

УДК 616.351—007.271

М. А. БАБЛУМЯН

## О КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

У больных с илеоцекальной инвагинацией и заворотом сигмовидной кишки произведены дезинвагинация и раскрут заворота консервативным путем под экраном рентгеновского аппарата. Освещаются показания к этому методу и его отдаленные результаты.

Широкое использование ирригоскопии и ирригографии при распознавании механической толстокишечной непроходимости привело к применению консервативного лечения некоторых ее видов. Так, ряд авторов предлагает при толстокишечной инвагинации контрастный метод рентгеновского исследования использовать не только в целях диагностики, но с лечебной целью—для дезинвагинации [1, 3, 6].

Для расправления инвагината одни авторы [4] прибегают к введению в толстую кишку воздуха, другие—бариевой взвеси [2, 5]. Консервативное лечение некоторых видов механической кишечной непроходимости находит особенно широкое применение в педиатрической практике. В настоящее время возможности консервативного лечения некоторых видов механической толстокишечной непроходимости, в частности заворота сигмовидной кишки, расширяются благодаря внедрению в практическую медицину фиброколоноскопии [7].

За последние годы в Степанаванской центральной районной больнице консервативное лечение было применено у 38 больных с кишечной инвагинацией и у 8 больных с заворотом сигмовидной кишки. Из 38 больных с толстокишечной инвагинацией мужчин было 20, женщин—18 в возрасте от одного до 61 года. Среди больных с заворотом сигмовидной кишки мужчин и женщин было поровну (по 4 чел.), возраст их колебался также в пределах от 5 до 70 лет.

Дезинвагинация была выполнена в первые 6 часов после начала заболевания у 9 человек, в течение 7—12 часов у 9, 13—24 часов у 5 и через 24 часа после наступившей инвагинации у 15 больных. Расправление заворота сигмовидной кишки было произведено в первые 6 часов после начала заболевания у 3 больных, через 7—12 часов—у 2, через 13—24 часа—у 2 и после 24 часов—у одного больного.

Весьма важным и ответственным моментом является правильный выбор показаний к консервативному лечению инвагинации и заворота сигмовидной кишки. Этот вопрос нами решался сугубо индивидуально с учетом общего состояния больного, а также местной клинической и рентгенологической симптоматики заболевания.

Методика расправления заворота сигмовидной кишки и дезинвагинации илеоцекальной инвагинации весьма проста. Больному придается положение Тренделенбурга. Под экраном рентгеновского аппарата следят за продвижением контрастного вещества, введенного в прямую кишку. После выявления головки инвагината и установления ее подвижности производится легкий массаж с продвижением головки инвагината ретроградно. По завершении полной дезинвагинации и расправления заворота делаются повторные рентгеновские снимки и больной переводится в палату.

Для введения контрастного вещества в кишечник с успехом использовался сконструированный в нашей больнице простой аппарат. Последний состоит из трехлитрового баллона, системы резиновых трубочек и манометра с резиновым баллоном Ричардсона. В отверстие резиновой пробки, вдетой в горлышко стеклянного резервуара, вмонтирован манометр от тонометра. Резиновая трубка длиной 110—120 см, диаметром в 1,0—1,2 см вдевается во второе отверстие резервуара. На свободный конец резиновой трубки вдевается наконечник для клизмы.

С помощью описанного приспособления в толстую кишку можно вводить как жидкие контрастные вещества, так и газообразные, а также в случае надобности повышать и понижать давление в стеклянном резервуаре, накачивая туда воздух с помощью баллона Ричардсона, который, как и манометр, соединен с резервуаром с помощью тройника.

Для расправления заворота сигмовидной кишки постепенно повышается давление в стеклянном резервуаре путем накачивания туда воздуха с одновременным легким поглаживанием брюшной стенки в области локализации сигмовидной кишки.

С целью иллюстрации приводятся краткие сведения из истории болезни.

Девочка 14 лет (ист. бол. 294), поступила в хирургическое отделение больницы с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту и частые позывы на дефекацию. Боли схваткообразные, возникают через каждые 10—15 минут, острые, распространяются по всему животу. Позывы на акт дефекации появляются через 1—2 часа и сопровождаются выделением кровянисто-слизистых масс в незначительном количестве. Считает себя больной около одних суток. Общее состояние удовлетворительное. Живот несколько асимметричен. Во время болевых схваток наблюдается перистальтика кишечника. Брюшная стенка мягкая, болезненная в правой половине; здесь пальпируется образование величиной с огурец средних размеров, эластической консистенции, слегка болезненное, подвижное. Диагноз: инвагинация илеоцекального угла. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости установлено вздутие правой половины поперечно-ободочной кишки с выраженным расширением ее просвета. Чашки Клойбера не выявлены.

Контрастная ирригоскопия: контрастная масса туго заполняет сигмовидную, нисходящую, селезеночный угол толстой кишки. На этом участке имеется картина «ампутации кишки», далее бариевая взвесь тончайшей струей проходит в вышележащие отделы толстой кишки, доходя до центра вздутой поперечно-ободочной кишки (рис. 1, а). Диагноз—илеоцекальная инвагинация. Под экраном рентгеновского аппарата произведена дезинвагинация (рис. 1, б).

Следует отметить, что у всех больных как с заворотом сигмовидной кишки, так и с илеоцекальной инвагинацией ликвидация непроходимости кишечника под экраном рентгеновского аппарата была выполнена с успехом.



Рис. 1. а) Контрастная ирригоскопия: контрастная масса туго заполняет сигмовидную, нисходящую и селезеночный угол толстой кишки, далее имеется картина «ампутации кишки». б) Та же больная. Контрастная ирригоскопия после дезинвагинации илеоцекальной инвагинации консервативным путем под экраном рентгеновского аппарата.

Нами изучены отдаленные результаты консервативного лечения илеоцекальной инвагинации у 31 больного из 38 в сроки от 3 до 10 лет. Выяснилось, что у двух больных в течение первых двух лет после дезинвагинации сохранялись постоянные тупые боли в животе, которые затем самостоятельно прошли. Один больной через 5 месяцев после выполненной дезинвагинации повторно поступил в хирургическое отделение больницы с жалобами на рецидив. В результате обследования выявлено, что у больного имеется хроническая рецидивирующая илеоцекальная инвагинация, видимо, на фоне «подвижной слепой кишки». Больному вновь была выполнена дезинвагинация под экраном рентгеновского аппарата, и он был выписан в хорошем состоянии. Остальные 28 больных после полученного консервативного лечения чувствовали себя здоровыми.

Из 8 больных, которые подверглись под экраном рентгеновского аппарата раскрутку заворота сигмовидной кишки, отдаленные результаты лечения удалось изучить у 5 человек в сроки от 4 до 10 лет, из них

четверо жалоб не предъявляли, а один больной жаловался на постоянные тупые боли в левой половине живота.

Обобщая результаты наших наблюдений, мы приходим к заключению, что дезинвагинация илеоцекальной инвагинации и раскрут заворота сигмовидной кишки под экраном рентгеновского аппарата являются весьма эффективными и вполне оправданными методами консервативного лечения этих видов кишечной непроходимости.

Хирургич. отделение Степанаванской центральной районной больницы

Поступила 5/VI 1980 г.

Մ. Ա. ԲԱԲԼՈՒՄՅԱՆ

### ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ԱՆԱՆՑԱՆՆԻՒՆԻԹՅԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ՁԵՎԵՐԻ ԿՈՆՍԵՐՎԱՏԻՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Հաստ աղու ինվազինացիայով 38 հիվանդների մոտ և սիգմայաձև աղու լոորքով 8 հիվանդի մոտ կատարվել է կոնսերվատիվ բուժում կոնտրաստային իրիդոսկոպիայի միջոցով ռենտգենյան սպարատի էկրանի հսկողությամբ տակ:

Կոնտրաստային իրիդոսկոպիայի համար օգտագործվել է մեր հիվանդանոցում ձևափոխված սարքավորում, որը հնարավորություն է տալիս ուղիղ աղի մտցնել ինչպես հեղուկ կոնտրաստ, այնպես էլ գազ:

Աշխատանքում բերվում են բուժման այդ եղանակի ցուցումները և 36 հիվանդների բուժման մոտակա և հեռավոր արդյունքների տվյալները:

M. A. BABLOUMIAN

### ON THE CONSERVATIVE TREATMENT OF SOME KINDS OF THE LARGE INTESTINE ILEUS

In 38 patients with ileocecal invagination and in 8 patients with volvulus of the sigmoid colon there have been conducted desinvagination and untwist of the volvulus by conservative method under the X-ray screen. The indications to this method and the prolonged results of its use are brought in the article.

### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Куц Н. Л., Коновученко В. П., Агеев Н. В. Общая и неотложная хирургия, 2. Киев, 1971, стр. 50.
2. Мацлян А. Г., Баблумян М. А., Папаян А. А. Тез. докл. III съезда педиатров Армении. Ереван, 1979, стр. 306.
3. Плавский В. В., Цын А. Ф., Разумов А. А. Тр. Целиноград. мед. ин-та, 1971, 4, стр. 27.
4. Португейс М. А. Вопросы патологии детского возраста. Л., 1972.
5. Христич А. Д., Портной В. М. Клинич. хирургия, 1977, 6, стр. 9.
6. Gy, Köteles, J. Bukovinszky Z. Kinderchir., 1973, 13, 4, 467.
7. Starling J. R. Ann. Surg., 1979, 190, 1, 36.