

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. А. ПЕТУХОВ и Н. Г. ТАРЕЕВ

Кафедра госпитальной хирургии и областная больница

Несмотря на широкое изучение острой кишечной непроходимости (ОКН) как в клинике, так и в эксперименте, вопрос этот не может считаться решенным. Значительная частота и высокий процент летальности при ней привлекает внимание хирургов к совершенствованию диагностических приемов и изысканию решающих методов лечения.

В областной клинической больнице с 1952 г. по 1968 г. находилось на лечении 690 больных с ОКН. Оперативному лечению подверглось 419 человек, что составляет 60,7% общего количества больных. Поскольку 271 больной не были подвергнуты оперативному вмешательству, то эти больные из описания исключаются. Следовательно, анализу мы подвергаем 419 больных. Мужчин было 262, женщин — 157.

Наибольшее количество больных (64,4%) были в возрасте от 20 до 60 лет, то есть в наиболее трудоспособном возрасте. Дети до 14-летнего возраста составили 12% общего количества больных. С 1964 года эти больные госпитализируются в детское отделение больницы им. Калинина.

По социальному положению наши больные распределялись так: колхозники и их семьи — 168, рабочие и их семьи — 180, служащие и их семьи — 71.

С механической непроходимостью было 406, с динамической — 13. Наиболее частым видом кишечной непроходимости были: заворот кишок — 145 (34,6%), непроходимость на почве спаек и тяжей — 134 (32%), затем инвагинация кишок (15%), непроходимость на почве копростазов и глистов (5,7%) и узлов образования (5,3%). Остальные виды кишечной непроходимости наблюдались значительно реже.

В первые 12 часов от момента заболевания поступило 146 человек (34,8%), от 12 до 24 часов — 141 человек (33,7%), поз-

за 24 часов — 132 человека (31,5%). Эти цифры показывают, что подавляющее большинство больных (65,2%) госпитализируются позже 12 часов от начала заболевания, то есть в поздней стадии болезни. Следовательно, своевременная госпитализация больных с ОКН до сих пор остается актуальной проблемой.

Диагностика ОКН у нас базируется на анамнезе и данных объективного исследования. При опросе больных мы придаем особое значение характеру болей, которые в основном бывают приступообразными. Этот симптом у нас зарегистрирован у 98% больных, жалобы на задержку стула и газов у 90% больных, вздутие живота у 82%, усиленная перистальтика была выявлена у 60% больных, причем чаще она носила характер переливания жидкости и реже шума падающей капли. Необходимо отметить, что усиленная перистальтика относится к числу сравнительно ранних симптомов ОКН.

Рвота отмечена в 67%, притом в начале болезни. Рвотные массы состоят из желудочного содержимого, а в более поздний период — содержимого тонкого кишечника.

Шок в той или иной степени встретился у 65% больных, причем наиболее тяжело он протекал при обширных заворотах и узлообразованиях. При других видах кишечной непроходимости шок наблюдался редко или протекал значительно легче.

Из других симптомов ОКН мы констатировали симптомы Валя, Кивуля, Бейера, Склярова. Приведенные симптомы являются общими для всех видов ОКН, однако для каждого вида ОКН имеются свои характерные. Так, например, при инвагинации наблюдаются ложные позывы на стул, наличие кровянистых испражнений, при илеоцекальной инвагинации бывает положительный симптом Данца. Для заворота сигмовидной кишки характерно наличие положительной водной пробы (симптом Цейге фон Мантейфеля). При завороте тонких кишок метеоризм занимает преимущественно средний отдел живота, тогда как при завороте сигмовидной и слепой кишок наблюдается общий метеоризм. Температура в ранней стадии ОКН обычно бывает нормальной, а при наличии шока — ниже нормы. В этих случаях этот симптом помогает при дифференциальной диагностике с заболеваниями воспалительного характера. При развитии перитонита температура повышается и тогда этим симптомом нельзя пользоваться при дифференциальной диагностике с теми же заболеваниями.

Заключительным диагностическим методом при ОКН является рентгенологическое исследование. Этот метод исследования незаменим у детей, у которых не всегда удается собрать анамнез и произвести объективное исследование. Рентгенологическое исследование дает положительные результаты почти у 100% больных. При этом следует помнить, что рентгенологическое исследование должно производиться

до клизмы, так как введенная вода может симулировать «уровни жидкости».

В процессе работы нами выработана следующая тактика по отношению к больным с ОКН. Больным, находящимся в удовлетворительном состоянии, сначала проводится консервативное лечение; при отсутствии надлежащего эффекта принимается оперативное вмешательство. Больным, поступившим в тяжелом состоянии, применяются противошоковые мероприятия, а затем они оперируются.

Всем больным с ОКН, как правило, производится двухсторонняя паранефральная новокаиновая блокада. При динамических формах кишечной непроходимости блокада носит лечебный характер, при механической непроходимости она уточняет диагноз. Никаких наркотических средств во избежание затемнения клинической картины мы не применяем, вместе с тем считаем вполне показанным подкожное введение атропина. Предоперационная атропинизация больных полезна в двух отношениях: во-первых, после применения атропина могут пройти явления кишечной непроходимости, зависящие от спазма кишечника, и, во-вторых, предварительная атропинизация сокращает срок пареза в послеоперационном периоде.

У нас применялись следующие методы обезболивания: местная анестезия по методу А. В. Вишневого—188 (44,9%), эфирный наркоз—132 (31,5%) больных, комбинированное обезболивание—у 43 больных (10,3%). За последние 7 лет все больные с ОКН оперируются под интубационным эфирно-кислородным наркозом с применением релаксантов и управляемым дыханием. Под этим видом обезболивания оперировано 46 больных (11%).

Брюшная полость вскрывалась по средней линии живота выше и ниже пупка. Объем оперативного вмешательства на желудочно-кишечном тракте зависел от тяжести больного, вида кишечной непроходимости и состояния кишечника. Сигмовидную кишку мы почти всегда резецируем, причем ослабленным больным временно накладываем каловый свищ. Последний нами ликвидируется после выздоровления больного от кишечной непроходимости. Если не удается соединить оставшиеся отрезки сигмовидной кишки, мы выполняем операцию илеоколопластики по способу профессора В. М. Величенко.

Операции при ОКН нами производятся при одновременном переливании крови и ее заменителей. В послеоперационном периоде лечебные мероприятия направляются по линии профилактики перитонита, легочных осложнений, уменьшения интоксикации, нормализации нарушенного обмена: белкового, углеводного и водно-электролитного.

В профилактике перитонита и легочных осложнений большую роль играет тщательное осушивание брюшной полости и

применение антибиотиков как местно, так и путем внутримышечного введения. За последний год с целью дезинтоксикации в некоторых случаях мы применяли неокомпенсан, от которого получили хорошее впечатление.

Борьба с интоксикацией ведется при помощи переливания крови и ее заменителей. К числу эффективных средств против интоксикации относится также постоянное отсасывание желудочного содержимого тонким зондом, введенным через нос. В целях восстановления нарушенного белкового, углеводного и водно-электролитного обменов нами применяются белковые препараты, глюкоза, инсулин, кровозамещающий раствор, внутривенное введение физиологического и гипертонического растворов хлористого натрия. В комплексе лечебных мероприятий при кишечной непроходимости необходимым является назначение сердечных средств, витаминов, полноценного питания, а также тщательный уход за больным.

В послеоперационном периоде у наших больных наблюдались следующие осложнения: перитонит — у 79 больных (18,8%), нагноение операционной раны — у 30 больных (7,1%), воспаление легких — у 23 больных (5,5%), шок — у 9 больных (2,1%).

Непосредственные результаты оперативного лечения больных с ОКН у нас представляются в следующем виде: из 419 больных выздоровели 339 (80,7%) и умерли 80 больных (19,3%). Следовательно, послеоперационная летальность при всех видах кишечной непроходимости равна 19,3%. Причиной смерти явились следующие осложнения: перитонит — 50 больных (62,5%), интоксикация — 23 (28,7%), шок — 4, прочие осложнения у 3 больных. Из этих данных следует, что снижение послеоперационной летальности при ОКН прежде всего должно идти по линии профилактики и лечения перитонита. Затем необходимо также лечебные мероприятия направлять на борьбу с интоксикацией организма. Самая высокая летальность наблюдалась при узлообразовании — из 22 больных умерли 8, при завороте кишечника летальность составляет 23,4%, при инвагинации — 14,2%, при непроходимости на почве спаек и тяжей — 11,2%. При остальных видах кишечной непроходимости из-за небольшого количества наблюдений вывести процент летальности не представляется возможным.

Для улучшения непосредственных результатов оперативного лечения ОКН необходимо направить борьбу на более раннюю госпитализацию больных, своевременную диагностику, усовершенствование оперативной техники, тщательную подготовку больных к операции и лечение в послеоперационном периоде; на разрешение проблемы профилактики перитонита и послеоперационных сращений, являющихся частой причиной неудовлетворительных отдаленных результатов.
