

УДК 616.34—007.272+616.34—089.86

М. А. ТОПЧИБАШЕВ, Т. А. БУРТИКОВА

К МЕТОДИКЕ НАЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНОГО СВИЩА
ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Ввиду необеспечения быстрой декомпрессии кишечника при стойкой функциональной непроходимости существующими средствами, авторы предлагают использовать метод концевой илеостомии.

Борьба со стойкой функциональной непроходимостью пищеварительного тракта в послеоперационном периоде является актуальной проблемой. Это тяжелое осложнение нередко приводит больных к летальному исходу (13,6%) [5].

Одной из частых причин пареза или паралича кишечника является воспалительный процесс в брюшной полости — перитонит различной этиологии (перфорация червеобразного отростка, перфорация и разрыв полых органов брюшной полости). Функциональная непроходимость кишечника может развиваться после устранения механической непроходимости, при других оперативных вмешательствах (гинекологических), при травме живота (забрюшинная гематома) и т. д.

В основе стойкой функциональной непроходимости пищеварительного тракта лежат глубокие изменения моторной и эвакуаторной функций мускулатуры желудочно-кишечного тракта. Причиной этому являются нарушения нервногуморальных и рефлекторных факторов.

С прекращением перистальтики кишок возникает застой жидкого содержимого и газов кишечника. Это способствует активизации микроорганизмов и процессу гниения; повышается внутрикишечное давление, что влечет за собою перерастяжение и истончение кишечной стенки; последняя становится проницаемой для токсинов и инфекции. Возникающее нарушение кровообращения в кишечной стенке приводит к некробиотическим процессам, понижающим ее жизнеспособность. Все это усугубляет тяжесть состояния больного, организм которого и так уже ослаблен основным заболеванием. Возникающий метеоризм приводит к затруднению дыхания, развитию гипоксии, нарушению гемодинамики, нарушению функции органов (печени, почек, сердечно-сосудистой системы и др.). Поэтому при стойкой функциональной непроходимости кишечника все лечебные мероприятия должны быть направлены на быструю разгрузку кишечника от токсического содержимого. Однако многочисленные лечебные средства, применяемые для стимуляции моторной функции кишечника, не всегда приводят к должному эффекту. Медикаментозные средства: прозерин, стероидные гормоны, ганглиоблокирующие препараты,

витамины, электролитные растворы, паранефральная блокада и многие другие являются только дополнением к более активному лечению столь тяжелого осложнения. С целью активной аспирации кишечного содержимого путем интубации через носоглотку широко применяются как у нас, так и за рубежом тонкие зонды с просветами или несколько трубочек различной длины типа Миллер-Абботта в различной модификации [1—3, 8, 9 и др.]. Однако для продвижения зонда по кишечнику требуется длительное время (сутки и более). Ю. М. Дедерер [3] отмечает, что почти у 40% больных зонд не проходит в кишечник, а остается в желудке или горизонтальной части 12-перстной кишки из-за отсутствия перистальтики. Кроме того, интубация кишечника зондом не лишена ряда недостатков, она травматична и дает осложнения в виде завязывания зонда в узел, стриктуры пищевода, гортани, перфорации, на что указывает ряд авторов [6, 8]. К тому же не все больные переносят интубацию.

Учитывая указанные недостатки декомпрессии кишечника через носоглотку, многие авторы [1, 3, 4, 7] стали применять интубацию кишечника через гастростому или энтеростому, что также не дало должного эффекта, так как это сложно, травматично и не обеспечивает быстроты опорожнения кишечника. Неэффективность консервативного лечения и интубации кишечника при стойкой функциональной непроходимости его приводит к необходимости наложения энтеростомы на первую попавшуюся петлю тонкого кишечника или в виде энтеростомии по С. С. Юдину, что также не приводит к желаемой цели, во-первых, потому, что половина диаметра кишки занята свищом и не может обеспечить хороший отток кишечного содержимого, а во-вторых, высоко наложенный свищ тонкого кишечника плохо переносится больным (потеря кишечных соков), и больные быстро погибают от истощения. Другой очень важной отрицательной стороной энтеростомий является развитие локального воспалительного процесса в ране, иногда вплоть до флегмоны брюшной стенки, развития местного перитонита, дерматита вследствие попадания содержимого кишечника в операционную рану. Это в свою очередь может привести к тяжелым осложнениям: сепсису, гнойным затекам и т. д., а также к гибели больных.

К осложнениям илеостомы относятся также и дисфункция, стеноз, парастомальные свищи, грыжи и т. д. [10 и др.].

Исходя из того, что свищ конечного отдела подвздошной кишки, как известно, хорошо переносится больными, было предложено М. А. Топчибашевым наложить концевую илеостомию — противоестественный анус при стойком функциональном нарушении деятельности кишечника в послеоперационном периоде.

Нами в эксперименте, а затем в клинике была применена следующая методика: под местной анестезией в правой подвздошной области (несколько ближе к подвздошной кости) физиологическим разрезом вскрывается брюшная полость. В рану выводится слепая кишка. На подвздошную кишку на расстоянии 6—7 см от места впадения ее в слепую

накладываются мягкие зажимы, и между ними кишка полностью пересекается. Периферический конец кишки закрывается наглухо, а проксимальный выводится на 10 см из раны и фиксируется швами к париетальной брюшине. На рану накладываются послойные швы до выведенного конца кишки (не сдавливать брыжейку!). Послеоперационные швы ограничиваются асептической повязкой, укрепленной пластырем или наклейкой. Поверхность искусственного ануса покрывается вазелиновой повязкой. Снимается зажим, после чего содержимое кишечника и газы в большом количестве выделяются непрерывно в подведенный к анусу сосуд или калоприемник.

Преимущества данной методики:

1. Концевая илеостомия обеспечивает быстрое и непрерывное опорожнение кишечника от токсического содержимого и газов, тем самым в ближайшие часы после наложения ануса значительно уменьшается вздутие живота, прекращается рвота, улучшается общее состояние больных. Выравниваются дыхание, пульс, снижается температура.

2. Искусственный анус отстоит от операционной раны, что предохраняет ее от загрязнения и инфицирования, а следовательно, исключаются местный перитонит и флегмона брюшной стенки и другие осложнения.

3. Облегчается уход за раной и обеспечивается первичное заживление ее.

4. В борьбе с функциональным илеусом концевая илеостома приобретает особое значение при перитоните, быстро эвакуируя содержимое кишечника, тем самым снижается интоксикация организма.

5. Концевая илеостома имеет значительное преимущество перед имеющимися методами лечения функциональной непроходимости желудочно-кишечного тракта.

В клинике концевая илеостомия была произведена нами больным с перитонитом (после удаления перфоративного червеобразного отростка), сопровождавшимся тяжелым расстройством функции кишечника, с хорошим исходом. Хотя наши наблюдения и немногочисленны, но обнадеживающи, что дает основание рекомендовать применение данной методики при стойкой функциональной непроходимости кишечника своевременно, когда еще организм не ослаблен интоксикацией. Предлагаемая нами концевая илеостомия не исключает необходимого медикаментозного комплекса лечения (введение электролитов, жидкостей, переливание крови, антибиотики и т. д.).

В последующем свищ ликвидируется оперативно.

Приводим кратко наше наблюдение.

Больной К., 51 г., срочно оперирован по поводу перфоративного аппендицита с давностью заболевания 36 ч., с явлениями перитонита. Состояние больного тяжелое, температура — 38,5 (рис. 1). Заострившиеся черты лица. Пульс — 106 ударов в минуту, слабого наполнения. Язык сухой, обложен. Разлитое напряжение мышц живота, выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Во время операции обнаружен гангренозный отросток с перфорацией, в брюшной полости большое количество гнойной жидкости с гнилостным запахом. Петли кишечника покрыты фибринозно-гнойными налетами. После удаления отростка брюшная полость дренирована. В послеоперационном периоде со-

стояние больного осложнилось стойкой функциональной непроходимостью кишечника. Несмотря на консервативную терапию и декомпрессию тонким зондом через носоглотку, состояние больного прогрессивно ухудшалось (резкое вздутие живота, рвота, сердечно-сосудистая слабость, затрудненное дыхание, икота). В брюшной полости определялась жидкость. На четвертые сутки после операции больному наложена концевая илеостомия через дополнительный разрез кнаружи от первичного. Из брюшной полости удалено большое количество жидкого гноя. Кишечные петли резко раздуты и воспалительно изменены. Через выведенный анус в большом количестве выделялось кишечное



Рис. 1.



Рис. 2.

содержимое и газы. В ближайшие часы после наложения ануса вздутие живота значительно уменьшилось. Рвота прекратилась. В первые сутки состояние больного улучшилось, появился аппетит. Дыхание и пульс выровнялись. В последующем состояние больного улучшилось, выписался в удовлетворительном состоянии по собственному желанию, временно со свищом (рис. 2).

Кафедра факультетской хирургии
Азербайджанского медицинского института

Поступила 4/VII 1972 г.

У. А. ԹՈՓՁԻԲԱՇԵՎ, Տ. Ա. ԲՈՒՐՏԻԿՈՎԱ

ԱՂԻՆԵՐԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ԱՆԱՆՑԱՆՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐԻ
ԲԱՑՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ն փ ո լ մ

Հեղինակները փորձնականում մշակել և կլինիկայում կիրառել են էնտերոստոմիայի նոր մեթոդ՝ ծայրային իլեոստոմիան: Մեթոդի էությունը հետևյալն է. տեղական անոզայացման պայմաններում աչ զստային մասում բացվում է որովայնախորշը: Վերջի մեջ է մտցվում կույր աղին:

Զատաղու վրա 6—7 սմ հեռավորության վրա (որտեղից այն մտնում է կույր աղի) դրվում են փափուկ սեղմիչներ, և նրանց միջև աղին լրիվ հատվում է: Աղու ծայրամասը խուլ փակվում է, իսկ մերձակա մասը 10 սմ դուրս է բերվում վերքից և կարերով ամրացվում պարիետալ որովայնամզին: Վերքի վրա դրվում են շերտային կարեր մինչև աղու դուրս բերված ծայրը: Որովայնի պատի կարերը սահմանազատվում են հականեխված վիրակապով, որը ամրացվում է սպեղանիով կամ սոսնձով: Արհեստական հետանցքի մակերեսը ծածկվում է վազելինային վիրակապով: Սեղմիչը հանվում է և աղու պարունակությունը դատարկվում:

Հեղինակները մեծ առավելություն են տալիս էնտերոստոմիայի իրենց մեթոդին գոյություն ունեցող այլ մեթոդների նկատմամբ և առաջարկում են այն օգտագործել աղիների հետվիրահատական ֆունկցիոնալ կաթվածի դեմ պայքարելու համար:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арапов Д. А. Труды XXVI Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956, стр. 456.
2. Беляев А. А. Автореферат канд. дисс. М., 1962.
3. Дедерер Ю. М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника. М., 1971, стр. 198.
4. Житнюк И. Д. Функциональная непроходимость пищеварительного тракта. М., 1967, стр. 380.
5. Стручков В. И. Труды XXVI Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956, стр. 450.
6. Farris J. M., Smith G. J. Surgery, 1956, 144, 475.
7. Forestier M. Mém. Acad. Chir., 1966, 92, 12—13, 345.
8. Smith G. J. A.M.A., 1956, 160, 4, 266.
9. Turner J. C. Ann. Surg., 1958, 147, 1, 33.
10. William P., Graham W. Amer. Journ. of surg., 1965, 110, 142.