

И. Б. О л е ш к е н и ч (Витебск). В лечебных учреждениях Витебска и Витебской области за последние 8 лет находилось на лечении 954 больных с кишечной непроходимостью; из них оперировано 647 больных.

При распознавании кишечной непроходимости мы придаем большое значение обзорной рентгеноскопии брюшной полости (наличие уровней жидкости). Нужно только помнить, что рентгеноскопия брюшной полости должна быть произведена до применения клизмы, так как введенная вода может симулировать симптом «уровней жидкости».

Нами выработана следующая тактика по отношению к больным с кишечной непроходимостью. Больных, доставленных в тяжелом состоянии из приемного покоя, сразу направляют в экстренную операционную, где им проводят полный объем противошоковых лечебных мероприятий. Применение очистительной или сифонной клизмы этим больным мы считаем противопоказанным, так как после клизмы еще больше ухудшается их общее состояние и тем самым уменьшается успех операции. Всех этих больных после проведения противошоковых мероприятий мы оперируем.

Совершенно иной тактики мы придерживаемся по отношению к больным, доставленным в удовлетворительном состоянии. Порядок оказания медицинской помощи этой группе больных следующий: глгд кожу вводит 1 мл 0,1% раствора атропина, ставят сифонную клизму, причем неудержание воды в прямой кишке полностью решает вопрос о непроходимости сигмовидной кишки. При безуспешности этих мероприятий или недостаточной их эффективности мы производим двустороннюю поясничную блокаду. Этим обычно исчерпывается арсенал терапевтических мероприятий, при безуспешности которых решается вопрос об оперативном вмешательстве.

Операции при кишечной непроходимости мы производим под местной анестезией.

Летальность в зависимости от сроков поступления представляется в следующем виде: из больных, поступивших в первые 6 часов, умерло 12,6%, из поступивших от 6 до 24 часов — 18,8% и из поступивших позднее 24 часов — 38,3%.