

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

*Профессор И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ и Н. Г. ТАРЕЕВ
(г. Витебск)*

Аналізу подверглось 564 больных, находившихся на лечении в Витебской областной больнице, и 2060 больных, лечившихся в лечебных учреждениях Витебской области. Из 564 больных оперативному лечению подверглись 342 (60,6%), а из 2060 больных оперировано 1211 (58,8%).

По нашим данным, наиболее частыми симптомами кишечной непроходимости являются боли в животе (100%), задержка стула и газов (90%), вздутие живота (80%), усиленная перистальтика (58%), рвота (65%), частый пульс (65%). Шок характерен для обширных заворотов и узлообразований. При других видах кишечной непроходимости шок встречается редко.

Диагностика острой кишечной непроходимости основывается на клинических данных (анамнез, объективное исследование). Однако заключительным диагностическим методом является рентгеновское исследование, которое особенно необходимо у детей. При этом следует помнить, что рентгеновское исследование во избежание диагностической ошибки должно производиться до сифонной клизмы.

В отношении показаний к оперативному вмешательству больные с кишечной непроходимостью делятся на две группы: 1) больным, находящимся в удовлетворительном состоянии, сначала проводится консервативное лечение; при отсутствии надлежащего эффекта предпринимается оперативное вмешательство; 2) больным, поступившим в тяжелом состоянии, при-

меняются противошоковые мероприятия, а затем они оперируются.

Всем больным с кишечной непроходимостью, как правило, производится двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада. При динамических формах непроходимости блокада носит лечебный характер, при механической непроходимости она уточняет диагноз. С другой стороны, паранефральная блокада, наряду с другими лечебными мероприятиями, является хорошим противошоковым средством.

Операции при острой кишечной непроходимости должны производиться при одновременном переливании крови, внутривенном капельном вливании физиологического раствора хлористого натрия, 5% раствора глюкозы, противошоковой жидкости и пр. Должно применяться такое обезболивание, которое обеспечивало бы абсолютную безболезненность оперирования.

В послеоперационном периоде лечебные мероприятия должны быть направлены на профилактику перитонита, воспаления легких, уменьшение интоксикации организма. Все это достигается путем назначения больным антибиотиков, постоянного отсасывания желудочно-кишечного содержимого, переливания крови, внутривенного введения ее заменителей и пр.

Изучение отдаленных результатов показало, что подавляющее большинство больных после операции по поводу кишечной непроходимости чувствуют себя хорошо, никаких жалоб не предъявляют и являются трудоспособными.