

К КАЗУИСТИКЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ КИШЕЧНИКА

Р. Н. РАХМАТУЛЛИН

(главврач Усалинской участковой больницы Кзыл-Юлдузского р-на ТАССР)

Обширные резекции кишечника, производимые обычно в условиях экстренного хирургического вмешательства, дают еще высокую смертность, так как операция обычно производится при некрозе кишечника, интоксикации организма, нередко — в запоздалых случаях. По данным клиники им. Н. В. Склифосовского, на 700 больных с непроходимостью кишечника было 8 случаев обширных резекций кишечника с 5 смертельными исходами.

Абсолютная длина удаленного кишечника особого значения не имеет, и главную роль играет длина оставшегося кишечника. По данным Геймонда, проанализировавшего 250 обширных резекций кишечника, хорошие отдаленные результаты наблюдаются при резекции не более 47,2% кишечника. Известны благоприятные результаты резекции по поводу саркомы с оставлением 50 см кишечника (Н. Н. Петров).

Мы наблюдали два случая с различными отдаленными результатами после удаления тонкого и толстого кишечника длиной 205 см и после удаления 626 см тонкого кишечника. При обширных резекциях нам удалось спасти казалось бы безнадежных, крайне тяжелых больных, благодаря проведению ряда мероприятий (двусторонняя окологречечная блокада и введение противошоковой жидкости до операции, выполнение большей части операции под местной анестезией, непрерывное внутривенное введение жидкости Кербикова — смеси физраствора NaCl, спирта, хлористого кальция, глюкозы, введение до 6 литров жидкости в сутки в послеоперационном периоде.

Случай I. Больной К., 31 года, плотник, доставлен 5 апреля 1954 г. с жалобами на рвоту и резкие боли по всему животу. Больной кричал от боли. Температура 38°, кровяное давление не определяется, пульс нитевидный. Живот вздут, передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания, напряжение всех брюшных мышц. Положительный симптом Щеткина — Блюмберга, при перкуссии — тимпанит. Аускультация: ни единого звука в брюшной полости. Анализ крови: РОЭ — 11 мм в час, лейкоцитов — 17 350, эозинофилов — 0, палочкоядерных — 20, сегментоядерных — 67, лимфоцитов — 5, моноцитов — 8%. Диагноз: „перитонит“. После двусторонней окологречечной блокады и введением противошоковой жидкости кровяное давление — 65/50 мм рт. ст., пульс — 130—140 в мин.

Операция (Рахматуллин) через 13 часов с момента заболевания. Под местной инфильтрационной анестезией произведена срединная лапаротомия. Выделилось около 1,5 литров геморрагической жидкости с запахом. Обнаружены узлообразование между тонкой и поперечно-ободочной кишкой и омертвление слепой, восходящей, половины поперечно-ободочной кишки и части тонкого кишечника. В момент выведения узла из брюшной полости короткий эфирный наркоз. Резекция 1 м 40 см тонкого и 65 см толстого кишечника. Анастомоз конец в конец. Послеоперационное течение гладкое (за исключением небольшого кишечного кровотечения через 12 часов после операции, которое остановлено без особого труда). Переливание крови (ввиду отсутствия консервированной крови) не производилось. При обследовании через 3 года общее состояние удовлетворительное, стул два раза в день, изредка жидкий, иногда ощущает кратковременные (до 1—1,5 часов) резкие боли в животе с тошнотой, проходящие без приема медикаментов. Больной по выздоровлении выполняет легкую физическую работу на предприятии лесной промышленности.

Случай II. Больная Ш., 31 год, колхозница, поступила 18 февраля 1955 г. с жалобами на резкие боли в области пупка, рвоту, которая появилась внезапно при акте дефекации. Объективно: кончик носа, губы синюшны. Пульс слабого наполнения, 125—140 в минуту. Кровяное давление — 70/50 мм рт. ст. Живот: передняя брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания, разлитая умеренно выраженная болезненность, напряжение мышц вокруг пупка. Положительный симптом Щеткина — Блюм-

берга. Печеночная тупость сохранена, шум плеска не определяется. Анализ крови: РОЭ — 3 мм в час, лейкоцитов — 12 670, сегментоядерных — 71, лимфоцитов — 23, моноцитов — 6, эозинофилов — 0.

Диагноз: „перитонит“.

Операция (Рахматуллин) через 12 часов после начала заболевания. Под местной инфльтрационной анестезией (0,25% новокаин — 1200,0) произведена срединная лапаротомия. Из брюшной полости удалено 600 см³ кровянисто-коричневой жидкости с запахом. К ране подлежали раздутые петли тонкого кишечника черного цвета. Короткий эфирный наркоз (30 мин; 80 см³). Петли тонкого кишечника выведены в рану. При осмотре установлено, что они образуют узел. Кроме того, брыжейка тонкого кишечника перекручена на 180°, черного цвета; ближе к корню брыжейки обнаружено патологическое отверстие, через которое прошла петля тонкого кишечника, диаметр отверстия — 5 см, края отверстия плотные. Вытянуть из этого отверстия петли тонкого кишечника, раскрутить их не удалось, да в этом и не было большой надобности, так как иммобилизацию удалось начать с края патологического отверстия корня брыжейки. Произведена резекция 626 см тонкого кишечника вплоть до Боугиновой заслонки. Удален червеобразный отросток, мешавший наложению анастомоза. Анастомоз: конец тонкой в бок слепой кишки. Шов трехрядный. Длина оставшегося тонкого кишечника — 25 см. В брюшную полость введено 600 000 пенициллина. Брюшная рана послойно зашита наглухо с оставлением небольшой марлевой полоски в нижнем углу. Операцию приходилось прерывать после наложения анастомоза, ввиду исчезновения пульса, который появился после введения адреналина в аорту. Во время операции непрерывно вводилась жидкость Кербикова до 2200 см³, подкожно введено 4 см³ кофенна. Переливание крови не производилось. С момента аппендэктомии операция выполнена под местной анестезией.

В послеоперационном периоде применялось капельное введение жидкости Кербикова, физраствора (внутривенно и в клизмах) до 6 литров в сутки, инъекции пенициллина. В удаленном кишечнике обнаружены 3 аскариды. Послеоперационное течение гладкое, стул с 4 дня самостоятельный, с 8 дня — до 7—10 раз в сутки, после дачи соответствующих препаратов и диеты — 2—3 раза в сутки. При многократном исследовании кала через 1—2—3 месяца после операции обнаружены капли нейтрального жира и мышечные волокна. При контрольных рентгеноскопиях установлено постепенное опущение желудка: через 3 месяца желудок находился в малом тазу (в вертикальном положении), толщина тонкого кишечника увеличилась вдвое, а толстого — в 1,5 раза. Эвакуация контрастной массы из желудка происходит медленно, небольшими порциями. В тонком кишечнике контрастная масса находится в течение 6—8 часов, а спустя 4 суток остатки бария находились в сигме. Таким образом, в оставшемся отрезке происходят значительные изменения применительно к новым условиям: гипертрофия и увеличение всасывающей функции кишечника. В первый месяц после операции у больной развился „волчий“ аппетит, она постоянно ощущала чувство голода, поела иногда все, допустив погрешности в диете. На втором месяце „волчий“ аппетит исчез, пищу принимала 5—6 раз в день, стул установился 2—3 раза в день, оформлен, иногда жидкий. Прибавки в весе не было. Работала домохозяйкой. В последние полгода появилась прогрессирующая кахексия; диета, внутривенное и подкожное введение глюкозы, инсулина, переливание крови, сыворотки, плазмы, прием натурального желудочного сока не давали стойкого эффекта. Умерла через 2 года после операции при явлениях общего истощения.

На основании литературных данных и наших наблюдений мы полагаем, что:

При обширных некрозах кишечника даже в самых тяжелых случаях показана одномоментная резекция кишечника.

Обширную резекцию кишечника нужно производить, в основном, под местной анестезией, предельно ограничив продолжительность ингаляционного наркоза и количество наркотического вещества: операцию и послеоперационный период сопровождать введением массивного количества кровезамещающих жидкостей. Переливание крови, надо полагать, должно улучшить ход и исход операции.

Статья поступила 16 июня 1957 г.