

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ УЗЛАМИ ЗА ДЕСЯТЬ ЛЕТ

Доцент А. Я. МИТРОШЕНКО

Кафедра общей хирургии (зав. — доцент А. Ч. Митрошенков).

За период с 1947 по 1956 год в хирургических отделениях Витебской областной клинической больницы мы имели возможность наблюдать 27 больных с непроходимостью кишечника на почве узлообразования. Из их числа один умер до операции, а 15 — после операции. Эта большая летальность при кишечном узле заставляет нас произвести более углубленный анализ наблюдаемых нами больных с этим заболеванием, выявить ошибки и дефекты в лечении и целях предупреждения повторения их.

Впервые кишечные узлы были описаны в прошлом столетии анатомами Грубером и Кюттнером на основании секционного материала.

В 1936 г. И. М. Рохкинд на VI Украинском съезде хирургов доложил о 220 кишечных узлах, собранных из мировой литературы. В это число включены 104 случая, описанные в нашей отечественной литературе.

В 1938 г. И. М. Рохкинд на Ленинградской областной конференции по острой кишечной непроходимости доложил уже о 429 кишечных узлах, из которых в СССР было 283 наблюдения.

Это резкое увеличение за два года кишечных узлов следует объяснить увеличившейся осведомленностью советских хирургов об этом виде кишечной непроходимости, возросшей хирургической активностью и лучшим учётом.

Кишечный узел — такая форма кишечной непроходимости, при которой два отдела кишечника заворачиваются один вокруг другого, образуя самый настоящий узел со сдавлением брыжейки и нарушением кровообращения в кишках, принимающих участие в образовании узла.

Кишечный узел образуется чаще между петлями тонкого кишечника и сигмовидной кишкой, реже между петлями тон-

кого кишечника и слепой кишкой, еще реже только между петлями тонкого кишечника, очень редко между петлями тонкого кишечника и червеобразным отростком, или меккелевым дивертикулом, между слепой и сигмовидной кишкой и между беременной маткой и петлями тонкого кишечника.

Характер наблюдаемых нами кишечных узлов представлен в таблице 1.

Таблица 1

Х а р а к т е р у з л а	Количество больных	Из них умерло	
		до опе- рации	после опера- ции
Петли тонкого кишечника и сигма	23	1	13
Петли тонкого кишечника и червеобразный отросток	2	—	1
" " " и петли тонкого кишечника	1	—	—
" " " и слепая с восходящ.	1	—	1

В тех случаях, когда в узлообразовании принимает участие сигма, последняя может быть расположена своей выпуклой частью или в верхнем отделе брюшной полости или в малом тазу.

Как в первом, так и во втором случае между основанием сигмы и передней брюшной стенкой или позвоночником получаются щели, куда может попасть петля тонкого кишечника. Вследствие перистальтики этой петли, отводящий отрезок начинает вытягиваться в петлю узла до тех пор, пока фиксированный у места впадения в слепую кишку конечный отрезок подвздошной кишки не остановит процесса завязывания узла (Вильмс — Wilms).

Из 27 больных с кишечным узлом мужчины были 17, женщины — 10. Жителей сельской местности — 20, города — 7.

Возраст больных:

8 месяцев	1;	от 41 до 50 лет	— 5;
18 лет	— 1;	от 51 до 60 лет	— 8;
от 21 до 30 лет	— 3;	от 61 и старше	— 4.
от 31 до 40 лет	— 5;		

За последние годы заметно увеличилась хирургическая активность в отношении больных раннего детского возраста. Из указанных выше данных видно, что такой вид кишечной непроходимости, как кишечный узел, может иметь место и у детей до одного года, но наибольшее количество больных с кишечными узлами падает на возраст от 51 до 60 лет.

Распределение больных по годам и исходам оперативного лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Лечение и исход	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	Итого
Оперировано	3	5	2	3	4	2	2	1	2	2	26
Из них умерло	3	5	1	1	1	2	0	0	0	2	15

Из таблицы 2 видно, что наибольшее количество узлообразований было в годы продовольственных затруднений послевоенного периода.

Диагноз узлообразования труден и чаще его ставят только на операционном, а иногда только на секционном столе.

Наблюдаемые нами 27 больных были направлены в больницу со следующими диагнозами:

непроходимость кишечника	14;
острый аппендицит	— 2;
заворот сигмовидной кишки	— 1;
перфорация язвы желудка	— 1;
почечно-каменная болезнь	— 1;
без диагноза	8.

В больнице до операции были поставлены следующие диагнозы:

кишечная непроходимость	— 18;
перфорация язвы желудка	1;
тромбоз брыжеечных сосудов	— 1;
заворот сигмовидной кишки	2;
острый аппендицит	1;
инвагинация	2;
кишечный узел	— 2.

Из приведенных выше данных видно, что из 27 больных ни один не получил направления в больницу с диагнозом кишечный узел и только у двух больных из 27 диагнозы — кишечный узел — были поставлены до операции в больнице.

Ф. М. Данович анализирует 33 больных с кишечными узлами, оперированных 17 хирургами за 15 лет с летальностью 39,4% и ни в одном случае правильный диагноз до операции не был поставлен.

Все это дает основание несколько подробнее остановиться на диагностике этого заболевания.

Кардинальным признаком кишечного узла следует считать боль. У наших больных она являлась стопроцентным признаком. Боли появлялись сразу без предвестников и без всякой

видимой причины. Больные просыпались от боли среди глубокого сна, боли скручивающиеся, сдавливающие, иногда распирающие, располагающиеся часто глубоко внизу живота. Боль заставляла человека бросать работу, он не находил себе места, больные вынуждены были часто менять положение. Боли, как правило, сопровождалась криком, тошнотой, иногда рвотой. Следует помнить, что этот период острых болей не длительный. Через 10—12 часов от начала заболевания присоединяются явления шока и даже коллапса, и кажущееся успокоение больного окружающими, а иногда и медработниками истолковывается как признак улучшения в состоянии больного. Последнее дает «право» врачам на консервативное, выжидательное лечение, и это нередко приводит к неминуемой смерти больного.

Вторым кардинальным признаком кишечного узла у наших больных была задержка стула и газов. Этот признак был стопроцентным при узлообразовании с участием сигмовидной кишки, при других же видах кишечного узла этот признак в последующем становился постоянным.

Третьим признаком кишечного узла следует считать рвоту. Рвота необильная, желудочным содержанием, часто с примесью желчи. Если при других видах запущенной кишечной непроходимости рвотные массы часто приобретают каловый запах, то при кишечном узле до этого не доходит и больные гибнут значительно раньше, чем при других видах кишечной непроходимости.

Четвертым признаком следует считать ограниченный метеоризм, часто с некоторой деформацией живота. Этот признак может дать некоторые указания на локализацию препятствия. Ограниченный метеоризм вначале обуславливается раздутием одной, двух или трех петель тонкого кишечника, в дальнейшем он захватывает большую часть кишечника и теряет свое диагностическое для кишечного узла значение. У некоторых больных признак ограниченного метеоризма маскируется наличием развитого жирового слоя.

Пятым признаком является видимая перистальтика кишечника. Иногда она заметна с первого взгляда, но чаще после некоторого наблюдения и раздражения брюшной стенки массажем или лёгким поколачиванием. Следует помнить, что и этот признак может быть выявлен только в первые часы заболевания. С появлением пареза и быстро развивающегося в дальнейшем паралича кишок, никакие раздражения брюшной стенки не способны уже восстановить угасшую двигательную функцию кишки.

В начале заболевания часто удается обнаружить отсутствие напряжения мышц брюшного пресса, а на месте прилегания раздутых петель кишечника при пальпации брюшного

пресса можно определить некоторое эластическое сопротивление. В остальных местах брюшной пресс может быть мягким и только в дальнейшем наблюдается вздутие без напряжения мышц брюшного пресса, но с растяжением его раздутыми отделами кишечника.

Шестым признаком кишечного узла следует считать раннее образование в брюшной полости выпота, который быстро приобретает геморрагический характер, вследствие нарушения кровообращения в значительной части кишечника. Как правило, выпот определяется в первые часы заболевания.

Для диагностики кишечного узла ценны также данные, полученные при аускультации живота, особенно если она проводится тщательно и продолжительно. Этим методом можно обнаружить шумы различной высоты: то характера лопающихся пузырьков, то протяжные, то обрывающиеся. Появление этих перистальтических шумов соответствует перистальтическому сокращению кишки и наступлению приступообразных болей.

Следует придавать значение симптому «шум плеска», который указывает на наличие перерастянутой или парализованной кишки, наполненной жидкостью и газами. Этот симптом наблюдается часто при других видах кишечной непроходимости, при кишечном же узле мы наблюдали его редко.

Тяжесть больных с кишечным узлом, быстрое течение этой формы кишечной непроходимости ограничивало применение рентгенологического метода исследования при узлообразовании. У двух наших больных при обзорной рентгеноскопии брюшной полости свободного газа и чаш Клойбера не было обнаружено, но во время операции у одной больной был обнаружен узел между петлями тонкого кишечника и червеобразным отростком с гангреной как участка тонкого кишечника, так и червеобразного отростка. В другом нашем наблюдении был узел между сигмовидной кишкой и петлями тонкого кишечника. Е. А. Пчелина пишет, что наличие уровней жидкости в тонкой кишке, наряду с раздутой, расклатуженной не на совсем обычном месте, почти лишенной гаустр толстой кишки, в сочетании с клиническими данными дало ей возможность в одном из четырех наблюдений рентгенологически предположительно поставить диагноз кишечного узла между петлями тонкого кишечника и сигмовидной кишки.

Профессор Ю. Ю. Джинелидзе предлагал различать три стадии острой кишечной непроходимости. Первая стадия характеризуется тем, что кишка сохранила еще свою двигательную функцию и ведет борьбу с препятствием. При второй стадии наблюдается ослабление мышечной функции кишечника,

лежащего выше препятствия. В этой стадии клиника несколько ступенчается и развивается картина общего отравления и инфекции. Третья, терминальная, стадия представляет собой картину далеко зашедшего общего отравления организма.

Эти три стадии мы учитывали и при таком виде кишечной непроходимости, как кишечный узел. Нельзя не отметить, что длительность этих стадий при кишечном узле резко укорочена, и в некоторых случаях она не превышает одних суток. В одном из таких наблюдений кишечный узел между тонким кишечником и сигмовидной кишкой привел к смерти больного через 17 часов с начала заболевания. Оперативное вмешательство этому больному не успели произвести, и диагноз кишечного узла с гангреной части тонкого кишечника и сигмовидной кишки был установлен при вскрытии.

Несколько слов о значении лабораторных исследований при кишечном узле. Мандор считал нецелесообразным терять время на исследование крови и определение хлоридов при острой кишечной непроходимости. В противоположность этому П. Н. Демидова утверждает, что эти исследования имеют диагностическую ценность и выражаются в значительном эритроцитозе, увеличении гемоглобина до 120%, лейкоцитозе, значительном сдвиге нейтрофилов влево, эозинофилии, лимфопении и моноцитозе. П. Н. Демидова пишет, что эти изменения находятся в зависимости от стадии кишечной непроходимости. Выше я указывал, что при кишечном узле переход из одной стадии в последующую происходит очень быстро, а поэтому нужно иметь в виду, что лабораторные данные могут изменяться на протяжении 12—24 часов. Так, при первой стадии, где ведущим симптомом была боль, мы наблюдали лейкоцитоз с умеренным сдвигом влево. При второй стадии, когда развивается интоксикация, мы наблюдали лейкоцитоз со значительным сдвигом влево, уменьшение или полное отсутствие эозинофилов. При третьей стадии, когда развивался геморрагический выпот на почве гангрены компонентов узла, мы наблюдали лейкопению с еще более тяжелой картиной крови.

Из сказанного о клинике кишечного узла следует, что картина при этом заболевании довольно разнообразна и быстро меняется. Нужно по несколько раз осматривать больного и, сидя у его постели по 10—15 минут, наблюдать за поведением в момент приступа. Эти частые осмотры и наблюдения за больным помогают своевременно распознать такое тяжелое заболевание, как кишечный узел, и произвести своевременно соответствующее оперативное лечение.

Казалось бы, что в учебниках по оперативной и частной хирургии можно было бы найти описание техники операции при узлообразовании, но в действительности в этих руководствах об этом ничего не написано.

Техника развязывания узлов между петлями тонкого кишечника и сигмовидной кишкой описана в 1915 году Н. С. Лисовской. С некоторыми изменениями мы пользовались теми же приемами, а именно: сразу же после вскрытия брюшной полости выводили раздутые и часто омертвевшие петли кишечника. Если вздутые живота было больше в верхнем этаже, то здесь находили и сигмовидную кишку, если же вздутые было больше внизу, то и сигмовидную кишку находили в нижнем отделе живота и извлекали весь комплекс кишечного узла из брюшной полости в рану. Ориентиром для нахождения петли узла нам служил конечный отрезок подвздошной кишки. Как правило, самый узел располагался ниже пупка по средней линии. В петлю узла для ее расширения вводили сначала один, а затем два пальца. Через это отверстие медленно и осторожно проталкивали и протаскивали сигмовидную кишку справа налево, выводили ее на нормальное место и развязывали узел. Почти во всех случаях находили большие изменения рубцового характера в брыжейке сигмовидной кишки, вследствие чего она имела вид двухстволки. У восьми больных омертвевшая сигмовидная кишка была резко раздута и до развязывания узла пришлось ее пунктировать и с помощью аспиратора удалять ее содержимое.

У двух больных кишечный узел был образован между петлями тонкого кишечника и червеобразным отростком. Отсечение отростка у основания вместе с его брыжейкой обеспечивало развязывание узла.

Перед операцией в прямую кишку, как правило, вводилась газоотводная трубка для эвакуации содержимого толстого кишечника после развязывания узла.

Наблюдаемые нами 26 больных с кишечными узлами подвергались оперативному лечению у десяти хирургов, у которых опыт в отношении тактики при узлообразовании был различный. Это не могло не отразиться на исходах оперативного лечения. Нельзя сказать, что указанные выше 10 хирургов и выборе методов обезболивания при операции были единомышленниками. Так, семь больных подверглось оперативному лечению под эфирным наркозом, из них умерло шесть; девятнадцать больных подверглось оперативному лечению под местной анестезией, из них умерло девять. Эти цифры говорят не в пользу эфирного наркоза. Но решающее значение для исхода оперативного лечения имело количество часов, прошедших от начала заболевания до операции (см. таблицу 3).

Из таблицы видно, что из 6 больных, подвергшихся операции до пяти часов от начала заболевания, умер один (1/6), из 9 больных, оперированных через 6—10 часов, умерло 5 (5/9), из трех больных, оперированных через 11—15 часов,

Таблица 3

Исходы после операции по поводу внутреннего уха в связи со сроком и характером оказанного оперативного вмешательства.

Количество часов от начала заболевания до операции	Количество операций лабиринтэктомии	Из них умерло		Всего
		от нерасхожимо- сти лабиринта токих киник	от нерасхожимо- сти лабиринта и киник	
Количество часов от начала заболевания до операции	Количество операций лабиринтэктомии	Всего	Всего	Всего
До 5 час.	6	3	3	6
От 6—10 ч.	9	3	3	9
От 11—15 ч.	3	—	—	3
От 16—20 ч.	2	—	—	2
Св. 21 час.	6	—	—	6
Всего:	26	6	6	26

умерло 2 (2/3), из восьми больных, подвергшихся операции после 16 часов, умерло 7 (7/8).

(3) быстроте катастрофы, разыгравшейся в брюшной полости при кишечном узле, можно судить на основании того, что из шести больных, оперированных в срок до пяти часов от начала заболевания, у трех пришлось сделать резекцию части тонкого кишечника и сигмовидной кишки вследствие гангрены их.

Из десяти больных, оперированных в срок от 6 до 10 часов от начала заболевания, только у трех не было обнаружено во время операции гангрены тонких кишок, но из них двое умерло от гангрены тонких кишок, обнаруженной при вскрытии.

Эти данные с несомненностью говорят о том, что при кишечном узле после пяти часов от начала заболевания гангрена кишечных петель, принимавших участие в образовании узла, наступает почти как правило.

Из шести больных, у которых во время операции была сделана резекция омертвевших петель тонкого кишечника, трое умерло от нераспознанной во время операции гангрены сигмовидной кишки. У трех больных была сделана резекция омертвевшей части сигмы, но все эти трое больных умерли от нераспознанной во время операции гангрены тонкого кишечника.

Достоин внимания и следующее. Из семи больных, у которых была произведена резекция омертвевших петель тонкого кишечника и сигмовидной кишки, умерло двое и выздоровело пять. В числе выздоровевших имеется больная, которая подвергалась операции по поводу кишечного узла двенадцатичасовой давности при наличии шестимесячной беременности. Состояние больной до операции казалось безнадежным, но радикальное оперативное вмешательство — развязывание узла с резекцией омертвевших 3,75 метра тонкого кишечника и сигмовидной кишки, произведенное под местной анестезией с одновременным во время операции капельным переливанием крови, противошоковых жидкостей, а в послеоперационном периоде физраствора и 5-процентного раствора глюкозы до 3—4 литров в сутки, вывело больную из тяжелого состояния и закончилось выздоровлением.

При определении жизнеспособности кишки следует обращать внимание на цвет кишки, перистальтику и пульсацию сосудов брыжейки и в стенке кишки. В первые годы нами эти признаки недооценивались, что отразилось и на исходе оперативного лечения (см. таблицу 3).

Резекция омертвевшего отдела тонкого кишечника производилась с наложением анастомоза конец в конец. Но у десяти

больных, вследствие некроза петель подвздошной кишки до конечного отрезка включительно, был наложен илеотрансверзоанастомоз бок в бок. При гангрене сигмовидной кишки восьми больным произведена резекция ее с наложением анастомоза конец в конец. Двум больным после резекции омертвевшей сигмовидной кишки приводящий конец кишки выведен в рану в левой подвздошной области (противоестественный задний проход), отводящий конец зашит наглухо. Мне кажется, что при гангрене сигмовидной кишки на почве узлообразования нет оснований производить резекцию с наложением противоестественного заднего прохода, в противоположность тому, что мы иногда делаем при завороте, когда вся кишка омертвевает и нельзя наложить анастомоз между концами ее. В этих случаях выведение приводящего конца сигмовидной кишки в рану в левой подвздошной области, т. е. наложение противоестественного заднего прохода, является единственным мероприятием, спасающим жизнь больного. Узел при узлообразовании мы находили, как правило, по средней линии ниже пупка и не наблюдали ни тотального вовлечения в узлообразование сигмовидной кишки, ни ее тотального омертвения. Следовательно, после резекции сигмовидной кишки есть возможность сблизить оставшиеся концы ее для наложения анастомоза без особого натяжения. Наложение противоестественного заднего прохода после резекции сигмы у двух больных было излишней предосторожностью и в дальнейшем потребовало производства дополнительных сложных оперативных вмешательств, с выздоровлением в одном случае и с летальным исходом во втором. Двум больным во время операции после развязывания узла омертвевшие петли тонкого кишечника и сигмовидной кишки были выведены в рану с летальным исходом в первые часы. Двое больных, доставленные в больницу в тяжелом состоянии, умерли на операционном столе во время развязывания узла.

Заканчивая свое сообщение о кишечных узлах, приходится еще раз сказать, что диагностика этого заболевания до операции трудна, но все же возможна, что летальность при кишечном узле высока, но есть перспективы на ее уменьшение. Необходимо повысить знания о кишечном узле у медицинских работников и настороженность у населения к этому виду кишечной непроходимости. Нужно знать, что только ранняя госпитализация этих больных, внимательное их исследование, раннее оперативное вмешательство с правильным техническим проведением как самой операции, так и послеоперационного периода есть решающие факторы в деле уменьшения процента летальности при кишечном узле.

ВЫВОДЫ

1. Врачи скорой помощи, участковые и поликлинические врачи должны твердо знать, что ведущим симптомом в первые часы заболевания при кишечном узле является боль, сопровождающаяся криком, тошнотой, иногда рвотой, боль без предвестников, боли скручивающие, сдавливающие глубоко внизу живота, боли, от которых больной не находит себе места и вынужден часто менять свое положение.

2. Процент расхождений в диагнозе при направлении, а также между клиническим и послеоперационным велик и должен быть уменьшен.

3. В основу лечения больных с кишечным узлом должна быть положена ранняя диагностика, срочная госпитализация, немедленная и радикальная операция.

4. В улучшении послеоперационных исходов при кишечном узле решающее значение имеет вид обезболивания, борьба с шоком как до операции, так и во время операции и в послеоперационном периоде путем применения капельного переливания крови, противошоковых средств и других кровозаменителей.

5. Частой причиной смерти больных при кишечном узле является ошибка в определении во время операции жизнеспособности кишок, принимавших участие в узлообразовании.

6. Для получения лучших результатов лечения больных с острыми заболеваниями брюшной полости вообще и, в частности, при кишечном узле необходимо повышение санитарно-просветительской работы среди населения, так как несвоевременное обращение за медицинской помощью, применение различного рода домашних средств настолько может затемнить картину заболевания, что в дальнейшем запоздалое оперативное лечение оказывается мало эффективным.

ЛИТЕРАТУРА

Вильямс Цитировано по С. Н. Лисовской

Ф. М. Давыдов. Клинические материалы по узлообразованию кишечника. Труды IV научной сессии Военно-медицинской академии, т. 34, Л., 1952

П. И. Демидова. Картина крови при острой кишечной непроходимости. Вестник хирургии им. Грекова, №№ 3-4, 1938

Ю. Ю. Джавеладзе. К вопросу о диагностике острой кишечной непроходимости. Вестник хирургии им. Грекова, №№ 3-4, 1938.

Н. С. Лисовская. Кишечный узел по данным хирургической госпитальной клиники Петроградского женского мед. института. Хирург. архив Вельяминова, IV, т. XXXI, 1915

Е. А. Пчелина. Значение рентгеновского метода исследования в диагностике острой кишечной непроходимости. Вестник хирургии им. Грекова, №№ 3-4, 1938

Н. М. Рохинд. Кишечные узлы. Вестник хирургии им. Грекова, №№ 3-4, 1938