

Кафедра общей хирургии Казанского государственного медицинского института (Зав. проф. Н. В. Соколов).

К вопросу о субтотальной резекции толстых кишок и отдаленных результатах.

Проф. Н. В. Соколов.

Еще в недавнее время в вопросе о резекции толстых кишок господствовало определенное мнение, что одномоментная резекция толстых кишок при всех условиях дает больший процент смертности, чем двух и трехмоментная резекция. Под влиянием авторитета Mikulicz'a, возведшего двухмоментную резекцию толстых кишок в метод, еще и до сих пор значительная часть хирургов держится принципа, выдвинутого Mikulicz'em расчленять эту операцию, особенно для случаев, сопровождающихся той или иной степенью кишечной непроходимости и кишечного застоя.

Несомненно, что условия резекции толстых кишок являются более сложными, чем резекции тонких кишок, и это обстоятельство в известной мере влияет на процент смертности. Условия эти и анатомического характера: неровность кишечной стенки (appendices epiploicae, haustrae), мезоперитонеальное положение восходящего и нисходящего отделов толстых кишок с фиксированностью их, диктующей необходимость резекции больших отделов кишечника в пределах здоровых участков кишки. Условия эти и физиологического характера: наличие в толстых кишках твердого кала, иногда трудно удалимого из просвета кишки при разрезе ее, чем создаются условия инфекции кишечного шва. Наконец, большую роль играет и флора кишечника, содержащая громадное количество всевозможных видов микробов. Но на данном этапе наших знаний о резекции толстых кишок, при четкой технике кишечного шва, все же несомненно, что метод расчленения резекции на несколько моментов должен быть отодвинут на задний план и для него должны быть оставлены лишь отдельные случаи.

Уже Schmieden (руков. по оперативной хирургии Bier, Braun, Kummel) считает своевременным пересмотреть вопрос о резекции толстых кишок. W. Mayo определенно отдает предпочтение первичной резекции толстых кишок. На этой точке зрения стоит в Казани клиника, возглавляемая проф. А. В. Вишневым.

Однако, кишечная непроходимость с картиной выраженной интоксикации по Mayo, Schmieden'у противопоказывают первичную резекцию, так как на первом плане в таких случаях стоит вопрос о борьбе с интоксикацией и освобождении кишечника от содержимого. Кроме того, резко выраженная истонченность кишечной стенки при непроходимости связана с риском прокалывания всей кишечной стенки при наложении Lambert'овских швов.

Надо полагать, что при наличии условий для производства резекций (оборудование, персонал), при достаточной крепости больного (отсутствие резко выраженной интоксикации) при наличии показаний к резекции толстых кишок—последняя должна производиться по одномоментному, как наиболее целесообразному, методу. В всяком случае, метод, связанный с именем И. И. Грекова (Греков II), являющийся развитием метода Winnawert'a—Траянова имеет, мне кажется, сомнительные пре-

имущества пред первичной резекцией, так как вскрытие кишечника для анастомоза также связано с риском инфекции брюшины, а последующие процедуры—выведение и подшивание кишки в общей сложности немногим с'экономит время производства операции в сравнении с производством резекции, не говоря уже о том, что метод Греков II, не гарантирует от развития калового свища.

Первичная резекция переносится больными не плохо и при застоях в кишечнике, имеющих место при относительной непроходимости, если не выражена резко картина интоксикации; но резекция должна производиться под местной анестезией, создавая условия для четкого оперирования независимо от длительности операции и избавляя б-го от лишней интоксикации, связанной с общим наркозом.

Как иллюстрацию выставляемого мной положения я привожу историю болезни б-го Зотова, подвергнувшегося в 1931 г. субтотальной одномоментной резекции толстых кишек, проведенной под местной инфильтрационной анестезией (по методике проф. А. В. Вишневского) и находящегося под наблюдением в течение 3 лет.

Зотов И., 32 л., переведен в хирургическое отд. Обл. сов. больницы ¹⁾ из пропедевтической терапевтической клиники (проф. А. Г. Терегулов) 29/III 31 г. В последнюю Зотов поступил 26/I 31 г. с жалобой на общую сильную слабость, лomotу в ногах и кровавый понос.

Больным себя считает с ноября 1929 г. Так как у больного был заподозрен аппендицит, то ему произведена аппендэктомия. В марте 1930 г. лабораторным исследованием (в Бухаре) у б-ного установлена амебная дизентерия. К жидкому стулу стала примешиваться кровь. С тех пор фактически у б-го понос и кровь не прекращались; иногда бывают светлые кратковременные промежутки, когда жидкие испражнения становятся реже и без крови.

В прошлом б-ой перенес малярию; в 1919 г.—lues. Курит; женат, имеет 3 детей; у жены выкидышей не было. Родители б-го здоровы. В настоящее время б-го слабит 2—3 раза в сутки. Стул жидкий, иногда с примесью крови. Перистальтика сопровождается резкими болями.



Рис. на основ. рентгенограммы через 48 ч. после введения res os бария.

¹⁾ (Возглавляемое проф. В. Л. Боголюбовым).

Объективные данные. Б-ой среднего роста с картиной упадка питания. Кожа и слизистые оболочки бледны. Лимфат. железы не увеличены. Со стороны легких ничего патологического. Определяется слабый систолический шум сердца. При осмотре живота вправо от средней линии видна расширенная кишка (col. transversum). Временами на глазах в этом отделе происходит перистальтика, сопровождающаяся болями. При пальпации кишка в этом участке плотна, болезненна; раздутая толстая кишка под рукой начинает уменьшаться, обозначается в ее стенке опухоль; вздутость кишки появляется скоро снова. Зрачки расширены. Обращает на себя внимание вялость 6-го, утомляемость, слабая реакция на окружающее.

Исследование крови (30/1): эритроцитов—4.250.000, гемоглобина 18%, лейкоцитов 7.400.

Исследование кала (30/1): кал жидкой консистенции, гнойно-красного цвета; под микроскопом обнаружены *amoebae disentericae et infusoriae*. Рентгенологическое исследование: в дистальном отделе col. transversi стеноз в виде постепенной суживающейся стриктуры с неровными краями и фиксированной при пальпации. Аналогичное изменение на всем протяжении col. descendens. (Д-р И. П. Неворожкин). Диагноз: tumor col. transversi et stenosis col. descendens.

29/III—операция под местной инфильтрационной анестезией (проф. Н. В. Соколов).

1. Разрез по средней линии живота начат от середины расстояния между пупком и pnc. xurhoideus и закончен на 4—5 см. выше лобка. После вскрытия брюшной полости при обследовании стенка col. transversum вправо от средней линии найдена уплотненной и резко утолщенной; она производит впечатление опухоли плотной, гладкой, охватывающей кишку циркулярно; проксимальнее этого участка кишка сильно раздута. Затем обнаружен стеноз в обл. col. descendens на протяжении 6—7 см. Решено произвести субтотальную резекцию толстой кишки.

2. Операция начата с перевязки сосудов и рассечения lig. gastrocolicum. Затем после перевязки сосудов mesocolon transversum последняя рассечена. Путем рассечения брюшины на границе перехода париетальной брюшины на стенку col. ascendens последняя мобилизована и при постепенном вытягивании col. transversum шаг за шагом перевязаны сосуды col. ascendens, соесum и конечного отдела (10—12 см.) intest. ilei с последующим их рассечением. Рана брюшины позади col. ascendens перитонизирована. Затем то же самое сделано на левой стороне в отношении col. descendens, где сосуды лигированы, перерезаны до брыжейки col. sigmoideum, часть которой также лигирована и перерезана. Рана брюшины позади col. descendens также перитонизирована.

3. После тщательной изоляции брюшной полости толстая кишка, начиная с конечного отдела int. ilei и кончая начальной $\frac{1}{3}$ сигмы, резецирована и intest. ilei end to end вшита в сигму. Это было тем более удобно, что под влиянием стеноза col. transversum—intest. ilei была несколько расширена, а сигма была в спавшемся состоянии.

4. Брюшная полость зашита наглухо. Тотчас после операции (как и накануне) больному введена глюкоза с инсулином.

30/III. t° 37,1. Р—110 удовлетворительного наполнения. Икота. Живот не вздут и при пальпации не болезнен. Дается питье (чай с сахаром). Введена глюкоза с инсулином. Профилактически—банки на грудную полость.

1/IV. Б-го прослабило.

6/IV. Дальнейшее течение гладкое. Кал отходит небольшими порциями вместе с газом.

10/IV. Сняты швы.

15/IV. Б-ой переведен в терапевтическое отделение, где и находился до 18/V.

Исследование крови 23/IV: эритроцитов 4.250.000, L—4600; гемоглобина 57%.

10/V. Переведен на диету: 500 гр. картофеля, 100 гр. масла, 250 гр. б. хлеба + 250 гр. чер. хлеба, 100 гр. рису, 2 яйца.

18/V. Слабит 3 раза в сутки. Стул оформлен, слизи и крови нет. Б-й выписан.

Исследование удаленного препарата: в области поперечно-ободочной кишки по месту прощупываемой опухоли стенка кишки резко утолщена, кишка стенозирована, в просвете кишки следы заживших язв. По ходу col. descendens имеется резко-выраженный стеноз, на протяжении 6—7 сант. следы зарубцевавшихся язв. Следовательно заключительный диагноз: стеноз в об. col. transversum и изолированный стеноз в об. col. descendens. Надо полагать, что стеноз развивался на почве дизентерии.

Описанный нами случай является интересным с различных точек зрения. Во-первых, с диагностической точки зрения. Наличие прощупываемой опухоли сопровождалось относительной непроходимостью, которая легко могла быть связана с наличием опухоли в *col. transversum*. Но интересным было то, что вздутие определялось (правда, в меньшей степени) и влево от опухоли по *col. transversum*. Следовательно, преграда была где-то ниже. И рентгеноанализ (д-р И. П. Неворожкин) давал на это, не вполне сначала ясное явление, определенный ответ.

Рентгенологически был установлен (см. снимок) стеноз *pars descendens* толстой кишки; стеноз, который развился, вероятно, на почве бывшей у б-го дизентерии. Диагностировать характер опухоли до исследования препарата было затруднительно. Наличие *lues'a* в анамнезе не давало возможности исключить люэтический характер и определенно остановиться на раковом характере опухоли. Наличие стеноза в двух местах является само по себе интересным явлением. У Финкельштейна на 127 случаев резекций толстых кишек не было ни одного случая множественного стеноза.

Операция и исследование удаленной кишки указали на наличие стеноза в обл. *col. transversum* и нисходящего отдела толстых кишек и не подтвердили диагноза истинной опухоли кишки.

Во-вторых, вопрос небезинтересен с точки зрения выполнения операции и послеоперационного течения. Несмотря на истощение, резко выраженное малокровие б-го и картину относительной непроходимости кишечника больному была произведена одномоментная субтотальная резекция толстых кишек. Причем методически при выполнении операции было отступлено от классического метода, когда рекомендовалось начинать резекцию с перевязки брыжжейки *intest. ilei*. В нашем случае операция началась с мобилизации *col. transversum*, перерезки *lig. gastro-colicum* и затем *mesocolon*. Об этом методе я впервые услышал от проф. А. В. Вишневецкого и должен сказать, что он имеет за собой много преимуществ, отдаляя перерезку кишечника на самый последний момент операции, когда особенно легко, подводя *intest. ilei* к сигме, провести ушивание конца в конце перерезанный кишечник.

Б ой перенес эту тяжелую операцию хорошо. И в этом случае нужно лишний раз отдать должное местной инфильтрационной анестезии, давшей возможность спокойно, методически провести большую операцию без особого риска для больного.

И, наконец, данный случай небезинтересен и по отдаленным результатам.

20/XI 31 г., т. е. 6 месяцев спустя, я получил от б-го извещение, в котором он пишет, „что лицо стало веселее, пополнил, губы порозовели, появился румянец. Я жить стал снова“, пишет больной, „и переродился душой“. Из письма очевидно, что б-й стал трудоспособным, обладает хорошим аппетитом, ест „все“, болей в животе нет. Испражнения то полужидкие, то в виде сформированного кала 2 раза в сутки. Только на первых порах после выписки из б-цы было отхождение кала с газами.

В мае 1933 г. б-й показался в клинику. Никто из сотрудников терапевтической и хирургической клиники не узнал в том крепком, цветущем мужчине недавно изможденного, бледного, вялого Зотова. К сожалению б-й не смог остаться в клинике для детального обследования. Вес б-го увеличился после операции на 17 кило. Б-ой отмечает необычную бодрость, прилив сил—явление, которое отчасти хочется связать с удалением большого отдела толстых кишек. Нам неоднократно приходилось наблюдать в клинике определенный эффект „омоложения“ от резекции значительного участка толстых кишек. Последнее известие от Зотова получено в сентябре 1933 г., свидетельствующее о его полном здоровье.