

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

И. Б. Олешкевич

По материалам 2-й хирургической клиники Белорусского мединститута
(дир. клиники — проф. М. П. Соколовский)

Несмотря на то, что кишечной непроходимости ежегодно посвящается большое количество клинических и экспериментальных работ, вопрос этот еще далек от своего окончательного разрешения. Доказательством этого является высокая послеоперационная смертность. Например, по работам наших хирургов, смертность при непроходимости колеблется в пределах от 25 до 60%. По данным лондонских госпиталей, за 1925 г. смертность при всех видах кишечной непроходимости в среднем равна 38%.

Располагая значительным материалом по кишечной непроходимости, а также изучая этот вопрос экспериментально под определенным углом зрения, мы считаем своим долгом поделиться достигнутыми результатами. Данным экспериментальных исследований посвящена отдельная работа, в этом же сообщении мы изложим исключительно клинический материал. Описанию подлежит материал, накопившийся за 14 лет существования клиники. За этот период через клинику прошло 172 больных с кишечной непроходимостью, из которых оперативному вмешательству подверглись 138 больных, у остальных 34 больных явления непроходимости прошли от консервативного лечения, и поскольку диагноз непроходимости не был проверен на операционном столе, эти случаи из описания исключаются. Следовательно, описанию подлежат 138 больных, из них 105 мужчин и 33 женщины. В возрасте до 20 лет было 13 больных, от 21 до 30 лет — 28 больных, от 31 до 40 лет — 30 больных, от 41 до 50 лет — 23 больных, старше 50 лет — 44 больных.

По социальному положению: крестьяне и их семьи — 88 человек, рабочие и их семьи — 22 человека, служащие и их семьи — 18 человек и прочие — 10 человек. Приведенные цифры показывают заметное преобладание крестьян. Объясняется это тем, что клиника до 1931 г. обслуживала преимущественно сельское население. По характеру непроходимости весь наш материал распределяется следующим образом. I. Динамическая непроходимость — 8 случаев, из них паралитическая — 7 случаев (5,1%), спастическая — 1 случай (0,8%). II. Механическая непроходимость — 130 случаев, из них: 1) непроходимость на почве опухолей, рубцов и сужения кишок — 14 (10,1%), 2) непроходимость на почве тяжелей и спаек — 28 (20,1%), 3) заворот кишок — 62 (44,9%), 4) внемление — 18 (13,1%), 5) непроходимость на почве внутреннего ущемления — 2 (1,5%), 6) непроходимость на почве копростазов и гангроз — 3 (2,2%), 7) невыясненные случаи — 3 (2,2%). Всего 138 случаев (100%).

I. Динамическая непроходимость. К 7 случаям паралитической непроходимости относятся больные с перитонитом различного происхождения; поскольку непроходимость у них вторичного происхождения, описание этих случаев не представляет особого интереса; отметим только, что из 7 больных 2 выздоровели и 5 умерли. Случай спастической непроходимости относится к больной, поступившей в клинику с явлениями кишечной непроходимости. При операции найдены 2 аскариды, удаленные при помощи вскрытия кишки. Больная выздоровела.

II. Механическая непроходимость. 1. Непроходимость на почве опухолей, рубцов и сужения кишок. К этому виду кишечной непроходимости относятся случаи непроходимости на почве изменений кишечной стенки, ведущих к сужению просвета вплоть до полной непроходимости. Таких случаев у нас было 14 (10,1%). Причины непроходимости были следующие: в 6 случаях рак кишок (5 случаев толстых и в 1 случае тонких кишок), в 7 случаях рубцовое сужение подвздошной кишки и в 1 случае киста брыжейки тонких кишок. У большей части этих больных явления непроходимости развивались постепенно и только несколько человек поступили в клинику с остро развившимся острым животом. Лечение этой группы больных заключалось в следующем: 7 больным наложено соустье между подвздошной и поперечноободочной кишками, 4 произведена резекция тонкой кишки, 2 наложен каловый свищ и у 1 больного произведено удаление кисты брыжейки. Из 14 больных выздоровели 13 и умер 1. Смерть явилась результатом перитонита после наложения соустья.

2. Непроходимость на почве тяжей и спаек. Из имеющихся в нашем материале 28 случаев в 14 случаях спайки эти можно отнести за счет изменений в червеобразном отростке и области придатка матки; у 10 больных спайки появились после перенесенных операций, и у 4 была перетяжка тонких кишок на почве дивертикула Меккеля. У 4 больных с непроходимостью на почве дивертикула Меккеля в 1 случае наблюдался гангренозный дивертикулит, приведший к непроходимости кишечника.

Таблица 1. Непроходимость на почве тяжей и спаек

Время поступления и день операции	Число случаев	Послеоперационный исход	
		выздоровели	умерли
1-е сутки	5	5	—
2-е »	7	5	2
3-и »	5	1	4
4-е »	2	—	2
5-е »	3	3	—
после 5 суток	6	4	2
Всего	28	18	10
В %	100	64,3	35,7

Как видно из таблицы, большая часть больных этой группы поступила в клинику и оперировалась в позднем периоде болезни, только 12 больных оперировались в течение 1-х и 2-х суток с момента заболевания. Правда, послеоперационный исход здесь не идет параллельно с длительностью болезни, что объясняется неодинаковыми патологоанатомическими изменениями в перетянутой кишке. Так, выздоровели 7 больных, оперировавшихся на 5-е сутки и позже; у 5 из них причиной непроходимости были послеоперационные спайки и у 2 — дивертикул Меккеля. У большинства этих больных в анамнезе отмечались приступы непроходимости, которые у них проходили от консервативного лечения. Что касается оперативного пособия при этом виде непроходимости, то у 22 больных оно заключалось в разъединении тяжей и спаек, 3 больным произведена резекция измененной тонкой кишки и в 2 случаях сделано соустье между подвздошной и поперечноободочной кишками. Из 28 боль-

ных выздоровели 18 (64,3%) и умерли 10 (35,7%), причем 9 больных умерло после разделения спаек и 1 больной после резекции подвздошной кишки. По литературным данным, этот вид кишечной непроходимости встречается не так редко: в процентном отношении он колеблется от 10 до 27,8%; на нашем материале он равен 20,1%.

3. **Заворот кишок.** Процентное отношение заворотов кишечника к общему числу случаев непроходимости различно. По данным русских авторов, частота заворотов колеблется в пределах от 22 до 57%, в иностранной литературе от 7 до 51%; в нашей клинике количество больных с заворотом было 62, что составляет 44,9% общего числа непроходимости. Из 62 случаев заворотов в 34 был заворот тонких кишок, в 25 — заворот сигмовидной кишки и в 3 случаях — слепой кишки. Приведенные цифры показывают, что наиболее часто бывают завороты тонких кишок. Это находится в противоречии с данными прежних авторов. Так, Поленов считал заворот сигмовидной кишки наиболее частой формой заворота. Кузнецов на основании данных своих и Филипповича исчисляет завороты сигмовидной кишки в 33%. Совершенно противоположные данные приводит Спасокукоцкий, который говорит, что завороты вообще составляют 50% всех видов кишечной непроходимости, а заворот тонких кишок является наиболее частой формой непроходимости у крестьян. Объясняется это большой длиной кишечника и брыжейки тонких кишок у лиц, питающихся растительной пищей. Завороты слепой кишки встречаются значительно реже заворотов других отделов кишечника: они наблюдаются в 5,2—10% общего числа заворотов кишечника.

Таблица 2. Заворот тонких кишок

Время поступления и день операции	Число больных	Послеоперационный исход	
		выздоровели	умерли
1-е сутки	14	10	4
2-е »	10	2	8
3-и »	4	1	3
4-е »	1	—	1
5-е »	3	—	3
Позже 5 суток	2	—	2
Всего	34	13	21
В %	100	38,2	61,8

Из приведенной таблицы видно, что процент смертности при завороте тонких кишок на нашем материале довольно высок и равняется 61,8. Высокая послеоперационная смертность объясняется поздним обращением больных за помощью. Около $\frac{1}{3}$ больных поступили в клинику в позднем периоде болезни — на 3-и сутки и позже с момента заболевания. Оперативное вмешательство заключалось в 23 случаях в раскручивании заворота и опорожнении кишечного содержимого при помощи троакара, в 8 случаях — в резекции кишки и в 3 случаях — в выведении омертвевшей кишки и образовании калового свища. Один случай заворота тонких кишок относится к ребенку 4 дней от роду, у которого, кроме заворота тонких кишок с гангреной, обнаружено еще недоразвитие толстых кишок — толщина последних была с тонкий карандаш. Гангренозные кишки выведены в рану; смерть вскоре после операции.

Послеоперационный исход при завороте тонких кишок зависит от многих обстоятельств. Главные из них — это время, протекающее с мо-

заболевания до операции, и состояние кишки, участвующей в процессе. Зависимость между послеоперационным исходом и длительностью заболевания видна из таблицы 2, которая показывает, что процент выздоровлений больных, оперированных в первые сутки заболевания, равен 71,4, тогда как процент выздоровлений больных, поступивших в течение вторых суток, снизился до 20.

Заворот сигмовидной кишки. Особенностью заворота сигмы является более благоприятный исход в случаях, оперированных в более поздней стадии заболевания, что видно из нижеприведенной таблицы.

Т а б л и ц а 3. Заворот сигмовидной кишки

Время поступления и день операции	Число больных	Послеоперационный исход	
		выздоровели	умерли
1-е сутки	6	5	1
2-е »	8	6	2
3-е »	4	3	1
4-е »	5	3	2
5-е »	1	1	—
После 5 суток	1	1	—
Всего	25	19	6
В %	100	76	24

Из 25 больных с заворотом сигмы выздоровело 19, что составляет 76%. Из этого видно, что смертность при завороте прямо пропорциональна высоте заворота. Это находится в противоречии с тем, что в тонких кишках находится больше бактерий, которые могут проникать через измененную стенку толстой кишки и вызывать перитонит. Последнее обстоятельство лишний раз доказывает, что главной причиной смертности при кишечной непроходимости является отравление организма, а не перитонит. Известно, что наиболее интенсивное всасывание происходит в тонких кишках, поэтому и опасность интоксикации при завороте тонких кишок больше. Степень заворота также влияет на послеоперационный исход: чем больше заворот, тем больше смертность.

Оперативное лечение при завороте сигмовидной кишки заключалось в следующем: раскручивание заворота применено в 4 случаях, раскручивание и пришивание к передней стенке живота — 14 раз, резекция сигмы — 3 раза, операция Гаген-Торна — 1 раз, наложено соустье по Троянову — 1 раз и наложен каловый свищ 2 раза. Из 6 больных 2 умерли после простого раскручивания, 3 после пришивания к передней стенке живота и 1 больной умер после резекции сигмы.

Заворот слепой кишки. С заворотом слепой кишки у нас было 3 больных. Двое больных поступили в клинику на 3-ий и третий больные на 5-е сутки с момента заболевания. В 2 случаях сделано раскручивание заворота, оба больных выздоровели, третьему больному омертвевшей кишки сделана резекция последней. Больной умер. Вывести процент смертности на основании 3 случаев нельзя.

Общий процент смертности при всех видах заворотов у нас составил 45,2.

Механизм заворота слепой кишки гораздо сложнее, чем заворота сигмы или тонких кишок. Одним из наиболее важных причинных моментов следует считать наличие общей с подвздошной кишкой брыжейки, обеспечивающей чрезмерную подвижность слепой кишки. Встречается в 10—30% случаев. Кроме наличия общей брыжейки, существуют

еще и другие причинные моменты и предрасполагающие факторы. К последним можно отнести воспалительные изменения брыжейки, увеличение размеров слепой кишки и пр. Последнее обстоятельство связано с приемом грубой пищи, вызывающей вздутие кишок, чем и объясняется то, что крестьяне чаще заболевают этой формой заворота.

4. **Внедрение.** С внедрением кишок у нас было 18 больных, что составляет 13,1% общего числа больных с кишечной непроходимостью. В иностранных статистиках инвагинации занимают около 30% всех вдов илеуса и встречаются там преимущественно в детском возрасте. По данным наших авторов, инвагинации кишок встречаются реже (от 4,8 17%) и чаще наблюдаются после 20-летнего возраста. 81% наших больных был старше 20 лет. В зависимости от локализации внедрения у нас наблюдались следующие виды инвагинации: илеоцекальных 10, инвагинаций толстых кишок 6 и тонких 2.

К причинным моментам, вызывающим илеоцекальную инвагинацию относятся: сохранение слепой кишкой подвижности за счет наличия у нее общей с подвздошной кишкой брыжейки, несоответствие диаметров тонких и толстых кишок, заставание в слепой кишке каловых масс и пр. Перрин и Линдау в качестве теории, объясняющей острые случаи инвагинации у детей, выставляют набухание богато развитой в детском возрасте лимфоидной ткани в нижнем отделе подвздошной кишки. Во время воспаления желудочно-кишечного канала лимфоидная ткань набухает и действует как инородное тело, которое проксимальный отрезок кишки стремится протолкнуть, что и приводит к внедрению подвздошной кишки в слепую.

Оказано следующее оперативное пособие: простая дезинвагинация, сделана 10 раз, резекция инвагината 5 раз, межкишечное соустье 2 раза и наложение калового свища 1 раз. Время поступления больных в клинику и послеоперационный исход видны из следующей таблицы.

Т а б л и ц а 4. Инвагинации

Время поступления и день операции	Число случаев	Послеоперационный исход	
		выздор- овели	умерли
1-е сутки	2	2	—
2-е »	3	3	—
3-и »	2	1	1
4-е »	3	2	1
5-е »	3	2	1
Позже 5 суток	5	1	4
Всего	18	11	7
В %	100	61,1	38,9

Из 18 больных выздоровели 11 (61,1%) и умерли 7 (38,9%). Самые случаи относятся к больным, поступившим позже 2 суток с момента заболевания.

5. **Непроходимость на почве внутреннего ущемления.** С этим видом непроходимости кишечника было 2 больных. В одном случае была непроходимость на почве ущемленной паховой грыжи, диагноз до операции не был поставлен. После операции больной умер от перитонита. В другом случае непроходимость была вызвана ущемлением сигмовидной кишки в отверстии диафрагмы, появившемся после ранения. Приведу кратко историю болезни.

Больной М. С., 38 лет, поступил в клинику 13.III.1924 с жалобой на внезапно начавшие боли в животе, которые длились 2 дня и сопровождались задержкой газов и постоянной рвотой. Боли затем сосредоточились в левом подреберье, до того имелась опухоль, появившаяся после ранения на фронте. Указаний на повреждение органов брюшной полости не имеется. Сердце — норма, живот вздут, болезненный. С левой стороны грудной клетки по передней подмышечной линии между IX и X ребрами имеется опухоль величиной с куриное яйцо, болезненная. В центре опухоли рубец кожи в 5 см длины от бывшего ранения. Перкуссия грудной клетки дает притупление над нижней долей левого легкого; при выдыхании влажные хрипы. При операции найдено ущемление сигмовидной кишки в перистальти диафрагмы. После рассечения ущемляющего кольца извлечена омертвевшая кишка. Сделана резекция кишки. Отверстие в диафрагме зашито. Больной выздоровел.

2. Непроходимость на почве копростазов и глистов. Последние 2 вида кишечной непроходимости разнятся друг от друга тем, что при глистной непроходимости к симптомам самой непроходимости могут присоединиться и явления интоксикации. У нас было 12 больных с копростазом и 1 больной с глистной непроходимостью. При копростазе в обоих случаях непроходимость была устранена путем раздавливания закупоривающего комка. Один больной выздоровел, а другой умер от воспаления легких. Больной с непроходимостью на почве глистов произведена энтеротомия, удален клубок аскарид, больная поправилась. Лечение глистной непроходимости лучше всего оперативное, так при консервативном лечении около $\frac{2}{3}$ больных погибает, оперативное же лечение дает излечение в 70% случаев.

Кишечная непроходимость может быть вызвана каловым камнем или глистами даже в тех случаях, где размеры закупоривающего предмета не мешают просвету кишки. Объясняется это тем, что главной причиной непроходимости в таких случаях является стойкое судорожное сокращение мышц в месте нахождения камня или глистов. Следовательно, в этих случаях наблюдается сочетание судорожной непроходимости с закупоркой кишки, причем камень и глисты раздражают стенку кишки и вызывают спазм. Этим и объясняется, что в некоторых случаях глистной непроходимости при операции находят 1—2 аскариды. Примером такого кишечной непроходимости является и наш случай, описанный в отделе динамической непроходимости, где при операции обнаружены 2 аскариды.

3. Невыясненные случаи. В эту группу входят 3 больных, выздоровевших по поводу непроходимости и у которых во время операции не было обнаружено видимой причины непроходимости. Все эти больные выздоровели.

Послеоперационный исход: при всех видах кишечной непроходимости получили 62,3% выздоровлений и 37,7% смертности (из 138 больных выздоровели 86 и умерли 52). У других авторов процент смертности близок к нашему. У Соловьева смертность равна 36%, у Шолкова — 37%, у Склярова — 40%, у Перельмана — 46%. Эти цифры показывают, что смертность при кишечной непроходимости продолжает оставаться высокой.

В отношении распознавания кишечной непроходимости клиника придерживается следующего метода. Всем больным с подозрением на непроходимость ставится сифонная клизма: недержание воды в прямой кишке почти полностью решает распознавание при завороте сигмовидной кишки. Никаких наркотических средств во избежание затемнения клинической картины мы не применяем. Считаем вполне показанным подопное введение атропина. Предоперационной атропинизацией больных мы достигаем двоякой цели: во-первых, после введения атропина могут возникнуть явления непроходимости, зависящие от спазма кишечника, и, во-вторых, предварительная атропинизация сокращает срок пареза кишечника в послеоперационном периоде.

Дифференциальная диагностика между кишечной непроходимостью и другими острыми хирургическими заболеваниями, а также между отдельными видами непроходимости основывается на общеизвестных симптомах. При постановке диагноза принимаются во внимание как анамнестические данные, так и данные объективного исследования. При невозможности проведения дифференциальной диагностики между кишечной непроходимостью и аппендицитом до операции последняя выполняется в таком порядке. Сначала делается аппендикулярный разрез через точку Мак-Бурнея, осматривается червеобразный отросток и в случае отсутствия изменений в отростке делается второй разрез по средней линии выше и ниже пупка с расчетом, чтобы в случае надобности можно было продлить разрез и осмотреть всю брюшную полость. Операции при кишечной непроходимости в большинстве случаев производятся под эфирным наркозом. Во время операции стараемся избегать излишнего выведения кишечника, так как это не может не отразиться на послеоперационном течении.

После устранения причины непроходимости возникает вопрос, что делать с кишечником, переполненным жидким содержимым и газами. При невозможности закрытия брюшной полости вследствие затруднительности выправления раздутых кишечных петель кишечное содержимое необходимо удалить. Совершенно иначе стоит вопрос тогда, когда содержимое кишечника удаляется с целью понижения всасывания из кишки. Опыты Левена, произведенные на собаках и кроликах, показывают обратное. Этот автор получал у здоровых животных после выдавливания кишечного содержимого понижение кровяного давления, которое, однако, скоро возвращалось к норме. У животных с непроходимостью тонких кишок после выдавливания кишечного содержимого кровяное давление падало и долгое время оставалось на низких цифрах, в части случаев дело кончалось смертью животных. На основании этих опытов Левен приходит к заключению, что при кишечной непроходимости выжимание кишечного содержимого необходимо ограничить.

Наша клиника в этом отношении придерживается такого метода. При непроходимости толстых кишок в прямую кишку вводится газоотводная трубка, через которую во время операции осторожно выдавливаются содержимое и газы. При непроходимости тонких кишок жидкое содержимое и газы из приводящего отрезка удаляются при помощи троакара. При большом количестве содержимого и газов, во избежание лишнего травмирования стенки кишки, прокол делается в нескольких местах.

Теперь кратко остановимся на ведении послеоперационного периода у больных с кишечной непроходимостью. Характер лечебных мероприятий в послеоперационном периоде у нас вытекает из взгляда на причину смерти при кишечной непроходимости. Среди причин, ведущих к смерти при непроходимости, большое значение мы придаем шоку. К шоку приводит самоотравление организма в результате всасывания продуктов распада белков. Так как шок зависит от количества поступивших из кишечника в организм токсинов, то, естественно, мы должны стремиться к понижению всасывания. Экспериментальные исследования, произведенные мною на животных, показали, что всасывание из кишки может быть понижено путем воздействия на коллоидно-осмотическое давление крови. Этого можно достигнуть при помощи внутривенного введения дистиллированной воды, раствора лимоннокислого натрия, вероятно, еще ряда других веществ. Поэтому с начала 1935 г. после экспериментальной проверки на животных, клиника стала пользоваться внутривенным вливанием дистиллированной воды. Всякому больному с кишечной непроходимостью перед операцией внутривенно вводится дистиллированная вода: взрослым от 100 до 150 см³, детям от

1. Следующие вливания производятся на 2-й и 4-й день после операции. В среднем делается 2—3 вливания. В результате такого лечения послеоперационный период у больных протекает значительно легче: образование газов и перистальтика у большей части больных появляются к концу первых суток, и только у некоторых больных газы и перистальтика появляются после второго вливания, т. е. в течение 2-х суток. Давать более подробное теоретическое обоснование применения дистиллированной воды мы здесь не будем, так как об этом уже сказано в экспериментальной работе о кишечной непроходимости.

В других лечебных средств до 1935 г. мы широко пользовались внутривенным введением гипертонического раствора поваренной соли. Нашего опыта с переливанием крови при лечении кишечной непроходимости мы не имеем, с теоретической же точки зрения считаем его показанным. Известно, что при кишечной непроходимости наблюдается повышение коллоидно-осмотического давления и вязкости крови, ведущее к перегрузке сердца, которая после переливания крови должна еще больше увеличиться. Кроме того, при повышении коллоидно-осмотического давления крови жидкость будет усиленно поступать из кишечника в кровь, что еще больше усилит отравление. Следовательно, все повышающие коллоидно-осмотическое давление крови, не должны применяться при лечении кишечной непроходимости. С другой стороны, следует также отметить положительные результаты, получаемые некоторыми авторами от переливания крови при кишечной непроходимости. Нельзя ли эти положительные результаты объяснить действием лимоннокислого натрия, который, как известно, служит для конствлирования крови?

В ы в о д ы

1. Наиболее частой формой кишечной непроходимости, согласно нашим данным, являются завороты кишечника.

2. Что касается частоты заворотов разных отделов кишечника, то в нашем материале более часто наблюдались завороты тонких кишок, завороты сигмовидной кишки и, наконец, завороты слепой кишки.

3. На 2-м месте по частоте стоит непроходимость кишечника на почве спайки и спаек, на 3-м — внедрение кишок, на 4-м — непроходимость кишечника опухолей, рубцов и сужения кишок, затем идут остальные виды кишечной непроходимости.

4. Смертность при кишечной непроходимости как по литературным данным, так и по данным нашей клиники все еще продолжает оставаться высокой.

5. Высокая смертность при кишечной непроходимости зависит от позднего обращения больных за хирургической помощью, а также от неактивной борьбы с теми изменениями, которые происходят в организме при непроходимости.

6. Из всех причин, ведущих к быстрой смерти при острой кишечной непроходимости, главной является шок.

7. Ключ к снижению смертности при кишечной непроходимости лежит в ранней операции и в активной борьбе с явлениями шока.

8. Самым лучшим средством борьбы с шоком при кишечной непроходимости, как показали наши экспериментальные исследования и клинические наблюдения, является внутривенное вливание дистиллированной воды.