



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.349-007.272-089.12

СПОСОБ ФИКСАЦИИ СИГМОВИДНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЕЕ ЗАВОРОТЕ

Д. А. Харченко, Е. А. Коваленко, В. М. Хаджив, В. А. Чайка, А. И. Кузьменко, В. Г. Тютюнник, А. А. Яковенко

Глобинская ЦРБ, Полтавская область

METHOD OF THE SYGMOID COLON FIXATION IN ITS VOLVULUS

D. A. Kharchenko, E. A. Kovalenko, V. M. Khajiv, V. A. Chayka, A. I. Kuzmenko, V. G. Tyutyunnik, A. A. Yakovenko

Globinskiy CDH, Poltava Region

Многочисленные способы фиксации сигмовидной ободочной кишки (СОК) при ее завороте свидетельствуют о неудовлетворенности хирургов существующими методиками. Мы разработали способ забрюшинной фиксации СОК после устранения заворота, который применен у 3 больных. Методика предложена в 1997 г, когда после устранения заворота СОК и мезосигмопликации по Гаген–Торну у больной возник рецидив заворота. Приводим наблюдение.

Больная Д., 51 года, госпитализирована в хирургическое отделение 26.10.15, через 7 сут от начала заболевания. Жаловалась на вздутие живота, тошноту, отсутствие стула и газов, малое количество мочи.

При осмотре состояние больной тяжелое, акроцианоз, мраморный рисунок кожи нижних конечностей, передней брюшной стенки. Периферические лимфатические узлы не увеличены, грудные железы без патологических изменений. Язык сухой, покрыт белым налетом. Пульс 120 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 18,7/12,0 кПа (140/90 мм рт. ст.). Дыхание 24 в 1 мин, при аускультации жесткое, рассеянные сухие хрипы в нижних отделах. Живот значительно вздут, округлой формы, асимметричный из-за вздутия по средней линии. При пальпации передняя брюшная стенка резистентная, умеренно болезненная во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Перкуторно выражен тимпанит во всех отделах. Перистальтика кишечника вялая, ослаблена, выслушиваются единичные волны с амфорическим оттенком. Определяется шум плеска, шум падающей капли. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера заднего прохода снижен, ампула прямой кишки расширена, пустая, без органических изменений. На перчатке следы кала коричневой окраски. Стоки желудка около 50 мл, без патологических примесей. Внутривнутрибрюшное давление 220 мм вод. ст.

Диагноз: острая низкая непроходимость кишечника, интоксикация. Анализ крови: эр. 50×10^9 в 1 л, гемоглобин 164 г/л, гематокрит 0,49, л. $9,6 \times 10^9$ в 1 л, тр. 180×10^9 в 1 л, протромбиновый индекс 82%, фибриноген 3,8 г/л, креатинин 155 мкмоль/л, билирубин 9,3 – 2,8 – 6,5 мкмоль/л, бета-липопротеиды 4,6 г/л, тимоловая проба 6,6 ед. Анализ мочи: окраска желтая, мутная, белок 0,1 г/л, уробилин +++; лейкоциты 3 – 8 в поле зрения, эритроциты единичные в поле зрения. По данным обзорной рентгенографии брюшной полости множественные тонко- и толстокишечные чаши Клойбера с горизонтальными уровнями. Больная осмотрена терапевтом. Диагноз: ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз атеросклеротический, сердечная недостаточность I стадии, II функциональный класс (по NYHA).

Проведена предоперационная подготовка. Больная оперирована под общей анестезией с миорелаксацией и искусственной вентиляцией легких. Произведена срединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружено до 400 мл серозного выпота, который удален с помощью отсоса. Петли толстого и тонкого кишечника перераздуты, переполнены жидким содержимым и газами. СОК завернута на 180°, диаметр до 25 см. Заворот устранен. Трансанально установлен желудочный зонд до средней трети СОК. Содержимое СОК частично удалено. Зонд оставлен в кишке, фиксирован к коже. Содержимое тонкого кишечника удалено ретроградно через гастроюнальный зонд, который заведен за связку Трейтца. Тубаж кишечника осуществляем в исключительных ситуациях, поскольку считаем эту манипуляцию крайне травматичной. Грубая травматизация стенки кишки способствует транслокации микроорганизмов и усугубляет тяжесть течения послеоперационного периода. Брюшная полость промыта изотоническим раствором натрия хлорида, осушена с помощью отсоса. Брюшина левого бокового канала рассечена, отде-

лена от брюшной стенки. Длина разреза и созданный карман должны соответствовать мобильной части СОК, чтобы предотвратить рецидив заворота, и могут быть в каждой конкретной ситуации разными. Брюшина фиксирована единичными швами к брыжейке СОК над кишкой. В полость малого таза установлен полихлорвиниловый дренаж через контрапертуру. Рана передней брюшной стенки послойно зашита. Течение послеоперационного периода без осложнений. Дренаж из брюшной полости удален через 1 сут. Дистальный отдел кишечника отмывали 2 – 3% раствором натрия хлорида в

течение 2 сут через оставленный зонд, который удален через 2 сут. Энтеральная нагрузка начата с первых суток после операции. Инфузионную терапию проводили в соответствии со стандартами. Рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на 8–е сутки.

Способ забрюшинной фиксации СОК технически прост, требует мало времени, эффективен в плане профилактики рецидива заворота, не утяжеляет состояние больного и течение послеоперационного периода. Считаем предложенную методику фиксации СОК методом выбора при лечении ее заворота.

