

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Профессор Н. Б. ОЛЕШКЕВИЧ

Клиника госпитальной хирургии (зав. — профессор Н. Б. Олешкевич)

В деле лечения больных с кишечной непроходимостью советские хирурги имеют несомненные достижения. Осуществлены организационные мероприятия, приведшие к сокращению сроков госпитализации этих больных. Усовершенствована диагностика кишечной непроходимости и уточнены показания к оперативному вмешательству. Значительно снижена послеоперационная летальность среди этой категории больных. Вместе с тем хирурги мало уделяют внимания изучению отдаленных результатов послеоперативного лечения. Недостаточно выяснена также и трудоспособность больных, перенесших операцию. Учитывая ряд открытых вопросов, мы и решили выпотнить настоящую работу. Но прежде чем перейти к изложению отдаленных результатов, вкратце остановимся на некоторых данных, относящихся к изучаемому вопросу.

Нами собраны данные лечебных учреждений Витебской области за 12 лет (с 1945 по 1956 год включительно). В течение этого периода в лечебных учреждениях области на лечении находилось 1870 больных, из которых оперативному лечению подверглось 1174 (62,8%). У 696 больных (37,2%) явления непроходимости прошли в результате проведенного консервативного лечения, включая и поясничную новокаиновую блокаду по методу А. В. Вишневого. При этом следует отметить, что количество неоперированных больных с каждым годом увеличивается (таблица 1).

Поступление больных по годам, количество оперированных и исход лечения показывает таблица 1.

При рассматривании таблицы можно отметить ежегодное увеличение количества больных с кишечной непроходимостью. Это следует объяснить как приростом населения в области, так и более частым пользованием хирургической помощью, особенно на селе. С другой стороны, отмечается постепенное снижение как общей, так и послеоперационной ле-

тальности среди этой категории экстренных больных. В последние годы полностью ликвидирована предоперационная летальность, что объясняется более ранней госпитализацией больных.

Таблица 1

Годы	Поступило	Оперировано	Всего умерло		Умерло после операции	
			количество	%	количество	%
1945	17	12	7	41,2	5	41,7
1946	63	53	22	34,9	20	37,7
1947	69	57	19	27,5	17	29,8
1948	81	67	22	27,2	18	26,9
1949	118	80	21	17,6	20	25,0
1950	185	126	32	17,3	28	22,2
1951	221	139	29	13,1	25	18,0
1952	200	113	28	14,0	23	20,3
1953	236	125	19	8,0	19	15,2
1954	228	130	27	11,8	27	20,7
1955	209	134	27	12,9	27	20,1
1956	233	138	13	5,6	13	9,4
ВСЕГО	1870	1174	266	14,2%	242	20,6%

Распределение больных по лечебным учреждениям и исходы лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Название больницы	Поступило	Оперировано	Всего умерло		Умерло после операции	
			количество	%	количество	%
Областная клин. б-ца	564	342	89	15,8	81	23,7
Городская клин. б-ца	239	126	30	12,6	28	20,9
Оршанская больница им. Ворошилова	295	236	48	16,3	44	18,6
Оршанская больница им. Семашко . .	151	81	14	9,2	13	16,0
Полоцкая гор. б-ца	107	61	13	12,1	13	21,3
Районные больницы	514	318	72	14,0	63	19,8
ВСЕГО	1870	1174	266	14,2%	242	20,6%

Приведенная таблица показывает неодинаковое количество больных в отдельных лечебных учреждениях, что связано с разным объёмом их работы. Неодинаковая общая и послеоперационная летальность в них объясняется различными контингентами больных. Так, например, в областной клинической больнице, в которую около 40% госпитализируются сельские жители, летальность выше, чем в городской клинической больнице, обслуживающей преимущественно население города. Среди других лечебных учреждений обращает на себя внимание сравнительно низкая летальность в районных больницах, что является несомненным достижением советского здравоохранения.

Как уже упоминалось выше, оперативному лечению подвергалось 1174 больных, из которых выздоровело 932 (79,4%) и умерло 242 (20,6%). Из числа выздоровевших 800 больным разосланы анкеты, частично непосредственно, частично через городских и районных хирургов. Ответы получены от 315 человек, из которых часть осмотрена лично; кроме того, от родственников получены сведения о смерти 12 больных. Таким образом, мы располагаем данными о 327 больных, которые и являются предметом анализа.

Из 327 больных мужчин было 219 (67%), женщины — 108 (33%). Возрастной состав: до 10 лет — 27 человек, от 11 до 20 лет — 31, от 21 — 26, от 31 до 40 — 42, от 41 до 50 — 49, от 51 до 60 — 74, от 61 до 70 — 58 и старше 70 лет — 20 больных.

Приведенные данные показывают, что большее количество больных (46,5%) относится к возрасту старше 50 лет, на возраст от 31 до 50 лет падает 35,8% и до 20 лет — 17,7% больных.

По роду занятий: колхозников — 128 человек, рабочих — 73, служащих — 36, пенсионеров — 22 и иждивенцев рабочих и служащих — 68.

В зависимости от полученных результатов всех больных мы разделили на три группы. В первую группу мы включили больных, которые после операции чувствуют себя хорошо, никаких болей в животе не ощущают, диспептические расстройства отсутствуют, лица трудоспособного возраста по-прежнему выполняют свою работу, учащиеся продолжают учёбу. Все эти больные пишут, что после операции они полностью считают себя излеченными. Ко второй группе нами отнесены больные, которые постоянно или периодически ощущают незначительные боли в животе, у них имеются те или иные диспептические расстройства (поносы, запоры, вздутие живота и пр.). Большая часть больных этой группы (работоспособного возраста) вынуждена была переменить свою прежнюю работу на более лёгкую. Однако они довольны перенесённой операцией и многие из них выражают благодарность лечившим их врачам. И, наконец, в третью группу вошли больные, которые продол-

жают ощущать боли в животе, значительно выраженные диспептические расстройства и являются постоянными посетителями лечебных учреждений. Все эти больные, независимо от возраста, являются нетрудоспособными.

Руководствуясь описанными выше тестами, мы получили следующую картину: с хорошими отдаленными результатами оказалось 208 человек (66%), с удовлетворительными — 60 (19%) и с плохими результатами — 47 человек (15%). Следовательно, положительные результаты нами получены у 85% проверенных больных. По литературным данным, положительные отдаленные результаты колеблются в пределах от 50% до 79,6%. В отношении сроков наблюдений наши данные представляются в следующем виде: до трех лет — 107 человек (из них до года 12 человек), до пяти лет — 93, до десяти лет — 90 и свыше десяти лет — 16 человек. Таким образом, подавляющее большинство наблюдений (66%) превышает трехлетний период, т. е. достаточный срок для оценки отдаленных результатов. Из числа опрошенных 10 больных оперировались по два раза, из них 6 по поводу заворота тонких кишок и четверо — по поводу спаечной непроходимости. Больные с заворотом тонких кишок первый раз также оперировались по поводу этого вида кишечной непроходимости. У второй группы больных во время первой операции была обнаружена спаечная непроходимость кишечника.

Отдаленные результаты при отдельных видах кишечной непроходимости иллюстрирует таблица 3.

Таблица 3

№ п. п.	Вид непроходимости	Хорошие		Удовлетворительные		Плохие		Всего
		количество	%	количество	%	количество	%	
1	Заворот кишок .	84	65,1	27	20,9	18	14,0	129
2	Инвагинации . .	61	81,3	9	12,0	5	6,7	75
3	Непроходимость на почве спаек и тяжей	34	50,8	16	24,6	16	24,6	66
4	Непроходимость на почве ганглов . .	12	85,7	2	14,3	—	—	14
5	Узлообразование .	5	—	2	—	3	—	10
6	Непроходимость на почве внутреннего ущемления . . .	4	—	—	—	1	—	5
7	Прочие виды непроходимости . . .	8	—	4	—	4	—	16
Итого . .		208	66,0	60	19,0	47	15,0	315

Из 129 больных с заворотом кишок заворот тонких кишок наблюдался у 65 больных, заворот сигмовидной кишки — у 50, заворот слепой кишки — у 14. При завороте тонких кишок отдаленные результаты выглядят следующим образом: хорошие результаты оказались у 43 чел. (66,1%), удовлетворительные — у 12 (18,5%) и плохие — у 10 (15,4%). Среди полностью излеченных 37 больным было произведено расправление заворота и 6 сделана ограниченная (в пределах 50 см) резекция тонкой кишки. Из числа этих больных только у одного применена подвесная энтеростомия. У больных с удовлетворительными результатами характер оперативного вмешательства заключался в следующем: 11 сделано расправление заворота и у одного резецировано 25 см подвздошной кишки; двум больным, кроме устранения заворота, произведено рассечение спаек. Из 10 больных с плохими результатами пяти сделана резекция (свыше метра) тонкой кишки и пяти больным — расправление заворота. Почти у всех этих больных во время операции в брюшной полости обнаружены спайки.

У больных с заворотом сигмовидной кишки отдаленные результаты представляются в следующем виде: хорошие результаты отмечены у 34 чел. (68%), удовлетворительные — у 10 (20%) и плохие — у 6 чел. (12%). Полностью излеченным больным были произведены следующие операции: резекция сигмовидной кишки — 21, расправление заворота — 14. С удовлетворительными результатами: резекция сделана 6 больным и расправление заворота — 4. Из 6 больных с плохими результатами у четырех заворот ликвидирован путем расправления и у двух при помощи резекции кишки.

После операции по поводу заворота слепой кишки ответы получены от 14 больных, из них с хорошими результатами было 7 (50%), с удовлетворительными — 5 (35,7%) и с плохими — 2 (14,3%). Из числа больных с хорошими результатами четверем произведена резекция конечного отрезка подвздошной кишки и правой половины толстой кишки с последующим наложением плеотрансверзостомии бок в бок; у трех больных заворот расправлен. Среди больных с удовлетворительными результатами трем также произведена резекция слепой кишки и двум — расправление заворота. Плохие отдаленные результаты оказались у одного больного после резекции кишки и у одного после расправления заворота.

С инвагинацией кишечника нами обследовано 75 больных, из них с илеоцекальной инвагинацией — 57, с инвагинацией тонкой кишки — 13 и с инвагинацией толстой кишки — 5. Из 75 больных хорошие результаты получены у 61 (81,3%), удовлетворительные — у 9 (12%), плохие — у 5 (6,7%). Всем больным с хорошими результатами, за исключением трех, произведена дезинвагинация; трем больным сделана резекция тер-

минального отрезка подвздошной кишки и правой половины толстой кишки с применением илеотрансверзостомии. Из 9 больных с удовлетворительными результатами вошли сделана дезинвагинация, и одному больному — резекция подвздошной и толстой кишки; здесь также применен анастомоз между подвздошной и поперечноободочной кишками. Всем больным (15) с плохими результатами произведена дезинвагинация. Как у этих больных, так и у предыдущих после дезинвагинации операция заканчивалась аппендектомией. Как показали наши наблюдения, удаление червеобразного отростка предупреждает повторную илеоцекальную инвагинацию.

При кишечной непроходимости на почве спаек и тяжелой отдаленные результаты таковы: хорошие результаты оказались у 34 больных (51,5%), удовлетворительные — у 16 (24,25%), плохие — у 16 (24,25%). Выздоровевшим больным произведены следующие операции: спайки разделены 31 больному, ограниченная резекция тонкой кишки (в пределах 50 см) сделана 3 больным. У больных с удовлетворительными результатами характер оперативного вмешательства был следующий: спайки разделены у 13, резекция тонкой кишки (в пределах 75 см) применена у 3. Плохие отдаленные результаты оказались у 14 больных после разделения обширных спаек и у 2 больных после резекции (свыше метра) тонкой кишки.

Из 14 больных, оперированных по поводу кишечной непроходимости на почве глистной инвазии, считают себя полностью излеченными 12 и ощущают те или иные незначительные нарушения функции кишечника 2; у двух последних результаты нами оценены, как удовлетворительные. С плохими отдаленными результатами среди этой группы больных не имеется. Оперативное вмешательство при глистной непроходимости заключалось в следующем: из числа выздоровевших больных у 12 непроходимость была устранена путем раздавливания клубка аскарид и у 4 больных произведена энтеротомия; с удовлетворительными результатами у одного больного сделано раздавливание и у другого применена энтеротомия.

У больных с узлообразованием хорошие результаты получены у 5 человек, удовлетворительные — у 2 и плохие — у 3. Из 5 выздоровевших больных трем произведено развязывание узла и двум больным сделана резекция кишки, причем одному из них резецирован небольшой отрезок тонкой кишки (узел между тонкой и сигмовидной кишками), а другому больному илеоцекальный угол с применением илеотрансверзостомии (узел между тонкой и слепой кишками). С удовлетворительными результатами у одного больного узел распрочлен и у другого тонкая кишка резецирована в пределах одного метра. Больным с плохими результатами произведена резекция свыше метра тонкой кишки, а одному из них и резекция сигмовидной кишки.

При кишечной непроходимости на почве внутреннего ущемления отдаленные результаты таковы: хорошие — у 4 больных, плохие — у одного. Хорошие результаты оказались у двух больных после простой ликвидации ущемления и у двух произведена резекция небольшого участка тонкой кишки. Больному с плохими результатами сделана ликвидация ущемления.

Из 16 больных с прочими видами кишечной непроходимости хорошие результаты получены у 8, удовлетворительные у 4 и плохие — у 4. Из числа больных с хорошими результатами четырем произведена разгрузка кишечника по поводу паралитической кишечной непроходимости; ребенку 5 лет резецирован небольшой участок тонкой кишки по поводу кровоизлияния на почве капилляротоксикоза; второму ребенку 10 лет также резецирован небольшой участок подвздошной кишки, причиной непроходимости у которого явилась гиперплазия лимфоидного аппарата; у двух взрослых больных во время операции характер кишечной непроходимости не был установлен.

У трех больных с удовлетворительными результатами была паралитическая непроходимость кишечника; при операции им сделана разгрузка кишечника. У одного больного причиной непроходимости явилась стриктура тонкой кишки, операция заключалась в резекции этого участка кишки.

Больные с плохими результатами страдали следующими видами кишечной непроходимости: двое больных имели паралитическую непроходимость, во время операции им сделана разгрузка кишечника; у одного больного при операции был обнаружен тромбоз брыжеечных сосудов, без гангрены кишечника; операция закончена ревизией брюшной полости; у одной больной непроходимость была названа раком сигмовидной кишки; больной произведена резекция кишки.

Приведенные нами данные показывают, что лучшие отдаленные результаты получены у больных с кишечной непроходимостью на почве глистной инвазии. Правда, количество этих больных невелико. Второе место занимают больные с инвагинацией кишок, третье место — с непроходимостью на почве внутреннего ущемления (немногочисленная группа больных), четвертое место — с заворотом сигмовидной кишки, пятое место — с заворотом тонких кишок, шестое место — со спаечной непроходимостью, седьмое место — с заворотом слепой кишки, восьмое место — с узлообразованием и на последнем месте стоят больные с прочими видами кишечной непроходимости.

Из приведенных нами данных следует, что отдаленные результаты находятся в прямой зависимости от вида кишечной непроходимости. Однако это не единственный критерий, влияющий на характер отдаленных результатов. На выздоровление

больных, несомненно, сказывается и объём произведенной операции. Так, например, резекция небольшого отрезка тонкой кишки или сигмовидной кишки не отражается на общем состоянии больных и их трудоспособности. После же удаления конечного отрезка подвздошной кишки вместе с правой половиной толстой кишки больные часто ощущают те или иные нарушения функции желудочно-кишечного тракта. В большей или меньшей степени у них понижается и трудоспособность. Особенно резко выражено нарушение функции кишечника и понижена трудоспособность у больных, перенесших обширную резекцию тонкой кишки.

Однако некоторые больные имели сравнительно лёгкий вид кишечной непроходимости и перенесли небольшой объём оперативного вмешательства, но продолжают жаловаться на боли в животе и диспептические расстройства. У этих больных, несомненно, имеет место развитие внутрибрюшинных сращений, связанных с перенесенной операцией. Отсюда вытекает настоятельная необходимость как во время операции, так и в послеоперационном периоде всеми средствами бороться против развития спаек.

Отдельно следует остановиться на группе больных, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости. Как показали наши наблюдения, при наличии единичных сращений, отдаленные результаты у подавляющего большинства больных представляются хорошими. Несравненно худшие результаты оказались у больных, имевших обширные внутрибрюшинные сращения. Особенно плохие отдаленные результаты выявлены среди больных со спаечным процессом брюшной полости на почве туберкулёза брюшины.

Среди изученных нами больных имеются и такие, которые попали в рубрику с плохими отдаленными результатами после перенесенных ими небольших операций. Сюда относятся лица преимущественно среднего возраста. Страдания этих больных, надо думать, связаны с повышенной реактивностью на имеющийся раздражитель в брюшной полости. Больные этой группы являются постоянными посетителями лечебных учреждений.

Из числа умерших больных (12) у четырех смерть связана с перенесенной операцией по поводу кишечной непроходимости, у шести смерть не стоит в связи с заболеванием желудочно-кишечного тракта и у двух больных причина смерти неизвестна. Анализируя больных, смерть которых находится в прямой зависимости от перенесенной операции, мы установили следующее. Больная 47 лет умерла через четыре года после резекции 4,85 метра тонкой кишки по поводу узлообразования. У больной 38 лет была спаечная непроходимость кишечника, во время операции ей резецировано 2,8 метра тонкой кишки;

продолжительность ее жизни после операции неизвестна. Больной 67 лет умер через год после резекции 3,2 метра тонкой кишки по поводу заворота. Причиной смерти всех этих больных явилось истощение в результате резкого нарушения пищеварения. Последний больной 66 лет умер после повторной операции по поводу заворота тонких кишок. Во время первой операции у него также обнаружен заворот тонких кишок. Как первый, так и второй раз операция у него заключалась в расправлении заворота.

На основании всего вышесказанного можно сделать следующие выводы:

1. Изучение нами отдаленных результатов оперативного лечения кишечной непроходимости показало следующее: из числа опрошенных больных (315), подавляющее большинство из них (66%) считает себя полностью излеченными и трудоспособными, предъявляют те или иные жалобы и являются относительно трудоспособными 19%, и продолжают оставаться больными 15%.

2. Лучшие отдаленные результаты оказались у больных с кишечной непроходимостью на почве глистной инвазии, внутреннего ущемления и инвагинации. Худшие отдаленные результаты отмечены после спаечной непроходимости, заворота слепой кишки, узлообразования и прочих видов кишечной непроходимости. Заворот тонких кишок и сигмовидной кишки в отношении отдаленных результатов занимает промежуточное положение.

3. Среди больных с заворотом кишечника лучшие отдаленные результаты наблюдаются у больных с заворотом сигмовидной кишки и худшие — с заворотом слепой кишки. Среднее место по отдаленным результатам занимают больные с заворотом тонкого кишечника. Причина неодинаковых результатов кроется в том, что резекция разных участков кишечника различно сказывается на функции желудочно-кишечного тракта.

4. Отдаленные результаты после резекции сигмовидной кишки значительно лучше, чем после резекции терминального отрезка илеум и правой половины толстой кишки. Из этого следует, что при завороте слепой кишки, при отсутствии гангрены, необходимо ограничивать показания к резекции этого отдела кишечника.

5. Как показывают наши наблюдения, ограниченная резекция тонкой кишки не отражается на общем состоянии больных и их трудоспособности, тогда как удаление больших участков её не только влияет на функцию желудочно-кишечного тракта, но и является опасным для жизни больных. Отсюда вытекает, что при оперировании этих больных необходимо по возмож-

ности сохранять каждый сантиметр жизнеспособной тонкой кишки.

6. Неудовлетворительные отдаленные результаты при спасочной непроходимости кишечника относятся к больным, страдающим спаечной болезнью брюшной полости, в том числе и туберкулёзного характера. У больных с кишечной непроходимостью на почве тяжёлых и единичных спаек чаще всего получаются хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты.

7. Для улучшения отдаленных результатов оперативного лечения кишечной непроходимости необходимо направить борьбу на более раннюю госпитализацию больных, усовершенствование оперативной техники, на разрешение проблемы профилактики послеоперационных сращений, являющихся частой причиной неудовлетворительных отдаленных результатов.
