

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ ЧРЕЗБРЫЖЕЕЧНОЙ ИНТЕСТИНОПЛИКАЦИИ ПО ЧАЙЛДС- ФИЛЛИПСУ

Кандидат медицинских наук Е. О. НЕПОКОЙЧИЦКИЙ

Клиника госпитальной хирургии (заведующий — доцент И. А. Петухов)
Витебского медицинского института

Чрезбрыжеечная интестинопликация по Чайлдс-Филлипсу находит все более широкое применение в лечении спаечной болезни. Отдаленные результаты ее многими авторами оцениваются положительно (И. С. Белый, Cl. Henrion, P. Bastin и др.).

За период с 1961 по 1970 гг. нами произведено 20 чрезбрыжеечных интестинопликаций. 6 оперативных вмешательств выполнено по экстренным показаниям, остальные в плановом порядке. Возраст оперированных был от 17 до 68 лет, мужчин — 5, женщин — 15. 19 больных ранее перенесли от 1 до 12 операций, у одной больной спаечная болезнь развилась после туберкулезного перитонита. 14 больных, оперированных в плановом порядке, страдали тяжелой формой спаечной болезни.

Больные с явлениями острой кишечной непроходимости оперировались по установлении диагноза. Хроническая рецидивирующая форма спаечной болезни требовала сложных диагностических исследований, тщательной предоперационной подготовки в течение 10—14 дней. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

Брюшная стенка вскрывалась с учетом ранее выполненных операций и предполагаемого оперативного вмешательства. Наличие срединных операционных рубцов заставляет вскрывать брюшную стенку лево- или правосторонним параректальным разрезом, что уменьшает риск повреждения тонкой кишки, вовлеченной в спайки. Однако в этих случаях возникают серьезные трудности при выделении кишки из спаек, особенно при отделении ее от срединного операционного рубца. Кроме того, укладка тонкой кишки в «гармошку» и фиксация ее П-образными швами практически невозможна вследствие натяжения брыжейки, тем более деформированной спайками. Поэтому только в двух случаях с большими трудностями интестинопликация была выполнена через левосторонний параректальный разрез. У остальных больных брюшная стенка вскрывалась ниже-срединным разрезом с иссечением послеоперационного рубца. В пяти случаях разрез продлен кверху с обходом пупка слева. Брюшина вскрывалась левее линии кожного разреза, что дает возможность более свободно проникнуть в брюшную полость. У всех оперированных больных обнаружены сращения тонкой кишки с париетальной брюшиной, от небольших участков до значительной протяженности. Инфильтрация спаек и сращений раствором новокаина облегчает их разделение, предупреждает возможность повреждения стенки кишки.

Распространенность спаечного процесса зависела от характера и количества ранее выполненных операций на органах брюшной полости. У шести больных, перенесших аппендэктомию или операцию по поводу заболевания гинеталий, внутрибрюшинные спайки локализовались преимущественно в подвздошной кишке, причем более массивные спайки — в правой подвздошной области. После ранения кишечника, резекции желудка и многократных разделений спаек обнаружен массивный спаечный процесс, захватывающий всю тонкую, поперечно-ободочную кишки и желудок. Чаше всего спайки носили пленчатый характер, реже встречались тяжи салъникового и соединительно-тканного происхождения.

Методика фиксации тонкой кишки изложена нами ранее («Хирургия», № 3, 1967). Она выполняется прямыми иглами (шершаты), шелком №№ 5, 6 с затягиванием П-образных швов на $\frac{1}{3}$ их длины.

Гладкое послеоперационное течение отмечено у 11 больных. Умеренное вздутие живота, задержка стула и газов в течение 4—5 дней ликвидировались средствами, стимулирующими перистальтику кишечника (гипертонический раствор поваренной соли, питуитрин, прозерин, гипертоническая клизма, удаление желудочного содержимого, промывание желудка, раннее вставание). Значительное вздутие живота с тошнотой, рвотой, задержкой стула и газов до 7 дней имели место у 4 больных. Кроме вышеперечисленных мероприятий, этим больным проводилась паранефральная блокада. В раннем послеоперационном периоде у 2 боль-

ных развился рецидив спаечной болезни вследствие оставления измененного сальника, что потребовало повторного оперативного вмешательства с удалением последнего.

С 1966 г. мы резецируем или удаляем полностью измененный сальник, и рецидивов спаечной болезни в раннем послеоперационном периоде не наблюдается.

Используя опыт Нобля, мы дважды выполнили интестинопликацию после резекции участка тонкой кишки или ее ушивания, и получили неудовлетворительные результаты. В одном случае развилась ранняя послеоперационная кишечная непроходимость, потребовавшая снятия П-образных швов с резекцией участка тонкой кишки, поврежденного и ушитого при выделении последней из спаек. У второго больного в возрасте 68 лет в результате выраженного послеоперационного пареза наступила несостоятельность швов анастомоза тонкой кишки, осложнившаяся разлитым перитонитом, от которого наступила смерть.

Отдаленные результаты изучены у 17 больных. Сроки наблюдения от 1 года до 10 лет.

Хорошие результаты получены у 10 исследованных, они вернулись к прежней работе. Рентгенологическим исследованием установлена нормальная эвакуаторная функция пликированной тонкой кишки (опорожнение ее от бария наступало через 6—7 час.). «Гармошка» тонкой кишки сохраняет ранее приданную форму. Общий и биохимический анализы крови соответствуют нормальным показателям, вес тела увеличился на 4—17 кг. Следует подчеркнуть, что в это число входят 6 больных, оперированных с явлениями острой кишечной непроходимости.

Удовлетворительные результаты были у 5 исследованных. У них отмечались периодические боли в животе после приема грубой пищи, при выполнении тяжелой физической работы, некоторое вздутие живота в это время. Теплая грелка купирует эти явления. Трое из них переведены на более легкую работу, двоим установлена группа инвалидности. У 4 исследованных вес тела увеличился на 4 кг, у одной — сохранился первоначальный.

Не улучшилось состояние у 2 больных. Одна из них страдает рецидивирующей формой спаечной болезни, 3—4 раза в году находится на стационарном лечении по поводу частичной кишечной непроходимости, являющейся результатом сращения петель «гармошки» тонкой кишки с передней брюшной стенкой.

ВЫВОДЫ

1. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты получены у больных с острой формой кишечной непроходимости и коротким сроком заболевания.

2. Рецидивы спаечной болезни возникли вследствие оставления измененного сальника, сращения «гармошки» тонкой кишки с удлинённой сигмой и париетальной брюшиной передней стенки живота.

3. Интестинопликация после ушивания или резекции тонкой кишки сопряжена с большим риском развития перитонита вследствие несостоятельности наложенных швов, поэтому выполнять ее нецелесообразно.

ЛИТЕРАТУРА

Белый И. С. Клин. хирургия, 1967, № 6 — Непокойчицкий Е. О. Сов. медицина, 1970, № 3 — Симонян К. С. Спаечная болезнь. М., 1966 — Henrion Cl., Bastin P. Acta Shyr., 1969, 68, 3, 201.

IMMEDIATE AND REMOTE RESULTS OF ADHESIVE DISEASE TREATMENT
BY THE METHOD OF INTRAMESENTERIAL INTESTINOPLICATION ACCORDING
TO CHILDS — PHILLIPS

E. O. Nepokoichitsky

SUMMARY

The author analysed 20 cases of intramesenterial intestinoPLICATION according to Childs — Phillips. The age of patients varies from 17 to 68. They had from 1 to 12 operations. Periods of the observation are to 10 years. In early periods after operations 2 patients died, in 1 patient in a repeated intervention fixing sutures are removed because of hermetism disturbance of previous sutures of the jejunum. In 2 patients early adhesive intestinal obstruction arose, the cause of which was a changed omentum. Remote results are studied in 17 patients. They proved to be good in 10 patients, satisfactory — in 5, without improvement — in 2 patients.