

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

*Кравец А.В., Шевченко В.П., Пятикоп Г.И., Выходцев В.К., Соболев Ю.И., Мысловский И.А.  
СумГУ, кафедра общей хирургии, радиационной медицины и фтизиатрии, Сумская областная клиническая  
больница*

Спаечная кишечная непроходимость является распространенным заболеванием с тенденцией к неуклонному росту. За последние 20 лет частота спаечной кишечной непроходимости увеличилась в 1,9 раза. Количество больных с данной патологией составляет 3,5% общего числа хирургических больных в стационаре.

Проведен анализ результатов лечения 62 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью в возрасте от 18 до 73 лет. Мужчин было 37 (59,7%), женщин – 25 (40,3%). До 20 лет было 4 (6,5%) больных, от 21 до 60 лет – 42 (67,7%) и старше 60 лет – 16 (25,8%) человек. Время от начала заболевания до момента госпитализации было: до 12 часов – у 41 (66,1%), от 12 до 24 часов – у 15 (24,2%), больше 24 часов – 6 (9,7%) больных.

Причинами развития острой спаечной кишечной непроходимости были: операции по поводу острого аппендицита – 17, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – 9, гинекологической патологии – 7, острого холецистита – 6, травм живота – 4, панкреонекроза – 4, прочие – 15. Диагностика основывалась на классических анамнестических и физикальных данных в сочетании с рентгенологическим (в том числе рентгенконтрастирующим) и ультразвуковым методом. Придерживались стандартной тактики лечения больных со спаечной кишечной непроходимостью. При странгуляционной кишечной непроходимости оперативное лечение выполнялось в экстренном порядке после кратковременной предоперационной подготовки. При острой спаечной кишечной непроходимости, осложненной перитонитом, операция выполнялась после 2-3 часовой подготовки, включающей декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, дезинтоксикационную терапию. В других случаях выполняли декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сифонную клизму, инфузионную терапию. Эффективность лечебных мероприятий оценивали клинически, рентгенологически и при помощи ультразвукового метода через 4-6 часов.

Консервативные методы лечения острой спаечной кишечной непроходимости оказались эффективными у 48 (77,4%) больных. Оперированы 14 (22,6%) больных. Выполнены следующие операции: рассечение спаек у 6 (42,9%) больных, рассечение спаек с грыжесечением – у 4 (28,6%), рассечение спаек с резекцией тонкой кишки – у 2 (14,3%), рассечение спаек с формированием разгрузочных стом – у 2 (14,3%) больных. В большинстве случаев выполняли новокаиновую блокаду корня брыжейки, назоинтестинальную интубацию. В послеоперационном периоде проводили коррекцию нарушений гомеостаза, раннюю активизацию больных, стимуляцию кишечника. Дифференцированный подход к диагностике и лечению острой спаечной кишечной непроходимости позволил снизить летальность до 3,2%.