

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ
О ДИСФУНКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ, Б. М. СОСИНА,
А. Н. МИХАЙЛОВ (Минск)*

В раннем периоде после оперативных вмешательств нарушается функция желудочно-кишечного тракта. Эти нарушения многие исследователи расценивают как следствие атонии желудка и пареза кишечника.

В противоположность этим данным Б. М. Сосина (1938, 1950), исследуя моторную функцию желудка, показала, что в первые дни раннего послеоперационного периода после различных экстравентрикулярных оперативных вмешательств наблюдается не атония желудка, а выраженный гастроспазм, сменяющийся впоследствии атонией.

Цель нашей работы — изучить влияние различных оперативных вмешательств на тоническое состояние и опорожнительную функцию толстой кишки у больных в раннем послеоперационном периоде. Рентгенологический метод для этих целей является ведущим.

Методика исследования. За 12 часов до операции больной выпивал стакан бариевой взвеси. Рентгенологическое исследование осуществлялось непосредственно в палате (при горизонтальном положении больного на койке) палатным передвижным рентгеновским аппаратом РУ-780. Тоническое состояние и опорожнительная функция толстой кишки изучались в динамике на серии рентгенограмм, произведенных больным через 24, 48, 72, 96, 120 и более часов после операции, до полного опорожнения кишечника от контрастной массы. При этом обращалось внимание на скорость и равномерность заполнения разных отделов толстой кишки, на частоту и глубину гаустр, диаметр кишки и сроки опорожнения ее от контрастной массы. Нормальным считается опорожнение толстой кишки в течение 24—72 часов, ускоренным — до 24 часов и замедленным — после 72 часов.

Нами обследовано 300 больных в возрасте от 16 до 63 лет, не предъявлявших ранее жалоб на дисфункцию толстой кишки; из них 196—после различных брюшных и 104—после внебрюшных оперативных вмешательств. В зависимости от характера оперативного вмешательства и общего состояния у

160 человек операций были выполнены под интубационным эфирно-кислородным наркозом и у 140 — под местной новокаиновой анестезией.

Анализ полученных данных показал, что в раннем послеоперационном периоде нарушается как тоническая, так и опорожнительная функция толстой кишки. Вопреки существующему мнению большинства хирургов, что в первые 24—72 часа после операции наступает парез кишечника, нами установлено различной степени повышение тонического состояния толстой кишки (симптом «шнура», сфинктерный, гаустральный и комбинированный спазмы).

Симптом «шнура», как наиболее выраженная степень спазма, преобладал у больных после резекции желудка и спленэктомии. Комбинированный спазм встречался преимущественно у больных после экстирпации и надвлагалищной ампутации матки. Гаустральный и сфинктерный спазмы, как умеренное повышение тонуса толстой кишки, выявлены у большинства лиц после аппендэктомии, удаления придатков матки и кист яичников, грыжесечения, диагностической лапаротомии, удаления периферически расположенных опухолей и кист, варикозно расширенных вен нижних конечностей, струмэктомии, корригирующих и костно-пластических операций.

Продолжительность спазма также была неодинаковой. Так, после резекции желудка, спленэктомии, холецистэктомии, экстирпации и надвлагалищной ампутации матки спазм наблюдался у большинства больных 48—72 часа, а после аппендэктомии, грыжесечения, удаления варикозно расширенных вен нижних конечностей и др. — в среднем 24 часа.

Иначе говоря, степень спазма и его продолжительность находятся в прямой зависимости от вида и объема оперативного вмешательства. Наиболее травмирующие операции ведут к резко выраженному диффузному спазму толстой кишки — симптому «шнура». Менее травмирующие — брюшно-полостные, а также внебрюшные операции вызывают умеренное повышение тонуса — гаустральный и сфинктерный спазмы.

В дальнейшем спазм толстой кишки у 86,1% больных сменился парезом, продолжительность и характер которого при различных операциях были неодинаковы. У 182 оперированных парез наблюдался одни сутки, у остальных — двое-трое.

Наши исследования показали, что развитие пареза начи-

нается с проксимальных отделов и постепенно распространяется в дистальном направлении на остальные отрезки толстой кишки. При этом после наиболее травмирующих операций, произведенных на органах брюшной полости (резекция желудка, спленэктомия и др.) и вызывающих большую степень выраженности спазма, наблюдался резко выраженный и длительно протекающий парез толстой кишки, при наименее травмирующих брюшно-полостных (аппендэктомия, грыжесечение и др.) и внебрюшных оперативных вмешательствах, ведущих к умеренно выраженному спазму, парез был умеренным и непродолжительным.

Таким образом, в нарушении тонического состояния толстой кишки в раннем послеоперационном периоде выявлены две фазы: фаза спазма и фаза пареза, тесно связанные между собой. Парезу, в частности, всегда предшествует спазм.

Нарушение тонического состояния толстой кишки у 88,5% больных привело к замедлению ее опорожнительной функции — от 96 до 168 и более часов. Содержимое кишечника во время спазма и пареза в дистальном направлении не продвигалось. Опорожнение толстой кишки начиналось только с приближением ее тонуса к нормальным показателям.

Наибольшая задержка бария выявлена у больных, подвергшихся операциям на органах брюшной полости, особенно после резекции желудка, холецистэктомии, экстирпации и надвлагалищной ампутации матки. У больных после внебрюшных оперативных вмешательств сроки опорожнения были менее длительными. Так, из 104 больных только у 38 опорожнительная функция была нормальной.

При сопоставлении рентгенологических данных с клиническими обнаружено, что больные во время спазма толстой кишки жалоб на дисфункцию кишечника не предъявляют. В этот период их беспокоят лишь боли в операционной ране. И только с развитием пареза кишечника появляются жалобы на неотхождение газов, вздутие живота, отсутствие стула и др.

В фазу спазма живот у больных обычно втянут или уменьшен в объеме. При перкуссии определялось укорочение звука. При парезе толстой кишки перкуторно выявлялся тимпанит. Как при спазме, так и при парезе толстой кишки аускультативно кишечные шумы не прослушивались.

Неодновременность развития пареза в разных отделах толстой кишки, а именно: сочетание пареза проксимальных

отрезков и продолжающегося спазма дистальных обуславливает, по нашему мнению, задержку газов, а отсюда и вздутие живота и может привести к симптомам функциональной кишечной непроходимости. Применяемые в таких случаях лечебные мероприятия, как газоотводная трубка и другие, облегчения больным не приносят, так как выходу скопившегося газа в кишечнике препятствует спазм дистальных отделов толстой кишки.

Таким образом, любая операция вызывает нарушение функционального состояния толстой кишки. В нарушении тонической функции наблюдается двухфазность: спазм и парез, степень выраженности которых зависит от локализации и травматичности оперативного вмешательства. Нарушение тонического состояния толстой кишки сопровождается значительным замедлением ее опорожнительной функции.