

СОСТОЯНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ИНТЕСТИНОПЛИКАЦИИ

Канд. мед. наук *Е. О. Непокойчицкий*

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— доц. И. А. Петухов) Витебского медицинского института

Распространение спаечного процесса в брюшной полости вызывает тяжелое патологическое состояние вследствие нарушения проходимости кишечника. Развившаяся спаечная болезнь может протекать в острой и хронической формах. В острых случаях она требует экстренного оперативного вмешательства, в хронических формах используют весь арсенал консервативных мероприятий и затем больных вынужденно оперируют. Попытки предупреждения спайкообразования в послеоперационном периоде с помощью различных химических веществ и лекарственных средств не дали желаемого результата. Значительный вклад в лечение спаечной болезни внесли Нобль, предложивший пристеночную интестинопликацию, и Чайлдс-Филлипс, модифицировавший ее в чрезбрыжеечную.

В своей практической работе мы пользовались интестинопликацией по Чайлдс-Филлипсу. Ближайшие и отдаленные результаты чрезбрыжеечной интестинопликации оценивались удовлетворительно, о чем свидетельствовало восстановление проходимости тонкой кишки, выявленное рентгенологически, и ликвидация имевшейся кишечной непроходимости. В отдельных случаях возникали рецидивы, обусловленные техническими недостатками оперативного лечения (оставление измененного большого сальника, неправильное наложение П-образных швов, интестинопликация после резекции кишки), сращение петель кишечника («гармошки») с передней брюшной стенкой.

Каково же состояние тонкой кишки, фиксированной в положении «гармошки», находящейся в вынужденном, «скованном» положении? Ответа на этот вопрос в доступной литературе мы не нашли. В какой-то мере ответ получен при повторных оперативных вмешательствах, предпринятых у боль-

ных, ранее подвергшихся интестинопликации по поводу спаечной болезни.

Во время релапаротомий изучено положение фиксированной тонкой кишки, объем вовлеченности в спаечный процесс, соотношение ее с другими органами брюшной полости. Рентгенологически исследована эвакуаторная функция. За последние годы нами выполнено 20 интестинопликаций по Чайлдс-Филлипсу. Шесть больных оперированы в экстренном, 14 — в плановом порядке. Из них повторному оперативному вмешательству подвергнуты 4 больных. Причиной повторных операций у 3 больных явились послеоперационные грыжи, возникшие через 6—12 месяцев после интестинопликации, у 1 больной операция сделана ошибочно вследствие неправильно поставленного диагноза внематочной беременности. Образование послеоперационных грыж связано с выраженным послеоперационным парезом кишечника, периодическими вздутиями живота после приема грубой пищи и выполнением тяжелой физической работы. Увеличение выпячиваний в области операционных рубцов и ограничение работоспособности, боли заставляли обращаться за хирургической помощью.

Больные были подвергнуты тщательному клиническому, лабораторному и рентгенологическому обследованию. Явлений кишечной непроходимости не выявлено, контрастная смесь эвакуировалась из тонкой кишки через 6—7 часов, отклонений от нормы при анализах крови и мочи не найдено. Проведена предоперационная подготовка, после чего больные оперированы. Приводим наше наблюдение.

Б о л ь н а я Ч., 39 лет, поступила в Клинику госпитальной хирургии 17/V 1967 г. с диагнозом спаечной болезни брюшной полости и с жалобами на схваткообразные боли в животе, вздутие, периодическую задержку стула и газов. Считает себя больной с 1960 г., когда перенесла аппендэктомию. В 1961, 1962 и 1965 гг. оперирована (лапаротомии с разделением спаек, не принесшие выздоровления).

Больная правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, перкуторно легочной звук. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 80 в минуту. Артериальное давление 140/90 мм. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, болезненный при пальпации. Кишечные шумы редкие, вялые. Перкуторно участки притупления чередуются с коробочным звуком, симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Газы отходят периодически, стул через 3—4 суток. Моченепускание свободное, безболезненное. Анализ крови: Нб 78 ед., эр. 4 200 000, л. 7200, с. 74%, п. 1%, э. 2%, лимф. 17%, мон. 6%; РОЭ 19 мм в час. Анализ сыворотки крови: сахар 70 мг%, хлориды 595 мг%, билирубин 0,38 г%, протромбины 100%, белок 7,2%. Анализ мочи без патологии. На рентгенограммах тонкой кишки: через 2 часа в желудке определялось около $\frac{1}{3}$ контрастной взвеси, остальная в тощей кишке. Петли ее раздуты. Через 4 часа контраст заполнил подвздошную кишку. Последняя заполнена неравномерно: отдельные петли булавовидно растянуты, другие имеют вид узких перетяжек. В области пупка кишечник фиксирован к париетальной брюшине. Через 6 часов основная масса бария находится в подвздошной кишке. Петли ее разного калибра, от очень узких до значительной ширины, деформированы. Нижний отдел располагается в малом тазу. Через 8 часов часть бария остается в подвздошной кишке, остальная — в слепой кишке.

22/V — лапаротомия. К операционному рубцу широкой площадкой припаяны сальник и петли тонкой кишки, которые отделены тупым и острым путем. Около 3 м нижнего отдела тонкой кишки резко деформированы плоскостными и тяжевидными спайками. Они располагаются между соседними петлями тонкой кишки, сальником и кишкой, петлями кишки и париетальной брюшиной. Слепая кишка сращена с операционным рубцом в правой подвздошной области. Верхний отрезок тонкой кишки длиной около 1,5 м свободен от спаек. Тонкая кишка уложена в 6 горизонтальных петель («гармошку») и фиксирована 3 П-образными швами за брыжейку по методу Чайлдс-Филлипса. Несмотря на активную стимуляцию, послеоперационный парез кишечника длился 5 дней. В дальнейшем состояние нормализовалось, и 16/VI больная выписана домой.

Через 6 месяцев после операции образовалось выпячивание в области операционного рубца, ограничивающее трудоспособность. 11/I 1968 г. с указанными жалобами поступила в клинику госпитальной хирургии. При обследовании обнаружено грыжевое выпячивание размером 12×6 см в области операционного рубца, выслушиваются кишечные шумы, перкуторно определялся коробочный звук. В положении стоя выпячивание увеличивалось в размере. На рентгенограммах тонкой кишки с барием через 2 часа в желудке контрастная взвесь не определяется. Тощая кишка имеет вид «гармошки», петли ее несколько расширены. Через 4 часа контраст заполнял подвздошную кишку. Нижние петли «гармошки» деформированы, местами расширены, спавшиеся. Через 6 часов тонкая

кишка освободилась от бария, что свидетельствует о восстановлении эвакуаторной функции.

9/II — операция. Нижне-срединным разрезом рассечены кожа и подкожная клетчатка. Слева от грыжевых ворот вскрыта брюшная полость. Петли тонкой кишки сращены с брюшиной грыжевого выпячивания широкой площадкой, после их отделения удалось осмотреть брюшную полость. Тонкая кишка спавшаяся, представляла единый конгломерат интимно сросшихся между собой петель, в котором можно различить отдельные перистальтирующие петли, занимающие горизонтальное положение. Свободных от спаек участков нет. Сращений «гармошки» с боковыми стенками живота не выявлено. Слепая кишка сращена с брюшиной подвздошной области. Поперечнободочная и сигмовидная кишки имели единичные плоскостные, а местами и обширные сращения с тонкокишечным конгломератом. Произведена пластика передней брюшной стенки.

Послеоперационное течение гладкое. Наступило выздоровление.

У 2 других больных, подвергшихся интестинопликации, верхний отрезок тонкой кишки от 1,5 до 2 м был свободен от спаек. Послеоперационный период протекал с выраженным парезом кишечника в течение 4—6 дней. Ревизия брюшной полости во время пластики брюшной стенки по поводу обширных послеоперационных вентральных грыж позволила выяснить положение фиксированной кишки. Во всех случаях, как и в описанном выше, тонкая кишка оказалась вовлеченной в генерализованный спаечный процесс, приведший к образованию единого конгломерата из тонкой кишки. Лапаротомия, произведенная больной Б., 20 лет, с подозрением на внематочную беременность, ранее перенесшей интестинопликацию, выявила аналогичное состояние тонкой кишки.

Объяснить столь стремительное образование и распространение внутрибрюшинных спаек только механической травмой серозных оболочек невозможно, потому что травмирование последних у наших больных было незначительным.

Кроме того, нами оперировано 9 собак. Неизмененную тонкую кишку укладывали в горизонтальные петли и фиксировали за брыжейку 3 П-образными швами по методу Чайлдс-Филлипса. Контроль за состоянием кишки проводили путем повторных лапаротомий через 3, 6 и 12 месяцев. Эвакуаторная функция изучалась рентгенологически в указанные сроки. Через 3 месяца после операции у 3 собак обнаружены сращения большого сальника с операционным рубцом. «Гармошка» тонкой кишки сохраняла приданное положение у всех собак. У 6 из них образовались нежные сращения между соприкасающимися петлями тонкой кишки. У 3 собак спаек и сращений не выявлено. Последующие лапаротомии с детальной ревизией кишечника не увеличили количество внутрибрюшинных спаек. Эвакуаторная функция тонкой кишки у собак данной серии не имела значительных отклонений от функции у животных контрольной серии. Следовательно, проведенные лапаротомии и травмирование тонкой кишки не послужили причиной для дальнейшего широкого распространения внутрибрюшинных спаек, по-видимому, как следствие гладкого послеоперационного течения, отсутствия послеоперационного пареза.

На основании литературных данных и наших наблюдений весь процесс спайкообразования в брюшной полости нам представляется так: травматизация серозной оболочки органов брюшной полости вызывает парез мелких капилляров, приводит к стазу крови и выходу ее жидкой части в брюшную полость. На серозной оболочке кишки откладывается фибрин, способствующий образованию спаек. При небольшой травме количество «фундамента» (фибрина) для спайкообразования незначительное. Восстановившаяся перистальтика в первые 3—4 дня разрушает основную массу межпетлевых сращений, не имеющих достаточной прочности, из-за отсутствия эластических и коллагеновых волокон. Если же восстановление перистальтики запаздывает, раздувшиеся петли тонкой кишки вызывают сдавление более крупных венозных стволов. Увеличивается выход жидкой части крови в свободную брюшную полость, что приводит к новому наслоению фибрина, повышению прочности «молодых» спаек. Неподвижное положение тонкой кишки, плотное прилегание ее петель друг к другу в течение 4—6 дней после интестино-

пликация способствует не только образованию пристеночных сращений, но и обширных межпетлевых перепонок, образованию конгломерата, сращению его с париетальной брюшной и внутренними органами брюшной полости.

Мы не освещали процесс спайкообразования, так как он детально изложен в работах В. А. Опеля, С. И. Спасокукоцкого, С. С. Гирголава, К. С. Симоняна и др. В своей работе мы хотели подчеркнуть, что, помимо предрасположенности отдельных людей к спайкообразованию и других еще не выясненных факторов, определенная, если не решающая, роль принадлежит послеоперационному парезу тонкой кишки, сдавлению мелких сосудов, выходу жидкой части крови в брюшную полость с дальнейшим развитием спаек по обычному пути. В указанных наблюдениях микробный фактор отсутствовал и не мог быть причиной развития спаек инфекционного происхождения.

В ы в о д ы

1. Тонкая кишка, подвергнутая чрезбрыжеечной интестинопликации, в течение 2—4 дней находится в состоянии пареза, что, по-видимому, вызывает сдавление венозной сети и выход жидкой части крови в брюшную полость.

2. Задержка перистальтических движений кишечника на более длительный срок может явиться причиной образования обширных внутрибрюшинных спаек из выпавшего фибрина. Ограниченная вялая перистальтика фиксированной тонкой кишки не способна разрушить еще неокрепшие спайки, и они замуровывают ее в конгломерат.

ЛИТЕРАТУРА. Белый И. С. Клин. хир., 1967, № 6, с. 40. — Непокочинский Е. О. Сов. мед., 1970, № 3, с. 140. — Симонян К. С. Спаечная болезнь. М., 1966. — Childs W. A., Phillips R. B., Ann. Surg., 1960, v. 152, p. 258. — Noble T. B., Am J. Surg., 1937, v. 35, p. 441.

THE CONDITION OF SMALL INTESTINE AFTER INTESTINO-PLICATION

E. O. Nepokoichitsky

The author describes the condition of small intestine in 4 patients, which were given intestinoplication beforehand. Evacuatory function was tested by means of X-ray method. It was not hampered. The patients, mentioned above, have needed secondary interventions: three because of postoperative hernias, one—because of suspicion of extrauterine pregnancy. The small intestine was as a single collection with horizontally layered loops, adhered to the large intestine and anterior abdominal wall. Severe, dispersed residua formation in abdominal cavity was a result of needed movingless condition of small intestine and exsudation of liquid part of blood into abdominal cavity.