
РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Е. О. НЕПОКОЙЧИЦКИЙ

Из клиники госпитальной хирургии Витебского медицинского института
(заведующий — доцент В. С. Баженов) и областной клинической больницы
(главный врач Е. О. Непокойчицкий)

Причиной образования спаек брюшной полости в большинстве случаев являются воспалительный процесс брюшины, повреждение серозного покрова кишечника, высыхание и охлаждение его. Определенная роль в развитии спаек принадлежит введению в брюшную полость концентрированных растворов антибиотиков (А. В. Богина, С. А. Верх-

ратский, В. Ф. Сенютович, В. В. Бабук, В. П. Рой), припудриванию кишечника сульфаниламидами (Н. И. Кукуджанов, В. Я. Задорожный), попаданию тальки из перчаток (В. П. Рой).

Иногда спаечный процесс уже в раннем послеоперационном периоде приводит к острой кишечной непроходимости. В. П. Рой наблюдал раннюю спаечную кишечную непроходимость у 17 больных, И. К. Корзон — у 13, М. А. Долгов — у 6.

За 1957—1966 гг. в хирургическом отделении Витебской областной клинической больницы находились на стационарном лечении 6 больных с ранней спаечной послеоперационной непроходимостью. Предшествующими операциями были: аппендэктомия — у 2, множественное ножевое ранение тонкого кишечника — у 2, надвлагалищная ампутация матки — у 1, перитонит вследствие прободения матки — у 1 больной.

Спаечная непроходимость развилась до 7 дней — у 1 больного, через 8—10 дней — у 2, 11—14 дней — у 3 больных. Все они получали консервативное лечение, не давшее положительных результатов.

Диагностика этой патологии брюшной полости затруднена. Послеоперационный парез кишечника более 4—5 дней должен вызывать настороженность. Наиболее верным симптомом ранней спаечной кишечной непроходимости являются схваткообразные боли со вздутием живота и задержкой газов, усиленная перистальтика кишечника на высоте приступа болей. Рентгенологически можно обнаружить вздутие кишечника и чаши Клойбера. При необходимости следует проводить раннее оперативное вмешательство. Во время операции И. К. Корзон ограничивался разделением спаек. В. П. Рой после разделения спаек орошал брюшную полость раствором новокаина в течение нескольких дней. Мы считаем, что в таких случаях показана интестинопликация, которая позволяет предупредить рецидивы спаечной болезни. Приводим наше наблюдение.

Больной Ш., 24 лет, 24 мая 1964 г. во время операции выскабливания была перфорирована матка. Через 4 дня оперирована по поводу развившегося перитонита. Произведены ушивание матки и резекция участка сальника. На 12-й день после операции развилась спаечная непроходимость. При лапаротомии ограничилось разделением спаек и сращений тонкого кишечника. В послеоперационном периоде больная продолжала страдать спаечной кишечной непроходимостью. Неоднократно госпитализировалась в хирургическое отделение и только интестинопликация по Чайлдс-Филлипсу, сделанная 1 августа 1966 г., избавила больную от страдания.

Интестинопликации проводились под эндотрахеальным наркозом с мышечными релаксантами. Бережно, тупым и острым путем, после введения раствора новокаина в корень брыжейки, разделялись спайки. В зависимости от ширины брюшной полости, весь тонкий кишечник укладывался в горизонтальные петли длиной 16—20 см и фиксировался тремя П-образными швами, проведенными через брыжейку на расстоянии 0,5 см от кишки. 3 больным после интестинопликации в брюшную полость введено по 20 тыс. ед. фибринолизина и 125 мг гидрокортизона, разведенных в 200 мл полиглюкина.

Все больные выздоровели. Однако послеоперационный период протекал легче и функция кишечника нормализовалась быстрее у больных, получавших внутривенно фибринолизин и гидрокортизон. Через год состояние больных хорошее. Жалоб не предъявляют. Иногда ощущают болезненность в животе после физической нагрузки.