

РЕФЕРАТЫ

УДК 617.55-007.2-053.1-007.271(048)

Е. О. Непокойчицкий, С. Е. Августинovich — ПРИЧИНЫ И ЧАСТОТА ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

г. Витебск

Спайки в брюшной полости могут стать причиной кишечной непроходимости. Как утверждал С. С. Гирголав в 1928 г. на XX съезде российских хирургов, у 2% населения земного шара имеются такие спайки. Причиной спаек могут быть воспалительные и механические факторы. Так, Вгауп (1942) пришел к выводу, что всякое воспаление в брюшной полости, как правило, заканчивается спайкообразованием, а Hütter (1961), проведя экспериментальные и клинические исследования, сделал вывод, что достаточно легкой травматизации серозных оболочек во время операции, чтобы возникли такие спайки.

При повторных лапаротомиях послеоперационные спайки и сращения встречаются довольно часто.

Более частое выявление спаек при повторных операциях на органах брюшной полости, а также разноречивые литературные данные побудили нас изучить частоту образования спаек, их распространенность, причину и характер.

Анализу подверглись 1076 протоколов патологоанатомических вскрытий, произведенных в Витебской областной клинической больнице в 1967—1977 гг. У 142 (13,1%) трупов обнаружены внутри-брюшные спайки и сращения различного характера. Трупов мужчин было 74, женщин — 68.

Наиболее часто внутрибрюшные спайки встречались у умерших в возрасте 51—70 лет.

108 (76,5%) умерших перенесли различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Послеоперационные рубцы в правой подвздошной области (соответствуют аппендэктомиям) найдены в 61 (56,9%) случае, верхнесрединные рубцы (соответствуют операциям на желудке) — в 17 (15,7%), нижнесрединные (соответствуют гинекологическим операциям и операциям на тонкой кишке) — в 16 (14,7%), рубцы в левой подвздошной области — в 4 (3,4%)

и рубцы другой локализации — в 5 (4,4%) случаях.

У 34 (23,5%) трупов следов оперативных вмешательств на передней брюшной стенке не обнаружено. По-видимому, внутрибрюшные спайки в этих случаях образовались вследствие каких-то воспалительных процессов в брюшной полости.

Тонкокишечные внутрибрюшные спайки обнаружены в 68 (47,8%) случаях, толстокишечные — в 16 (11,3%), желудочные — в 18 (12,7%), спайки желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков — в 9 (6,4%). В 31 (27,8%) случае были распространенные спайки, которые захватывали парietальную брюшину, а также два и более органа.

Характер спаек и их распространение в брюшной полости определяют клиническую картину спаечной болезни, моторную и эвакуаторную функцию кишечника. С точки зрения практической хирургии, существенное значение имеют плоскостные и тяжевидные спайки (первые зачастую приводят к хронической форме спаечной болезни, вторые — к странгуляционной кишечной непроходимости).

Плоскостные (пленчатые) спайки найдены у 79 (55,6%), тяжевидные — у 28 (19,7%) и смешанного типа — у 35 (24,7%) трупов.

Для тонкой кишки наиболее характерными были плоскостные (пленчатые) спайки, локализовавшиеся, в основном, в ее средней и нижней части, в то время как для толстой кишки — тяжевидные спайки. Последние представляли собой участки сальника от тонких шнуровидных тяжей до широких сращений.

Поскольку угрозу возникновения острой кишечной непроходимости представляют чаще спайки и сращения тонкой кишки, мы проанализировали их характер и распространение. Нами установлено, что серозные оболочки тонкой кишки оказались пораженными до 50 см в 38,2%, до 3 м — в 20,1%, более 3 м — в 2,4%.

Толстая кишка была поражена спаечным процессом у 14 трупов. У 19 трупов поражения захватывали тонкую и толстую кишки, матку, мочевой пузырь, переднюю брюшную стенку.

Поступила 11.07.78.