

В. М. ВЕЛИЧЕНКО

(Клиника госпитальной хирургии. Директор — проф. Н. Б. Олешкевич)

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Мы поставили своей задачей дать сжатый анализ клинических проявлений и результатов лечения острой непроходимости толстого кишечника у 112 больных, находившихся на излечении в хирургических клиниках Витебского медицинского института за период с 1946 по 1953 г. При этом анализу подвергаются только те случаи заболевания, где консервативные методы лечения оказались неэффективными и требовалось оперативное вмешательство, т. е. случаи острой механической непроходимости толстого кишечника.

Из 112 наблюдаемых нами больных было: 67 (59,8%) женщин, 41 (36,6%) мужчин и 4 (3,5%) детей.

Больные распределяются следующим образом:

Вид непроходимости	Количество больных	%
I. Странгуляционная непроходимость		
Заворот слепой кишки	18	16,1
Заворот сигмовидной кишки	42	37,6
Узлообразование	1	0,8
II. Обтурационная непроходимость		
Спаечная непроходимость	5	4,4
Инвагинация	31	27,7
Обтурация опухолью	13	11,6
Стриктура анастомоза	2	1,8
	112	100%

Среди общего количества больных, поступивших на лечение по поводу острой непроходимости толстого кишечника, наибольший удельный вес приходится на заворот сигмовидной кишки (37,6%), инвагинацию кишечника (27,7%), заворот слепой кишки (16,1%) и обтурацию кишечника опухолью (11,6%). У 2 больных мы имели непроходимость кишечника вследствие стриктуры анастомоза. Больному С. 3 месяца, а больному Б. 4 года тому назад была произведена резекция сигмовидной кишки по поводу заворота с наложением анастомоза «конец в конец».

При изучении заболеваемости по возрастам самое большое число больных приходится на возраст 40—70 лет. Однако при сопоставлении отдельных видов кишечной непроходимости с возрастными показателями наблюдаются некоторые особенности. Так, заворот сигмовидной кишки встречается наиболее часто в возрасте от 50 до 70 лет, заворот слепой кишки в возрасте от 30 до 50 лет, а инвагинация кишечника в возрасте от 20 до 40 лет.

Изучение клинических проявлений непроходимости толстого кишечника даст возможность дать определенную оценку некоторым симптомам заблуждения.

Ведущим симптомом у 98,2% наших больных являлись боли.

Рвота (однократная и многократная) была у 55,4% больных. Чем выше находилось препятствие, затрудняющее проходимость кишечника, тем чаще была рвота.

У 75,8% больных, имевших непроходимость толстого кишечника, наблюдалось вздутие живота с задержкой стула и газов. Только при более высоком уровне кишечной непроходимости, при завороте или инвагинации слепой кишки у больных иногда в небольшом количестве отходили газы и был стул из нижележащих отделов толстого кишечника. При завороте сигмовидной кишки (во всех 42 случаях) не отходили газы и кал, при пальцевом исследовании ампулы прямой кишки оказывалась пустой, была положительной водяная проба.

Симптом Валя отмечен при завороте слепой кишки в 6 случаях из 18, а симптом Кивуля только в 3 случаях. При завороте сигмовидной кишки симптом Валя определялся лишь в 9 из 42 случаев, а симптом Кивуля в 6 случаях. Надо полагать, что эти симптомы легко устанавливаются только в первые часы заболевания; в более позднем периоде их не так часто удастся определить, ибо раздутые рядом лежащие петли кишечника смазывают картину. Не случайно поэтому и 38,4% больных отмечалось наличие высокого тимпанита. Симптом Скаярова отмечен лишь у 8,9% больных. В 15% случаев был положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Изучение 31 больного с инвагинацией кишечника показывает, что у 28 больных (90,3%) инвагинация кишечника связана

с внедрением конечной части подвздошной кишки в слепую кишку и далее в восходящую или слепую кишку (без подвздошной) в восходящую и поперечно-ободочную. Кроме того, наблюдалось внедрение поперечно-ободочной кишки и нисходящего отдела толстой кишки в сигмовидную — 1 случай, внедрение селезеночного изгиба и нисходящего отдела толстой кишки в сигмовидную — 1 случай и внедрение начального отдела сигмовидной кишки в дистальную ее часть — 1 случай.

В 22 случаях (из 31) при инвагинации ясно пальпировалась опухоль. Кровь в кале была в 12 случаях, жидкий стул наблюдался 5 раз, нормальный стул — 2 раза и задержка стула — 9 раз. При непроходимости толстого кишечника на почве обтурации опухолью опухоль пальпировалась в 6 из 13 случаев.

Когда имелись колебания в диагнозе, весьма ценным вспомогательным методом исследования являлась обзорная рентгеноскопия брюшной полости: в 14 случаях острой непроходимости толстого кишечника, где этот метод был применен, всегда определялось большее или меньшее количество чаш Клойберга.

При поступлении больных, у которых имелись явления острой кишечной непроходимости, перед хирургом возникал вопрос о возможности ликвидации непроходимости кишечника консервативными методами лечения. При неполном завороте, копростазе восстановить проходимость кишечника во многих случаях удавалось при помощи сифонной клизмы. Если применение клизмы было не эффективно и водяная проба положительна, то это твердо убеждало нас в наличии заворота сигмовидной кишки. Для исключения динамической кишечной непроходимости широко применялась поясничная новокаиновая блокада по методу А. А. Вишневого, снимавшая явления непроходимости кишечника, обусловленные парезом или спазмом кишечника. Если же поясничная новокаиновая блокада не устраняла явлений кишечной непроходимости, то это, с одной стороны, укрепляло предположение о наличии механической непроходимости кишечника, а с другой — являлось базис-анестезией в предстоящей операции. Всем больным, поступившим на лечение, проводились противошоковые мероприятия.

Из 112 больных подверглось оперативному вмешательству 109 человек, не оперировано 3 больных: 2 по поводу заворота слепой кишки, которые в момент доставки находились в крайне тяжелом состоянии, и одна больная 66 лет отказалась от операции.

Патологоанатомический диагноз — непроходимость толстого кишечника у селезеночного угла на почве обильных спаек.

Из 109 оперированных больных умерло 38, что составляет 34,8% послеоперационной летальности.

Оперировано под местной анестезией (1/4% раствором новокаина) 59 больных, умерло 17 чел. (28,6%) и под эфирным наркозом 31 больной, умерло 11 чел. (35,4%).

Другие виды обезболивания применялись лишь у отдельных больных, поэтому каких-либо выводов о целесообразности того или иного вида обезболивания сделать невозможно.

Характер оперативного метода и исход заболевания представлен в следующей таблице:

Вид кишечной непроходимости	Характер оперативного вмешательства	Исход оперативного лечения		Всего
		Выздор. всего	Умерло	
Заворот слепой кишки—16 сл.	Резекция кишки	4	1	5
	Деторзие	6	5	11
Заворот сигмовидной кишки—42 сл.	Резекция кишки	9	11	20
	Деторзие	15	7	22
Узловобразование—1 сл.	Резекция кишки	—	1	1
Спаячная непроходимость—4 сл.	Рассечение спаек	3	1	4
Инвагинация—31 сл.	Резекция кишки	3	3	6
	Дезинвагинация	21	4	25
Обтурация опухолью—13 сл.	Резекция кишки	4	4	8
	Анастомоз	4	1	5
Непроходимость кишечника на почве стриктуры анастомоза—2 сл.	Резекция кишки	2	—	2
Итого . .		71	38	109

Как мы видим, со странгуляционной непроходимостью было оперировано 59 больных, причем резекция кишечника произведена 26 больным, из которых умерло 13. Деторзие сделано 33 больным, из которых умерло 12. При обтурационной непроходимости 16 больным (из 50) произведена резекция кишки, из них 7 больных умерло.

Таким образом, из 109 больных, оперированных по поводу непроходимости толстого кишечника, 42 больным (38,4%) произведена резекция кишечника, летальность при этом равнялась 47,6%.

У 67 больных операция ограничилась восстановлением проходимости кишечной трубки путем разворота заворота, расправлением инвагината, рассечением спаек и при этом летальность равнялась 27%.

При завороте сигмовидной кишки летальность велика не только после резекции кишки (55%), но также и после расправления заворота (36%). Из 15 больных, которым произведено расправление заворота сигмовидной кишки, умерло 7 человек. На патологоанатомическом вскрытии обнаружены участки омертвевшей кишки, перитонит. Следовательно, в 7 из 15 случаев хирург, производивший операцию, повидимому, ошибся в определении жизнеспособности кишки и не произвел резекцию кишки там, где она была показана. Надо полагать, что при осмотре сигмовидной кишки со стороны серозного покрова не было достаточных данных, свидетельствовавших о ее нежизнеспособности, тогда как со стороны слизистой и в сосудах имелись уже глубокие, необратимые, деструктивные изменения, завершившиеся в последующем омертвении всех слоев кишки и приведшие к развитию тяжелого перитонита.

При инвагинации толстой кишки (в абсолютном большинстве случаев слепой кишки) резекция не требовалась: из 31 случая инвагинации необходимость в резекции кишки была лишь в 6 случаях (из 6 оперированных больных умерло 3), в 25 случаях, где инвагинат был только расправлен, летальные исходы были отмечены в 4 случаях.

При завороте слепой кишки резекция кишки произведена 5 больным, при этом накладывался анастомоз между подвздошной и поперечно-ободочной кишками «бок в бок». При резекции сигмовидной кишки анастомоз всегда накладывался «конец в конец». Из 20 сделанных резекций в 2 случаях были наложены трехэтажные швы (1 больной умер), в 16 случаях — двухэтажные швы (10 больных умерло), в 2 случаях анастомоз кишки наложить не удалось, при этом дистальный конец кишки был наглухо зашит, а нисходящий отрезок кишки выведен в боковой разрез брюшной стенки в виде калового свища (оба больные остались живы).

Анализ результатов лечения больных острой непроходимостью толстого кишечника показывает, что тяжесть заболевания не всегда определяется возрастом больного и даже длительностью заболевания. Тяжесть заболевания и соответственно этому исход его зависит от механизма заворота, от тех нейротрофических и деструктивных изменений, которые развиваются в стенке кишки, от порочности обмена веществ и интоксикации организма.

При завороте толстого кишечника выбор оперативного вмешательства не может зависеть только от длительности заболевания или возраста больного. Здесь требуется сугубо индивидуальный подход с учетом местных изменений в стенке кишки и общего состояния организма.

Что касается инвагинации кишечника, то мы считаем необходимым производить более широко резекцию кишечника в случаях, где с момента заболевания прошло свыше 36 часов,

так как именно среди этой группы больных дезинвагинация дала значительное число летальных исходов (из 7 больных 2 умерло).

Проведение притивошоковых и дезинтоксикационных мероприятий в дооперационном и послеоперационном периоде по поводу кишечной непроходимости следует считать важнейшим звеном всего комплекса лечебных мероприятий.

В условиях нашей клиники мы придаем большое значение поясничной новокаиновой блокаде в предоперационном периоде как базису для местной анестезии. В ряде случаев до операции и обязательно во время операции производится внутривенное капельное переливание крови и противошоковой жидкости.

По окончании операции продолжалось капельное внутривенное введение физиологического раствора и 5% раствора глюкозы до 2—3 л. Применение сердечных средств и антибиотиков в послеоперационном периоде в значительной мере способствовало выздоровлению больных.

ВЫВОДЫ

1. Анализ 112 случаев острой механической непроходимости толстого кишечника показывает, что наибольший удельный вес приходится на заворот сигмовидной кишки (37,7%), инвагинацию кишечника (27,7%), заворот слепой кишки (16,1%) и обтурацию кишечника опухолью (11,6%).

2. Заворот сигмовидной кишки встречается наиболее часто в возрасте от 50 до 70 лет, заворот слепой кишки от 30 до 50 лет, а инвагинация кишечника в возрасте от 20 до 40 лет.

3. В случаях, где имеются колебания в диагнозе, весьма ценным вспомогательным методом исследования является обзорная рентгеноскопия брюшной полости. При дифференциальной диагностике между динамической и механической кишечной непроходимостью незаменимым и оправдавшим себя на практике методом является поясничная новокаиновая блокада по А. А. Вишневскому.

4. Хотя вид обезболивания при оперативных вмешательствах является правом выбора хирурга, однако литературные данные и наши наблюдения показывают, что при оперировании по поводу кишечной непроходимости имеется бесспорное преимущество местной анестезии перед другими видами обезболивания.

5. Выбор оперативного вмешательства не всегда определяется возрастом больного и длительностью заболевания. При этом следует учитывать как общее состояние больного, так и местные изменения в кишечной стенке и брыжейке.

6. При завороте сигмовидной кишки необходимо чаще производить резекцию, при деторзии мы имели 36% летальных исходов. Необходимо учитывать, что патологические изменения

слизистой кишки, а также в сосудах наступают раньше, чем это бывает заметно со стороны серозы. Поэтому при малейшем сомнении в жизнеспособности кишки показана резекция ее.

При гангрене сигмовидной кишки и общем тяжелом состоянии больного показано ушивание дистального отдела толстой кишки и выведение проксимального отдела кишки в виде калового свища.

7. Важнейшим звеном в лечении больных с острой кишечной непроходимостью является проведение всего комплекса противошоковых мероприятий как в предоперационном периоде, так во время операции и после нее. Очень важным лечебным мероприятием является поддержание солевого баланса в организме, применение сердечных средств и антибиотиков.
