

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ НОБЛЯ ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Доц. В. С. Баженов, Е. О. Непокойчицкий

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института и Областная клиническая больница

Для лечения повторяющейся кишечной непроходимости Noble предложил оригинальную операцию, при которой петли тонкой кишки после разделения сращений укладывают в ряды и сшивают между собой, т. е. кишечнику придают функционально выгодное положение для пассажа содержимого. Такая операция не предупреждает образования новых сращений, но избавляет больного от приступов кишечной непроходимости.

Операцию Нобля за рубежом применяют довольно широко (Lord; Seabrook и Wilson; Smith; Foster и Shields; Poth, Lewis и Walma; Childs и Phillips, и др.). В отечественной литературе об операции Нобля сообщили Д. А. Арапов, Трионг Конг Трунг, С. А. Мушегян, А. А. Троицкий, Н. И. Блинов и Е. Е. Григорьев, К. С. Симонян, Г. Н. Надарейшвили, С. С. Нестеров, Нгуэн Трин Ко, Вуонг Хунг и др.

Опыт отечественных и зарубежных авторов показывает, что операция Нобля наряду с положительными сторонами имеет ряд недостатков. Во-первых, после этой операции могут образоваться межпетлевые абсцессы, которые иногда прорываются в свободную брюшную полость и вызывают перитонит. О смерти больных в результате такого осложнения сообщают К. С. Симонян, Seabrook и Wilson и др. Во-вторых, при операции Нобля много времени уходит на сшивание петель кишечника, а фактор времени, особенно у больных, оперируемых по поводу острой кишечной непроходимости или перитонита, имеет немаловажное значение. В-третьих, после операции Нобля почти у всех больных наблюдаются спастические боли, которые обусловлены натяжением сращений в областишитых петель при наполнении кишечника. Для устранения этих недостатков Childs и Phillips предложили свою модификацию, состоящую в следующем: тонкую кишку после разделения сращений укладывают в горизонтальные ряды длиной 20 см и фиксируют в таком положении тремя П-образными швами, проведенными через брыжейку специально для этого сделанной длинной иглой; брыжейку кишки каждого ряда прошивают в точке, расположенной в 3 мм от стенки кишки, причем в обратном направлении иглу проводят на расстоянии 3 см от места первого прокола. Шов завязывают свободно, чтобы не вызвать сдавления сосудов. Схема операции представлена на рис. 1. Методику операции авторы испытывали в эксперименте и, убедившись в безопасности, применили ее у 7 больных с хорошим ближайшим результатом.

Мы произвели подобную операцию у 3 больных.

Приводим наши наблюдения.

1. Б о л ь н а я П., 35 лет, впервые была оперирована в январе 1958 г. по поводу флегмонозного аппендицита с ограниченным перитонитом. В марте 1958 г. произведена холецистэктомия. В 1959 г. дважды, а в 1960 г. трижды оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости; 2 раза, помимо разделения сращений, производили резекцию тонкой кишки. Боли в животе, рвота, приступы кишечной непроходимости сделали больную тяжелым инвалидом. В течение 2 лет она непрерывно находилась в стационарах различных городов.

При поступлении больная пониженного питания. Сердце и легкие без отклонений от нормы. Кожа живота в рубцах от оперативных вмешательств. Живот при ощупывании болезненный во всех отделах. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта с барием отмечается хаотичное расположение тонкой кишки и задержка бария в слепой и восходящей кишке на протяжении 3 суток. Диагностирована спаечная болезнь с частыми приступами кишечной непроходимости и нарушение моторики правой половины толстой кишки.

5/1 1961 г. операция. Под интубационным эфирно-кислородным наркозом с применением релаксантов произведен разрез по средней линии живота выше и ниже пупка. Обнаружены обширные сращения желудка, тонкой и толстой кишки между собой и с парietальной брюшиной. Кишечник выделен из сращений. Произведена интестинопликация по методу Чайдлса и Филлипса. После операции больная прибавила в весе 14 кг.

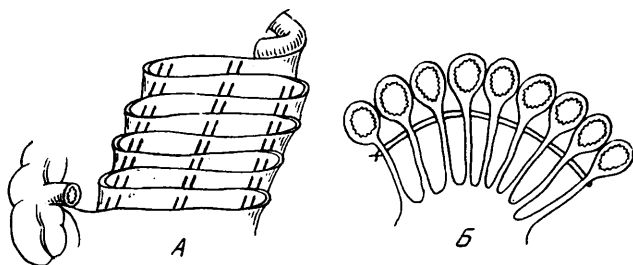


Рис. 1. Схема операции по Чайдлсу и Филлипсу.
А — вид спереди (кишечная трубка удалена); Б — вид сбоку.

В январе 1962 г. больной в связи с явлениями частичной толстокишечной непроходимости произведена правосторонняя гемиколэктомия; петли тонкой кишки были спаяны между собой в ранее сложном порядке. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта отмечен нормальный пассаж бария. В июле 1962 г. у больной диагностирована почечнокаменная болезнь и удален коралловидный камень из правой лоханки. В декабре 1962 г. по поводу лоханочного свища удалена правая почка. Больная обследована в стационаре через год после последней операции. Самочувствие удовлетворительное. Ведет домашнее хозяйство. Изредка отмечает боли в животе. Приступов кишечной непроходимости не отмечает.

2. Б о л ь н а я С., 27 лет, оперирована в 1953 г. — произведена декапсуляция правой почки в связи с болевым нефритом. В 1954 г. сделана операция по поводу острого аппендицита. В ближайшем послеоперационном периоде развилась спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая операции разделения сращений. В январе 1955 г. снова оперирована с диагнозом спаечной кишечной непроходимости. С 1955 по 1962 г. неоднократно лечилась в стационаре по поводу спаечной частичной кишечной непроходимости. В 1962 г. приступы кишечной непроходимости участились и протекали более тяжело. 26/IV 1962 г. больной произведена интестинопликация по методу Чайдлса и Филлипса. При вскрытии брюшной полости обнаружен конгломерат спаянных между собой петель тонкой кишки. Кроме того, тонкая кишка была сращена с органами малого таза и толстой кишкой. Толстая кишка спаяна с печенью, желчным пузырем и тонкой кишкой. Пленчатые сращения довольно легко разделены. Тонкая кишка уложена в 7 горизонтальных рядов длиной 18 см и фиксирована тремя П-образными швами, проведенными через брыжейку. Брюшная полость послойно зашита наглухо.

Через 2 недели после операции появились признаки кишечной непроходимости, которые постепенно нарастали и потребовали оперативного вмешательства. 25/V произведена операция. По вскрытии брюшной полости тонкая кишка представлялась в виде единого конгломерата. Наложен анастомоз между свободной тонкой кишкой и слепой. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. В июне выписана. Стойкой нормализации состояния не наступило. Периодически беспокоили боли в животе, отмечалась задержка стула и газов, рвота, вздутие живота, гематурия. В промежутках между приступами у больной был жидкий стул, наложенный анастомоз выключил большую часть тонкой кишки из акта пищеварения. 4/III 1963 г. снова поступила в областную клиническую больницу. Консервативная терапия в виде антибиотиков, гормональных препаратов (АКТГ), переливания крови, белковых препаратов, сифонной клизмы и паранефральных блокад была неэффективной. Повторяющиеся приступы частичной кишечной непроходимости и нару-

шенное пищеварение вследствие высоко наложенного анастомоза являлись показанием для лапаротомии и ревизии брюшной полости.

17/IV 1963 г. произведена лапаротомия. Тонкая кишка, уложенная и фиксированная ранее, не раздута. В малом тазу обнаружены сращения, которые деформировали сигмовидную кишку и вызвали явления частичной кишечной непроходимости. Сращения разделены, проходимость по толстой кишке восстановлена. Ранее наложенный анастомоз между тонкой и слепой кишками пропускает палец. Анастомоз ликвидирован. Через 2 недели после операции выписана в удовлетворительном состоянии. Больная периодически отмечает боли в животе.

3. Б о л ь н а я С., 25 лет, впервые оперирована в апреле 1953 г. по поводу острого аппендицита. В октябре того же года удалена киста левого яичника. В 1959 г. снова произведена операция — удаление кисты правого яичника. В 1962 г. в районной больнице оперирована с диагнозом спаечной кишечной непроходимости. Произведено разделение спаек. В феврале 1963 г. вновь оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости. В июле 1963 г. больной резецирована сигмовидная кишка в связи с заворотом. В октябре 1963 г. снова отмечались приступы спаечной кишечной непроходимости. Произведено разделение сращений. В промежутках между оперативными вмешательствами больную часто беспокоили боли в животе, задержка стула и газов. Неоднократно госпитализирована и лечилась консервативно. Последний раз поступила в Областную клиническую больницу 2/XII с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку стула и газов. Консервативная терапия приносила временное улучшение. Наличие спаечной болезни и частых приступов кишечной непроходимости служили поводом для производства интестинопликации.



Рис. 2. Тонкая кишка уложена в 12 рядов и через брыжейку проведено 3 П-образных шва.

7/XII операция под интубационным эфирно-кислородным наркозом с применением релаксантов. В рану предлежит тонкая кишка, спаянная в конгломерат. Спайки инфильтрированы. Одни петли тонкой кишки раздуты, другие спаявшиеся. Приблизительно $\frac{1}{3}$ кишечника, начиная от трехцельной связки, свободна от сращений. Толстая кишка в спаечный процесс не вовлечена. Сужения в месте анастомоза после резекции сигмовидной кишки нет. Тонкая кишка после разделения сращений уложена в 12 рядов длиной 18—20 см и фиксирована в таком положении тремя П-образными швами, проведенными через брыжейку (рис. 2).

В послеоперационном периоде отмечались боли в правой половине живота с явлениями частичной кишечной непроходимости. Больная лечилась консервативно.

С 1/III 1964 г. состояние больной ухудшилось, снова стали нарастать симптомы кишечной непроходимости. В связи с неэффективностью консервативной терапии 7/III 1964 г. произведена операция. Брюшная полость вскрыта по средней линии с иссечением рубца. При ревизии обнаружено сращение нижних 3 рядов петель тонкой кишки с боковой стенкой живота, в результате чего была затруднена проходимость содержимого через восходящий отдел толстой кишки. Слепая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки раздуты газом. Тонкая кишка лежит в положении, приданном ей при предыдущей операции. Послеоперационный период протекал без особенностей. Из-за небольшого срока после операции судить об ее эффективности не представляется возможным.

На основании небольшого опыта мы пришли к выводу, что чрезбрыжечная интестинопликация выгодно отличается от фиксации по Ноблю. Она требует значительно меньшей затраты времени. Вместо длинной специ-

альной иглы мы пользовались обычной изогнутой иглой. По нашему мнению, длинная игла не имеет преимуществ. Не решен также ряд деталей техники. Не ясно, например, какой длины должны быть ряды кишечных петель, до каких пределов нужно затягивать П-образные швы, как далеко накладывать швы от краев кишечных петель и т. д. На наш взгляд, длина рядов должна быть индивидуальной и соответствовать расстоянию между восходящим и нисходящим отделами толстой кишки. П-образные швы мы затягивали до $\frac{1}{3}$ расстояния между верхним и нижним рядами кишечных петель.

Эффективность примененной методики, т. е. предупреждение спаечной непроходимости тонкой кишки, отмечена не только клинически. У всех наших больных, повторно оперированных, мы наблюдали хорошо уложенную и функционирующую тонкую кишку.

Помимо спаечного процесса в брюшной полости, у всех наших больных была патология со стороны почек. По-видимому, эти патологические процессы взаимосвязаны и, возможно, в какой-то степени усугубляют друг друга. Кроме того, у всех наших больных была патология со стороны толстой кишки. Стенка ее была тонкой, атрофичной. Пассаж содержимого по толстой кишке, как правило, был нарушен. Как поступать в таких случаях с толстой кишкой, тоже еще не совсем ясно. Учитывая опыт лечения больной С., у которой после операции интестинопликации развилась спаечная непроходимость в области сигмовидной кишки, по-видимому, следовало бы последнюю или резецировать, или фиксировать к передней брюшной стенке так, чтобы предупредить повторную спаечную непроходимость в этом отделе.

В заключение следует сказать, что операция чрезбрюшинной интестинопликации при спайках тонкой кишки, обуславливающих повторные приступы кишечной непроходимости, должна получить более широкое распространение в клинике. Перед операцией необходимо тщательное обследование больного, особенно состояния почек и функциональной способности толстой кишки.

В ы в о д ы

1. При спаечной болезни после операции Нобля возможно образование межпетлевых абсцессов с развитием перитонита и возникновением болей спастического характера.

2. Операция Чайдлс и Филлипса исключает недостатки операции Нобля и, по нашему мнению, заслуживает более широкого применения в клинике.

Л И Т Е Р А Т У Р А

Арапов Д. А. Хирургия, 1960, № 3, с. 142. — Блинов Н. И., Григорьев Е. Е. Вестн. хир., 1962, № 1, с. 63. — Мушегян С. А. Хирургия, 1960, № 3, с. 141. — Надарейшвили Г. Н. Вестн. хир., 1964, № 2, с. 117. — Нестеров С. С. Хирургия, 1964, № 3, с. 74. — Симонян К. С. Вестн. хир., 1962, № 1, с. 68. — Троицкий А. А. Хирургия, 1960, № 3, с. 143. — Нгуэн Трин Ко, Вуонг Хунг. Там же, 1964, № 3, с. 77. — Трионг Конг Трунг. Там же, 1960, № 3, 141. — Childs S. B., Foster J. M., Rocky Mtn. med., 1950, v. 47, p. 917. — Childs W. A., Phillips R. B., Ann. Surg., 1960, v. 152, p. 258. — Lord J. W., Howes E. J., Jolliffe N., Ann. Surg., 1949, v. 129, p. 315. — Noble T. B., Am. J. Surg., 1937, v. 35, p. 41. — Poth E., Lewis S., Wolma F., Am. Surg., 1953, v. 19, p. 24. — Seabrook D. B., West. J. Surg., 1949, v. 57, p. 331. — Seabrook D., Wilson N., Am. J. Surg., 1954, v. 88, p. 186. — Smith G. K., Arch. Surg., 1955, v. 70, p. 801.