидной кишки следует производить резекцию ее с наложением *anus iliacus* слева и ушиванием наглухо проксимального конца прямой кишки.

3. Резекцию сигмовидной кишки с одновременным наложением анастомоза конец в конец считать допустимой при отсутствии гангрены кишки или если участок омертвевшей кишки очень ограничен. В этих случаях производить широкую резекцию кишки и анастомоз накладывать при безусловно полноценных тканях.

Мы считаем, что наложение противоестественного заднего прохода является временным мероприятием. В последующем он должен быть ликвидирован:

- 1) при достаточной мобильности и длине проксимального и дистального концов толстой кишки накладывается анастомоз конец в конец;

- 2) при невозможности наложения анастомоза между культей прямой кишки и нисходящим отрезком толстой кишки с успехом может быть применена илеоколопластика.

Л И Т Е Р А Т У Р А

Аранов Д. А. Хирургическое лечение острой кишечной непроходимости. Ж. «Хирургия», № 4, 1952 г.

Бакулев А. И. Клинические очерки оперативной хирургии, 1954 г.

Величенко В. М. К применению илеоколопластики при раке и гангрене сигмовидной кишки. Ж. «Хирургия», № 7, 1955 г.

О и ж е. Операция илеоколопластики у больного после удаления гангренозной сигмовидной кишки. Ж. «Здравоохранение Белоруссии», № 1, 1956 г.

О и ж е. К вопросу диагностики и лечения острой непроходимости толстого кишечника. Сборник научных трудов Витебского мед. института, выпуск 6, 1956 г.

Маслов П. Н. Диагностика и лечение кишечной непроходимости. Госиздат БССР, 1955 г.

О и ж е. Острая кишечная непроходимость, журнал «Здравоохранение Белоруссии», 1955 г.

Самарин Н. Н. Диагностика «острого живота». Медгиз, 1954 г.

Стручков В. И. Актуальные вопросы острой кишечной непроходимости, Ж. «Вестник хирургии им. И. И. Грекова», № 8, 1956 г.