

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИЛЕОКОЛОРЕКТОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ

Профессор В. М. ВЕЛИЧЕНКО

Кафедра общей хирургии (заведующий — профессор В. М. Величенко)
Витебского медицинского института

Илеоректопластика получила убедительное экспериментальное обоснование (Г. С. Левин, В. М. Величенко, Haberland). Однако в клинике она применяется еще сравнительно редко.

Из литературы известно, что около 60 операций илеоколоректопластики произведено зарубежными хирургами (Richel, Vignolo, Fenwick, Micheida, Finsterer, Mörl, Primo и др.) и 20 — отечественными (Е. А. Шефтер, Б. А. Алекторов, М. К. Чачава, В. И. Юхтин, Г. Л. Александрович). Кроме того, нами произведено и описано 5 операций илеоколопластики и 5 — илеоректопластики. Такое положение, по-видимому, связано с недостаточным знанием методики илеоколоректопластики и с наличием сомнений в отдаленных результатах операции. Неслучайно в нашу клинику поступают больные для закрытия каловых свищей не только из близко расположенных районов, но даже из г.г. Фрунзе, Нижний Тагил и др. Конечно, не всем им показана илеоколоректопластика и у многих кишечные

свищи удается ликвидировать с помощью общезвестных реконструктивных операций, но у некоторых больных без илеоколоректопластики обойтись невозможно.

Приводим наблюдение.

Больная Д., 29 лет, поступила в клинику общей хирургии 1 февраля 1968 г. из Нижнего Тагила для ликвидации противоестественного заднего прохода.

19 мая 1967 г. во время криминального аборта у больной перфорирована матка и поврежден толстый кишечник, в связи с этим удалена сигмовидная и часть прямой кишки; прямая кишка ушита, а нисходящая выведена на переднюю брюшную стенку в виде калового свища.

Больная истощена (потеряла в весе 11 кг), бледна. Легкие и сердце — без особенностей. Живот несколько впалый, по левой параректальной линии, примерно на уровне пупка, имеется каловый свищ.

Кровь: эр. 5 160 000, гем. 78 ед., цветной показатель 0,77, л. 8 700, РОЭ 6 мм, эоз. 3%, п. 6%, с. 69%, лимф. 18%, мон. 4%; сахар 111 мг%, хлориды 643 мг%, остаточный азот 36 мг%, билирубин 0,75 мг%, общий белок 8,4%, альбумины 2,4%, глобулины 6%, протромбин 41%, диастаза 16 ед.

Проба Квика 61%. Моча без особенностей.

Во время рентгенологического исследования установлено, что культя прямой кишки длиной 7 см, а противоестественное заднепроходное отверстие образовано за счет нисходящей толстой кишки.

13 февраля 1968 г. произведен первый этап илеоколоректопластики под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с релаксантами. Нижним срединным разрезом вскрыта брюшная полость. Отступив от илеоцекальной зоны на 10 см, из подвздошной кишки выделен илеотрансплантат длиной около 40—50 см на брыжеечной ножке. Непрерывность тонкой кишки восстановлена анастомозом конец в конец. Концы трансплантата ушиты наглухо. Верхний конец илеотрансплантата подшит к нисходящей толстой кишке, а между нижним концом и прямой кишкой наложено соустье — конец прямой кишки в бок илеотрансплантата.

4 марта 1968 г. произведено двойное контрастирование кишечника. На рентгенограмме хорошо видны контуры культи прямой кишки и трансплантата (рис. 1).



Рис. 1. Фоторентгенограмма прямой кишки и илеотрансплантата больной Д.



Рис. 2. Фоторентгенограмма прямой кишки, илеотрансплантата и восходящей кишки той же больной.

22 марта 1968 г. под интубационным эфирно-кислородным наркозом выполнен второй этап илеоколоректопластики. Окаймляющим разрезом вокруг кишечного свища рассечена кожа, которая ушита над свищем. Разрез продолжен книзу и вскрыта брюшная полость. Наложено соустье — конец толстой кишки в бок верхнего конца илеотрансплантата.

Кровь от 4 апреля 1968 г.: эр. 420 000, гем. 64 ед., цветной показатель 0,8, л. 6 300, эоз. 3%, с. 73%, л. 24%, РОЭ 39 мм; сахар 79 мг%, остаточный азот 39 мг%, хлориды 585 мг%, билирубин 0,5 мг%, общий белок 7,3%, холестерин 134 мг%, диастаза 64 ед., протромбин 60%. Моча в норме.

3 апреля 1968 г. произведено рентгенологическое исследование (рис. 2).

На рентгенограмме ясно видны границы плеотрансплантата. Верхний и нижний анастомозы хорошо проходимы.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Больная прибавила в весе. Стул 3—4 раза в сутки. 5 апреля 1968 г. выписана домой.

Мы видим, что у больной Д. с помощью илеоколоректопластики удалось восполнить большой дефект толстой и прямой кишок и ликвидировать противоестественный задний проход. Тем самым молодая женщина была возвращена к семье и труду.

Хорошие непосредственные и отдаленные результаты нами получены у всех больных после удаления гангренозной толстой кишки и последующей илеоколоректопластики. В этой связи представляет большой интерес больной К., которому пластическая операция была произведена еще в 1954 г., то есть 14 лет тому назад. Он 5 раз исследован в клинике, в том числе и рентгенологически и, несмотря на свои 74 года, и сейчас чувствует себя хорошо.

Итак, после хирургических вмешательств, связанных с обширной резекцией толстой и прямой кишок и наложением противоестественного заднего прохода, у части наиболее «трудных» больных илеоколоректопластика дает возможность восстановить нормальное пищеварение и естественный акт дефекации. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты илеоколоректопластики позволяют рекомендовать ее для более широкого применения.

ЛИТЕРАТУРА

Алекторов Б. А. Дисс. канд., Л., 1947.— Величенко В. М. Замещение дефектов толстой и прямой кишок илеотрансплантатом. Минск, 1967.— Левин Г. С. Дисс. канд., Минск, 1939.— Чачава М. К. Хирургия, 1948, № 11, с. 70.— Юхтин В. И. Вестник Академии мед. наук СССР, 1961, № 1, с. 53.— Haberland Bruns Beitr. z. Klin. Chir., 1930, 149, 432.— Micheida Bruns Beitr. z. Klin. Chir., 1930, 149.— Fenwick. Brit. med. J., 1911, 2649, 781.
