

ЛИЖЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗЫВАННАЯ ПОСЛЕ-
ОПЕРАЦИОННЫМИ СПЯЖКАМИ

В.О. ИЛЬЮКОУЧЕНКО, М.Г. САЧЕН (Витебск)

Одним из тяжелых осложнений после операций на органах брюшной полости является спаячная кишечная непроходимость. Она развивается как в ранние (4-12 дней), так и в более поздние (1-3 месяца) сроки. Нам известно 14 больных с ранней послеоперационной спаячной кишечной непроходимостью. Причины образования интробрюшинных спаек у 6 больных имелись аппендикулярными, у 3 - ранними полых органов брюшной полости, у 3 - операции на желудке, при других операциях на органах брюшной полости - у 2 больных.

Характерно, что у всех больных, оперированных по поводу острого аппендицита, отросток омертвел категорически некротическим (простой аппендицит), у 4 из них он располагался атипично.

Факторами, способствующими спаякообразованию, явились механические травмы серозных оболочек во время операции, связанные с техническими трудностями при их выполнении, местный или разлитой перитонит.

Явления кишечной непроходимости развились через 3 дня у 4 больных, через 6-12 дней у 10 больных.

Диагностика ранней послеоперационной спаячной кишечной непроходимости представляет серьезные трудности. В первые 3 дня после операции она маскируется болезненными реакциями, характерными для обычного послеоперационного течения в атонией кишечника, что редко привлекает внимание хирурга. Положение схваткообразных болей с 3-4 дня иногда расценивается как складчатые послеоперационные перегибы кишечника. Достоверных симптомов, свидетельствующих о развитии кишечной непроходимости, не выявлено. По нашим данным, наиболее часто больные жаловались на схваткообразную боль, соответствующую доминирующей спаячной процессу, задержку стула и газов. Рвота отмечалась только у 8 больных, вздутие живота - у 11,

асимметрия его у 5 больных. Бурые патологические шум прослушивались у 3 больных, у 9 - они были редкими, вялыми, не прослушивались у 2 больных.

У всех больных при обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлены расширенные петли тонкой кишки, чашки Клондера - у II больных. Лучшие результаты даст исследование кишечника пассажем дочи через рот 50-100 мл контрастной бариевой смеси.

Повторные оперативные вмешательства производятся после безуспешной консервативной терапии (парентеральное обезболивание, стимуляция перистальтики кишечника, промывание желудка очистительными клизмами), по установлению диагноза ранней спастической кишечной непроходимости. Предпочтение отдавалось нижней или срединно-срединному разрезу. Ранняя брюшная полость выполнялась после лапаротомии в лорань ориентации 0,25% раствора новокаина. Спайки разделялись тупым и острым путем, после чего в брюшную полость вводилась фибринолитическая смесь (гидрокортизон, фибринолизин и полиглюкин), или 0,25% раствор новокаина, которым орошали брюшную полость в течение 4-5 дней. В одном случае выполнена чрезбрюшная интестипластика по Индигу.

В послеоперационном периоде стимулировалась перистальтика кишечника кадукументозными препаратами, восполнялся белковый и водно-электролитный дефицит, тонометрировалась артериальная и венозная деятельность.