

хирургического вмешательства и техники его проведения. В заключение следует отметить, что восстановительные операции при кишечных свищах целесообразно выполнять в лечебных учреждениях, имеющих достаточный опыт лечения указанных больных.

#### Литература

1. Воробей, А.В. Местные осложнения постоянных энтеро- и колостом, их профилактика и лечение / А.В. Воробей, М.Щепковски // Новости хирургии. - 1996. - №1. - С. 13-17.
2. Гапонов, А.В. Лечение и реабилитация больных с колостомой // Клінічна хірургія. – 2003.– №11. – С. 140-142.
3. Колоректальный рак / А.В.Воробей [и др.]; под ред. А.В. Воробья. - Минск: Зорны верасень, 2005. - 160 с.
4. Севостьянов, С.И. Сравнение качества жизни больных, перенесших превентивную трансверзостомию и илеостомию/ С.И. Севостьянов, С.В.Чернышов // Колопроктол. - 2006. - Т. 17, № 3. - С. 40-44.
5. Colon recanalization after Hartmann's procedure. A challenge for the surgeon or a strategy to be changed? / C. Griffa [et al.] // Minerva Chir. - 2004. - Vol. 59, N 5. - P. 489-493.

**УДК 616.34 – 007.272.274**

## **СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА**

**Гаврилик Б.Л.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

Образование спаек в брюшной полости, в большинстве случаев как следствие перенесенных экстренных и плановых операций на органах живота, является актуальной проблемой современной медицины. Причем, особого внимания заслуживает не процесс формирования спаек как таковой, являющийся вариантом

физиологического заживления поврежденной брюшины, а склонность к активному и избыточному спайкообразованию брюшной полости после воздействия повреждающего агента. Спайки брюшной полости не склонны к обратной инволюции и рассасыванию, а длительное их существование приводит к развитию функциональных расстройств, известных как спаечная болезнь (2). Ее клиника характеризуется сменой периодов ремиссий и обострений, проявляющих себя либо как болевой синдром без нарушения проходимости кишечника, либо как спаечная кишечная непроходимость. Последняя является наиболее частой причиной острой непроходимости кишечника (1, 3). В хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно за период с 2008 по 2011 гг. оперирован 41 больной спаечной непроходимостью кишечника. Мужчин было 19 (46,3%), женщин – 22 (53,7%).

В возрасте 21–40 лет было 7 (17,0%) больных, 41–60 лет – 14 (34,2%), 61–80 лет – 17 (41,5%) и старше 80 лет – 3 (7,3%). Таким образом, почти половина, 20 пациентов, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости, это лица пожилого и старческого возраста, причем все они страдали сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. Кроме того, у 6 больных из данной группы имелись послеоперационные вентральные грыжи, у одной пациентки – пупочная грыжа больших размеров, у двоих больных – колостомы, у одного пациента – эпицистостома. 8 человек из группы лиц старше 61 года болели сахарным диабетом, у троих пациентов на момент поступления, до операции, обнаружена пневмония. В группе больных в возрасте от 41 до 60 лет у 2 пациентов диагностирована до операции язвенная болезнь желудка, у 6 – хронический бронхит и у 7 пациентов в качестве сопутствующей патологии отмечена ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь.

В группе пациентов в возрасте от 21 до 40 лет, оперированных по поводу непроходимости кишечника спаечного генеза, лишь у одной пациентки в качестве сопутствующей патологии отмечена артериальная гипертензия II ст.

Из анамнеза выяснено, что у 38 (92,7%) пациентов в прошлом были различные операции на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. У 10 из них полостные абдоминальные операции выполнялись два и более раза. 7 больных уже оперированы в предыдущие годы по поводу спаечной кишечной непроходимости. Трое больных ранее не были оперированы на органах брюшной полости. Выяснить причину спайкообразования у двоих из них не удалось, а одна пациентка, 72 лет, страдала хроническим калькулезным холециститом и невправимой пупочной грыжей больших размеров, причинявшей ей неудобства и периодически боль в области грыжи. Во время операции оказалось, что подвздошная кишка в виде двустволки была фиксирована спайками к париетальной брюшине в зоне грыжевых ворот, создав у больной непроходимость.

Все пациенты поступили в стационар с типичной клиникой острой непроходимости кишечника, в сроки от нескольких часов до трех суток от начала заболевания. Диагноз выставлен на основании субъективных и объективных данных, а также рентгенологического исследования, обязательным компонентом которого в последние годы в клинике является изучение пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту. При необходимости, в плане дифференциальной диагностики, выполнялись ультразвуковое исследование и компьютерная томография. У большинства больных после постановки диагноза проводились в течение нескольких часов консервативные мероприятия, направленные на разрешение кишечной непроходимости. Отсутствие эффекта от консервативной терапии потребовало оперативного пособия. Несколько пациентов, поступивших на вторые, третьи сутки от начала заболевания, после кратковременной предоперационной подготовки оперированы сразу. Объем оперативного пособия заключался в висцеролизе, в случае нежизнеспособности участка тонкой кишки – ее резекции. Последняя выполнена у 4 (9,7%) пациентов. В ряде случаев, помимо висцеролиза, выполнялись симультанные операции: герниотомия, аппендэктомия, в одном случае – резекция яичника, и еще в одном

случае – атипичная резекция левой доли печени по поводу гемангиомы.

Одной пациентке, кроме висцеролиза, ликвидировавшего непроходимость кишечника, произведены холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита и пупочное грыжесечение с последующей пластикой грыжевых ворот. 6 (14,6%) больным проведена назоинтестинальная интубация.

Умерли 2 (5,2%) пациентов. Один мужчина, 59 лет, умер от перитонита, обусловленного перфорацией тонкой кишки в месте ушитой десерозации. У второго пациента, 76 лет, смерть наступила вследствие интоксикации и полиорганной недостаточности на фоне послеоперационного перитонита. У данного больного ранее была выполнена операция Гартмана по поводу рака сигмовидной кишки, имелась большая вентральная грыжа, наблюдался также выраженный спаечный процесс, потребовавший резекции тонкой кишки. Остальные пациенты выздоровели и выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Средний койко-день у них составил 13,6.

**Заключение.** Следует отметить, что в 92,7% случаев спайкообразование брюшной полости, явившееся причиной острой кишечной непроходимости, было следствием перенесенных ранее операций на органах брюшной полости. У 7 (17,1%) пациентов, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости в прошлом, вновь возник рецидив заболевания, потребовавший повторного висцеролиза, что подтверждает теорию индивидуальной склонности к образованию интраабдоминальных сращений.

#### Литература

1. Гарелик, П.В. Спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Тактика / П.В.Гарелик, И.Я.Макшанов // Дек.чтения по неотложной хирургии. Том 5. – Мн.: ГИПП «Промпечать», 2000. – С.149-152.

2. Женчевский, Р.А. Спаечная болезнь / Р.А. Женчевский. – М.: Медицина, 1989. – 192с.

3. Профилактика спайкообразования в брюшной полости и спаечной кишечной непроходимости / В.Л. Казущик и [др.] // Дек.чтения по неотложной хирургии. Том 5. – Мн.: ГИПП «Промпечать», 2000. – С. 169-170.

**УДК 616.348-006.6-007.44-089-039.74**

## **ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

**Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Хильмончик И.В., Жук Д.А.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

Неуклонно растущая заболеваемость раком толстой кишки, трудности ранней диагностики, поздняя госпитализация, большое количество осложненных форм обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза, не снижающийся уровень летальности оставляют эту проблему в числе актуальных и одной из сложнейших в неотложной хирургии [1, 3]. В настоящей работе хотелось бы подчеркнуть и заострить особое внимание на вопросах поздней диагностики колоректального рака, запущенности случаев осложненных форм при госпитализации по неотложным показаниям в общехирургический стационар. Поэтому не случайно, что именно хирурги обсуждают вопросы диагностики и лечения осложненного рака ободочной кишки. В работе представлены сведения о диагностике и лечении 116 больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком толстой кишки. Пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение клиники общей хирургии по неотложным показаниям за последние 4 года. Мужчин было 53 (45,7%), женщин – 63 (54,3%), в возрасте от 47 до 89 лет. Пациенты пожилого и старческого возраста составили 78,3%. Течение опухолевого процесса было отягощено интеркуррентными заболеваниями, преимущественно со стороны