

А. Я. ИВАНОВ

К хирургии толстых кишок

Из хирургического отделения Нежинской межрайбольницы (зав. отделением А. Я. Иванов)

Вопрос о методе хирургического вмешательства на толстых кишках при необходимости резекции участка кишки в последние годы как будто находит свое разрешение в пользу одномоментной резекции. Значительная группа представителей советской хирургии: Федоров, Спасокукоцкий, Вишневский и заграничных клиник: Финстере, Мэно, Леснер и др. считают первичную резекцию наиболее целесообразным методом операции. Но двухомментная резекция толстых кишок, конечно, не может быть отвергнута целиком, но для ряда случаев она остается операцией выбора.

Опасности одномоментной резекции толстой кишки, как справедливо указывают ее противники, лежат в анатомической структуре толстых кишок (тонкостенность), в физиологической функции (наличие твердых каловых масс), а также в богатстве микроорганизмами, в частности гнилостными. Именно эти особенности усложняют оперативное вмешательство на толстой кишке, где мы часто стоим перед угрозой расхождения швов, проникновения инфекции в брюшную полость и развития в лучшем случае ограниченного инфицированного очага, а чаще всего—общего перитонита.

Хотя в последние годы результаты одномоментной резекции толстых кишок несомненно улучшились, все же место кишечного анастомоза, вернее место кишечного шва, продолжает вызывать особое беспокойство хирурга. Совершенно понятно, что мысль хирурга идет по пути улучшения техники операции. В этом отношении заслуживает внимания предложенный Ратнером (Казань) на VI Украинском съезде хирургов новый вариант техники при одномоментной резекции сигмы. Исходя из положения, что для снижения смертности необходимо «изолировать после резекции свободную брюшную полость от места анастомоза и укрепить место анастомоза»—автор предложил следующую технику операции, разработанную и проверенную им на трупах и собаках (цит. по автору): «Из срединного разреза производится осмотр и отделение кишки от брыжейки. Рана закрывается. Второй разрез, косой, параллельно Пупартовой связке. Брюшина рассекается, отступя пальца на три от места прикрепления толстой кишки к задней брюшине. Извлекается изолированная подлежащая резекции петля кишки. Анастомоз после резекции конец в конец. Свободная брюшная полость изолируется от места анастомоза таким образом, что внутренний край брюшины сшивается с задней брюшиной (перевязанной брыжейки), а также и с серозой кишки выше и ниже анастомоза, Анастомозированный участок оказывается вне брюшной полости. На место анастомоза накладывается наружный лоскут париетальной брюшины и фиксируется к серозе вокруг анастомоза. Небольшой тампон к выведенному анастомозированному и покрытому брюшиной участку

кишки. Анастомоз находится вне брюшной полости, не покрыт брюшной (интра-экстра перитонеально). Рана послойно зашивается. В случае недостаточности шва свищ открывается наружу. Рана может быть расширена».

По сообщению Ратнера случаев для операции по предложенной им методике в клинической практике у него не представилось. И в литературе нам не пришлось встретить сообщения о реализации предложенного Ратнером варианта техники одномоментной резекции кишки.

Поэтому я и считаю возможным опубликовать случай оперативного вмешательства на сигме, когда мы вынуждены были ходом обстоятельств, вследствие неуверенности в герметичности шва, прибегнуть к указанной выше модификации Ратнера. Операция была предпринята по поводу острой непроходимости. По вскрытии брюшной полости было установлено узлообразование между сигмой и тонкой кишкой. Сигма проникла через аномальное отверстие в брыжейке тонких кишок, тонкая же кишка обвилась вокруг сигмы, составив сложный узел. По рассечении отверстия и распутывании узла тонкая кишка оказалась жизнеспособной. Сигма же дала стойкие нарушения кишечной стенки и, несмотря на то, что была резецирована на большом участке, все же в момент накладывания швов (анастомоз конец в конец), последние неоднократно прорезывались. Вопрос о защите места анастомоза был удовлетворительно разрешен применением способа, рекомендованного Ратнером. Техника операции не представила особых затруднений. Никакого натяжения брюшины, а равно и сдавливания кишки при этом не наблюдалось. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана в хорошем состоянии, и последние сведения говорят о хорошем самочувствии, нормальных отправлениях кишечника и полной трудоспособности больной. Привожу выдержку из истории болезни:

Б-ная К. (ист. бол. 1402), 50 лет, доставлена в больницу с резкими болями в области живота. Больна около 12 часов. Заболевание началось внезапно острой болью в животе, была рвота, жалобы на неотхождение газов и кала. При осмотре: т-ра 37°, пульс 100, удовлетворительного наполнения, цианоз кожных покровов и слизистых. Сердце—тоны чистые, границы в норме. Легкие—норма. Живот вздут и напряжен. Прощупать ничего не удается. Пальцевым исследованием через прямую кишку прощупывается эластическая опухоль, ускользящая от пальпации. Амбула прямой кишки расширена. Была сделана сифонная клизма, но газы не отходили. Диагноз: непроходимость кишечника. Через 30 минут после доставки б-ной в б-цу была сделана операция. Под общим эфирным наркозом разрезом по средней линии вскрыта брюшная полость. Найдена странгуляционная непроходимость тонкой и толстой кишок (сигмы) с узлообразованием между ними. По распутывании узла и резекции сигмы—анастомоз конец в конец и дальнейшая защита места анастомоза и брюшной полости по методу, предложенному Ратнером. В послеоперационном периоде небольшой глубокий инфильтрат, быстро рассосавшийся. Заживление кожной раны произошло вторичным натяжением. Больная выписана на 29-й день в хорошем состоянии.

Наш случай подтверждает вывод автора о целесообразности применения этого способа в хирургической практике.

Мне кажется, что о данном варианте техники одномоментной резекции сигмы, вернее — изоляции свободной брюшной полости от места анастомоза, следует помнить, применяя его в особо нужных случаях, накапливая сведения как о ближайших, так и об отдаленных результатах этой операции.

Поступила 4.IX.1937.