

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Е. О. Непокойчицкий

Клиника госпитальной хирургии (зав.—доц. И. А. Петухов) Витебского медицинского института и Витебская областная клиническая больница

Кишечная непроходимость, вызванная спайками, занимает важное место в патологии брюшной полости. За последние 20 лет отмечается увеличение числа случаев спаечной кишечной непроходимости (Д. П. Чухриенко). Этой важной проблеме посвящено много работ, однако до сих пор остаются спорными и нерешенными вопросы о длительности консервативных мероприятий, характере и объеме оперативных вмешательств, показаниях и противопоказаниях к оперативному вмешательству, путях профилактики внутрибрюшинных сращений и др.

Отсутствие эффективных средств профилактики спайкообразования вынудило хирургов обратиться к оперативному созданию так называемых управляемых спаек по методу Нобля и его модификациям по Чайлдсу — Филлипсу, Laurence и Baggot, Ю. Т. Коморовскому, Д. П. Чухриенко. Изучение ближайших и отдаленных результатов интестинопластики по Ноблю (Kraus; Conolly и Smith; И. С. Белый, и др.) выявило ряд отрицательных сторон этой операции. Длительность ее, возникновение послеоперационных абсцессов и межпетлевых свищей, высокий процент рецидивов спаечной болезни, нарушение функции кишечника изменили оптимистическое отношение к этой операции. Чрезбрыжечная интестинопластика, предложенная Чайлдсом

и Филлипсом лишена этих недостатков и находит все более широкое применение в лечении спаечной болезни.

Мы вполне согласны с В. С. Маят и А. А. Гринберг, что операция Нобля при острой форме спаечной болезни тактически неоправдана. Бесспорно, наложение пликарирующих серозно-мышечных швов на растянутую, измененную тонкую кишку таит опасность прокола стенки кишки и возникновения в последующем межпетлевого абсцесса или свища.

Наиболее целесообразна в таких случаях чрезбрыжеечная интестинопликация по Чайлдсу — Филлипсу. Мы выполнили 5 интестинопликаций в остром периоде и получили хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

Приводим одно из наблюдений.

Больной К., 27 лет, доставлен в хирургическое отделение в 8.00 21/VI 1966 г. с жалобами на резкие приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 20/VI в 17.00, когда появились острые боли в области пупка, рвота. Ночью был вызван врач, который направил больного в областную больницу. Два года назад перенес проникающее ножевое ранение правой подвздошной области с повреждением тонкой кишки, в мае 1966 г. — резекцию желудка. При клиническом и рентгенологическом обследовании поставлен диагноз спаечной болезни брюшной полости. Сифонная клизма, паранефральная блокада, промывание желудка, введение спазмолитиков облегчения не принесли. Состояние больного ухудшалось, однако он не давал согласия на операцию.

В 13.00 21/VI под эндотрахеальным наркозом произведена ниже-срединная лапаротомия. С передней брюшной стенкой сращена петля тонкой кишки, вокруг которой образовался узел из тонких кишок. Верхний отдел тонкой кишки, двенадцатиперстная кишка и желудок резко вздуты, ниже узла — спавшийся кишечник.

После отделения петли кишки от брюшной стенки расправлен узел тонкой кишки, признанный жизнеспособным. Произведена чрезбрыжеечная интестинопликация по Чайлдсу — Филлипсу П-образными швами с затягиванием их на $\frac{1}{3}$ длины поперечника «гармошки». Послеоперационное течение без особенностей. Больной выздоровел. Обследован через 2 года, жалоб не предъявляет. Выполняет прежнюю работу.

Существенное влияние на исход оперативного лечения оказывает большой сальник. Даже после интестинофикации, выполненной по различным методикам, он, как правило, образует сращения с десерозированными и травмированными участками кишечника, мочевого пузыря, матки и париетальной брюшины, что может привести к возникновению кишечной непроходимости. На первых порах освоения чрезбрыжеечной интестинофикации мы не придавали особого значения сальнику и не прибегали к его резекции, что вынудило предпринять повторные операции у 2 больных.

Больная Б., 20 лет, доставлена в хирургическое отделение 26/III 1967 г. с явлениями спаечной кишечной непроходимости. Проведенные консервативные мероприятия привели к разрешению острой кишечной непроходимости.

Тщательное клиническое и рентгенологическое исследования подтвердили наличие внутрибрюшинных спаек. 2/II 1968 г. произведена чрезбрыжеечная интестинопликация по Чайлдсу — Филлипсу с затягиванием П-образных швов на $\frac{1}{3}$ длины поперечника «гармошки». В послеоперационном периоде развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость. Через 6 дней предпринято повторное оперативное вмешательство. Причиной непроходимости оказался сальник, сросшийся с илео-цекальным углом кишечника и перехлестнувший всю «гармошку» тонкой кишки. Произведена резекция сальника. Отмечено выздоровление.

Для предупреждения послеоперационной спаечной кишечной непроходимости Такиа предлагает фиксировать большой сальник к малому или погружать его под желудочно-ободочную связку. Н. И. Блинов и В. А. Галкин сворачивают сальник в виде рулета и подшивают к большой кривизне желудка. В обоих случаях теряет защитную функцию сальника, поэтому мы считаем лучшим методом резекцию сальника. При производстве интестинофикации мы резецировали сальник у 8 больных и получили хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о размерах пликации тонкой кишки.

Noble рекомендовал выполнять при ограниченных перитонитах частичную, при разлитых — полную интестинопликацию. Thompson и Quenu, Wilson, осуществившие частичную пликацию, должны были выполнить ее повторно и перевести в полную. На полной пликации всей тонкой кишки настаивает и К. С. Симонян.

Мы считаем, что при поражении спаечным процессом небольших участков тонкой кишки следует выполнять частичную пликацию. Поражение тонкой кишки на протяжении более 50 см требует полной пликации ее П-образными швами, проведенными через брыжейку. Будущее принадлежит профилактике внутрибрюшинных спаек и сращений. Настоящее состояние этого вопроса не дает полного удовлетворения.

В опытах на животных мы не наблюдали заметного нарушения функции чрезбрыжеечно пликированной тонкой кишки.

В клинике выполнено 17 чрезбрыжеечных интестинопликаций с благоприятными ближайшими и отдаленными результатами. Это дает нам основание рекомендовать при спаечной болезни брюшной полости после рассечения спаек чрезбрыжеечную интестинопликацию по Чайлдсу — Филлипсу.