

лой магнeзии. В особо упорных, рецидивирующих формах показана перевязка вен или симпатэктомия, в зависимости от особенностей течения заболевания.

В стадии трофических расстройств наиболее эффективна преганглионарная симпатэктомия.

В язвенно-некротической стадии благоприятные результаты дает невротомия.

В стадии гангрены, при грубых органических изменениях в тканях единственной операцией является невротомия, при неэффективности которой производится ампутация конечности.

Из 34 больных, подвергшихся в клинике невротомии в стадии гангрены, лечение закончилось ампутацией у 15 больных, выздоровление наступило у 19.

При универсальных поражениях нейрососудистой системы, с преимущественной локализацией процесса во всех 4 конечностях, показана левосторонняя торакальная симпатэктомия с удалением центрального узла (Д II—III).

ЛИТЕРАТУРА

1. А. В. Вишневский. Сборник трудов, изд. АМН СССР, 1950, т. 2, стр. 164—199.
2. А. А. Вишневский. Материалы XVII научной конференции врачей Московской области, М., 1951, стр. 68—78.
3. А. Г. Молотков. Вестник хирургии, 1926, т. VII, кн. 20, стр. 142—148.
4. Б. В. Огнев. Хирургия, 1950, № 7, стр. 3—8.
5. В. А. Оппель. Вестник хирургии и пограничных областей, 1922, т. I, кн. 2, стр. 3—11.
6. А. Л. Поленов и А. В. Бондарчук. Хирургия вегетативной нервной системы. Медгиз, 1947.
7. М. И. Хвильвицкая. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., 1952, т. 21—22, стр. 258—283.

Поступила 12 июля 1957 г.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

С. В. ДАНИЛОВА

Из клиники неотложной хирургии (зав.— проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и отделения неотложной хирургии больницы № 5

Настоящая работа посвящена больным с различными формами острой кишечной непроходимости, прошедшим через клинику за время с 1946 по 1955 г. За указанный период в клинику поступило 903 человека больных с острой кишечной непроходимостью, из которых 362 больных (40,1%) было подвергнуто оперативному лечению, а остальные 541 (59,9%), хотя клинически имели картину острой кишечной непроходимости, но у них кишечная непроходимость была разрешена консервативными мероприятиями. В данной работе мы излагаем наблюдения только над оперированными больными.

Как известно, под понятием острой кишечной непроходимости объединяются различные заболевания, в основе которых лежат неодинаковые патологоанатомические изменения, заболевания, имеющие чрезвычайно разнообразную клиническую картину, требующие различных методов оперативного вмешательства и дающие резко отличающиеся друг от друга исходы. Здесь мы будем касаться только механической кишечной непроходимости.

Из 362 больных 40 больных (11,1%) были с инвагинацией, 47 — (12,9%) — с заворотом тонкого кишечника, 7 (1,9%) — с заворотом слепой кишки, 72 (19,9%) — с заворотом сигмы; 21 (5,8%) — с злообра-

зованием, 8 (2,3%) — с непроходимостью, вызванной дивертикулом Меккеля, 167 (46,1%) — с спаечной кишечной непроходимостью.

Из этого видно, что чаще всего наблюдалась спаечная кишечная непроходимость — у 167 чел. (46,1%), на втором месте по частоте были больные с заворотом кишечника — 126 чел. (34,7%). Среди заворотов чаще всего встретился заворот сигмовидной кишки — у 72 чел. (19,9%) и относительно редко — заворот слепой кишки — у 7 чел. (1,9%). Больные со спаечной кишечной непроходимостью — 167 чел. (46,1%); большинство из них в прошлом перенесло полостную операцию.

Что касается распределения различных видов острой кишечной непроходимости — в зависимости от пола и возраста, то можно сказать, что у мужчин преобладали завороты кишечника — 84 чел. (66,7%), а у женщин эта форма острой кишечной непроходимости была в 33,3%. Преобладали лица в возрасте до 50 лет — 260 чел. (71,8%), свыше 50 лет было 102 чел. (28,2%). Как следует из нашего материала, с возрастом увеличивается число заворотов кишечника и уменьшается число инвагинаций, так, например, по нашим наблюдениям, на возраст до 40 лет заворотов приходится 30,2%, после 40 лет завороты кишечника были в 69,8%. Из наших данных следует, что заворот сигмовидной кишки чаще бывает у людей старшего возраста. Это подтверждается и другими авторами (К. С. Золотарев, И. М. Перельман, Л. А. Кирснер). Инвагинация наблюдалась, в основном, у больных в возрасте до 40 лет (95%).

Видимо, сигма может удлиняться в зависимости от возраста, питания и других причин, поэтому наиболее длинные сигмы попадают в более позднем возрасте. Само собой разумеется, что удлинение сигмы влечет за собой и более длительное пребывание в ней содержимого, которое, разлагаясь и подвергаясь брожению, застаивается и влечет за собой значительное вздутие петли. При длинной сигме эвакуация содержимого сильно задерживается. Удлинение сигмы со всеми вытекающими отсюда последствиями является одной из причин заворота. Обычно вместе с удлинением сигмы происходит и удлинение ее брыжейки, благодаря чему петля становится очень подвижной.

При вопросе о диагнозе необходимо подчеркнуть, что первоначальный диагноз острой кишечной непроходимости обычно ставится врачами внебольничной помощи: врачами скорой помощи, поликлиник, здравпунктов, врачами помощи на дому. По нашим данным, из 362 больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, с правильным диагнозом, то есть с указанием формы кишечной непроходимости, поступило 12,1% больных. С относительно правильным диагнозом: «кишечная непроходимость», «острый живот» — 61,4% больных. С неправильным диагнозом, когда острая кишечная непроходимость не была распознана, в клинику поступило 26,5% больных. Безусловно, последняя цифра велика и показывает необходимость улучшения диагностики острой кишечной непроходимости врачами внебольничной помощи.

Чаще всего в этих случаях ранее распознавался аппендицит. Своеобразие клинического течения острой кишечной непроходимости создает трудности диагностики и при наблюдении больного в стационаре. Однако, как следует из нашего материала, количество ошибок в условиях стационара значительно меньше. В хирургическом отделении правильный и относительно правильный диагноз был установлен в 90,1% всех оперированных больных. Что касается 36 больных (9,9%), где был ошибочный диагноз, то 29 из этих больных шли на операцию с диагнозом «острый аппендицит», 3 — с диагнозом «холецистит», 2 — с диагнозом «перфоративная язва желудка» и 2 — с диагнозом «перекрученная киста яичника». На операции у них была найдена острая механическая кишечная непроходимость.

Как известно, в различные периоды заболевания признаки острой кишечной непроходимости, местные и общие, проявляются не одинаково интенсивно и отчетливо. Из встречающихся признаков боль как постоянный кардинальный признак характерна для всех форм острой кишечной непроходимости; среди наших больных боль была у всех оперированных. Рвота отмечена у 58,8% больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости.

Считается, что задержка стула и газов — один из постоянных симптомов острой кишечной непроходимости. Однако, эти расстройства отмечены нами в 56,6% случаев. Необходимо учитывать, что при некоторых формах кишечной непроходимости могут отходить газы и даже может быть стул. Участок кишки, расположенный ниже препятствия, может опорожняться самостоятельно или после клизмы.

Практически важно своевременное распознавание форм острой кишечной непроходимости — механическая она, или динамическая, так как решение этого вопроса находится в связи с тактикой хирурга. При распознавании механической непроходимости показана срочная операция. Для уточнения диагностики, а также подготовки больных к операции всем больным с острой кишечной непроходимостью перед операцией делалась новокаиновая блокада, паранефральная, по А. В. Вишневскому. Паранефральная новокаиновая блокада при динамических формах кишечной непроходимости, наряду с применением атропина и сифонных клизм, разрешает в абсолютном большинстве случаев острую динамическую кишечную непроходимость.

По установлении диагноза и безуспешности консервативных мероприятий, больной должен быть оперирован. Рекомендуется начинать операцию с правильной предоперационной подготовки, заключающейся в мероприятиях по борьбе с шоком, интоксикацией, обезвоживанием, гиперхлоремией, белковым дефицитом и инфекцией. Кроме этого, часто больным делалось промывание желудка.

В послеоперационном периоде, кроме указанных выше мероприятий, мы широко применяли постоянный дренаж желудка тонким зондом, введенным через нос. Постоянное дренирование желудка тонким зондом через нос значительно облегчает состояние больного, освобождая желудок от скопившихся газов и жидкости.

Для выравнивания хлоридов крови применялось вливание солевых растворов. При заворотах кишечника лечение гипертоническим раствором соли имеет смысл главным образом в послеоперационном периоде. В связи с нарушением водно-солевого обмена необходимо введение в организм большого количества жидкости в виде солевых растворов. Обезвоживание организма особенно выражено при завороте тонкого кишечника, по сравнению с другими отделами кишечника. Необходимо парентеральное введение солевого раствора не менее 2—3 л в сутки, а у некоторых больных — до 5 л.

Особое значение при острой кишечной непроходимости придается переливанию крови. Еще С. И. Спасокукоцкий подчеркивал огромную роль переливания крови для снижения летальности при илеусе, которое необходимо производить до, во время и после операции.

В исходе операции, кроме сроков и формы непроходимости, играет значительную роль обезболивание. Наиболее употребительным видом анестезии при острой кишечной непроходимости в клинике была местная инфильтрационная анестезия. Из 362 чел., оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, под местной анестезией было оперировано 344 чел. (95,1%), у 150 больных (41,3%) местная анестезия проводилась в сочетании с поясничной блокадой по А. В. Вишневскому.

Все оперативные вмешательства, применявшиеся в клинике при механической кишечной непроходимости, разделены нами на две группы.

В первую отнесены операции, при которых устранение причин острой кишечной непроходимости производилось без вскрытия просвета кишки (209 больных — 57,7%). Сюда относятся такие операции, как деторзия, дезинвагинация, рассечение тяжей и спаек, развязывание узла. Во вторую группу отнесены больные, у которых операция протекала с вскрытием просвета кишки (наложение свищей — 1, анастомозов — 2, резекция дивертикула Меккеля — 4, резекция кишки — 153).

Характер оперативного вмешательства у 362 больных приведен в таблице № 1.

Таблица № 1

Характер операции	Инвагинация	Заворот тонкого кишечника	Заворот слепой кишки	Заворот сигмовидной кишки	Узлообразование	НК от дивертикула Меккеля	Спаечная кишечная непроходимость	Всего	Процент
Раскручивание заворотов	—	37	6	17	—	—	—	60	16,6
Рассечение спаек	—	—	—	—	—	—	120	120	33,1
Развязывание узла	—	—	—	—	4	—	—	4	1,1
Дезинвагинация	19	—	—	—	—	—	—	19	5,2
Выведение гангренозной кишки	—	—	—	4	—	—	2	6	1,7
Наложение калового свища	—	—	—	1	—	—	—	1	0,3
Энтеранастомоз	—	—	—	—	—	—	2	2	0,6
Греков II	—	—	—	1	—	—	—	1	0,3
Резекция дивертикула Меккеля	—	—	—	—	—	4	—	4	1,1
Резекция кишки	21	10	1	49	17	4	43	145	40,0
								362	100%

Как следует из приведенной таблицы, наибольшее количество вмешательств протекало с резекцией кишечника (40% ко всем оперированным). Это зависело от поздних сроков поступления и от формы острой кишечной непроходимости. Производя резекцию кишечника, хирургу следует быть бдительным при определении верхних границ резекции, на приводящем отрезке не нужно скупиться на резекции лишних 20 см, так как изменения со стороны слизистой обычно более обширны, чем изменения серозной. Перитонит не является противопоказанием к выполнению радикальной операции — резекции кишечника, так как перитонит часто бывает результатом необратимых изменений в жизнеспособности стенки кишки. Отступление от этого правила может быть допущено только по техническим соображениям, то есть тогда, когда обширность поражения кишечника делает резекцию невыполнимой. Требуются большое внимание и значительный опыт хирурга в решении этой задачи, тем более, что пострадавшая кишка в некоторых случаях и при отсутствии некроза, после устранения причин механической непроходимости, может не восстановить своей функции, что приводит к проницаемости стенки кишки при анатомической ее целости и к развитию перитонита. После соответствующих попыток вернуть к жизни поврежденную петлю кишки (сальфетки с теплым физиологическим раствором, новокаиновая блокада брыжейки), при отсутствии перистальтики и пульсации сосудов брыжейки такую петлю следует считать сомнительной, особенно если присоединяется отечность соответствующей части брыжейки. Эти данные, с нашей точки зрения, служат показанием к резекции кишки. Всякого рода меридиальные операции (типа энтеростомии, кишечные свищи) как ме-

тод лечения острой кишечной непроходимости себя не оправдали, и их применение в какой-то степени допустимо только при запущенных случаях острой кишечной непроходимости.

Наибольшее число резекций кишечника приходится на узлообразование — 80 %, что можно объяснить тяжестью страдания и быстрым расстройством кровообращения при некрозе кишечной петли.

Для получения благоприятных исходов имеет значение правильное проведение послеоперационного периода. Основные мероприятия следует направлять на профилактику и борьбу с инфекцией, на уменьшение токсикоза, улучшение сердечной деятельности и нормализацию нарушенного белкового, углеводного обмена и хлоридного баланса. Профилактика и борьба с инфекцией в послеоперационном периоде должна включать:

1) профилактику воспаления легких (активное поведение больного в кровати, дыхательная гимнастика, антибиотики); 2) профилактику и лечение перитонита (обеспечение максимальной радикальности операции путем тщательной подготовки больного к операции переливанием крови, плазмы, сердечных средств, обеспечение производства операции под капельным переливанием крови и жидкостей).

При перитоните операцию следует обязательно заканчивать введением в брюшную полость антибиотиков посредством дренажной трубки. Для профилактики нагноения операционной раны следует широко применять антибиотики и сульфаниламиды.

Послеоперационная летальность остается пока высокой, и надлежит многое сделать, чтобы улучшить результаты лечения острой кишечной непроходимости.

Всего на 362 оперированных при кишечной непроходимости умерли 115 человек, причем в первое пятилетие (1946—1950) 86, что составляет 38,9 % послеоперационной летальности; в следующее пятилетие (1951—1955) — 35, что составляет 24,8 % послеоперационной летальности.

Значение сроков оперативного вмешательства при кишечной непроходимости в зависимости от начала заболевания представлено в таблице № 2.

Таблица № 2

Время	Больных	Умерло	% смерти
Оперированы в первые 6 часов	45	5	11,1
12 часов	43	10	23,2
24 часа	85	24	28,2
2-е суток	91	30	32,9
3-е суток	36	16	44,4
4 суток и более	62	36	58,0
Всего:	362	121	

Таким образом, наименьшая летальность была в группе больных, оперированных в первые 6 часов с момента заболевания (11,1 %). В дальнейшем, по мере удлинения срока болезни, процент летальности значительно повышался.

Среди 362 оперированных нами больных 173 (47,8 %) были оперированы в первые 24 часа. Летальность в этой группе составляла 21,9 % (39 человек). На 2-е сутки и позже оперированы 189 (52,2 %), с летальностью в 43,4 %.

Из приведенных данных видно, что поступление больных с острой кишечной непроходимостью в стационар чрезвычайно запаздывает.

Объясняется это недостаточно точной диагностикой в условиях внебольничной помощи, поздней госпитализацией, а в некоторых случаях — отказом больных от госпитализации.

Наибольшая летальность (53,1%) отмечена после резекции кишечника. Наименьший процент смертности был при дезинвагинации — 10,5%. Все умершие вскрывались. Причины летальности изучены и подтверждены протоколами патологоанатомических вскрытий.

Из непосредственных причин смерти больных с острой кишечной непроходимостью основное место занимает перитонит (113 случаев — 93,4%). У части умерших перитонит был отмечен уже во время операции. У 10 больных, умерших от перитонита, на секции обнаружены заболевания сердца: кардиосклероз, порок сердца, далеко зашедшая миокардиодистрофия. Кроме перитонита, у 12 больных отмечены воспаление легких и отек легких.

Кроме этого, трое умерли от двухстороннего воспаления легких, развившегося в послеоперационном периоде, и 1 больной — от отека легких.

Перитонит от недостаточности швов как причина летального исхода, наблюдался в 4 случаях.

Таким образом, наши данные за 9 лет (1946—1955) показывают, что острая кишечная непроходимость и поныне является одной из труднейших проблем неотложной хирургии и все еще остается наиболее грозным и опасным заболеванием, дающим высокую летальность.

ВЫВОДЫ:

1. Изучены нами исходы оперативного лечения механической кишечной непроходимости у 362 больных. Установлено, что диагностика острой кишечной непроходимости не на высоте: в 26,5% больных острая кишечная непроходимость не была распознана направляющими врачами.
2. Из-за поздней обращаемости больных летальность остается высокой: если в первые 6 часов она равна 11,1%, то среди оперированных в первые 24 часа она повышается до 21,9%.
3. Наиболее частая форма острой кишечной непроходимости — спаечная кишечная непроходимость — 46,1%. В 58% эти больные ранее перенесли оперативное вмешательство в брюшной полости.
4. Наиболее безопасный вид обезболивания при острой кишечной непроходимости — местная анестезия по А. В. Вишневскому; мы ее применяли в 95,4% всех случаев, иногда в сочетании с паранефральной блокадой.
5. Наименьший процент летальности получен при операции дезинвагинации (10,5%) и рассечении спаек (15%).
6. Основной причиной летальности был перитонит (в 93,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. А. Н. Абрамова. Инвагинация кишок у детей. XXVI Всесоюзный съезд хирургов, 1955.
2. И. М. Белоусова. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, № 5, 1956.
3. В. А. Гусынин. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, т. 56, кн. 3—4, 1938.
4. Ю. Ю. Джанелидзе. Вестник хирургии, т. 56, кн. 3—4, 1938.
5. М. И. Коломийченко. О путях снижения летальности при острой кишечной непроходимости. XXVI Всесоюзный съезд хирургов, 1955.
6. Л. А. Кирснер. Заворот сигмы. Запгиз, Смоленск, 1936.
7. И. М. Перельман. Непроходимость кишок (клиника и терапия), Гомель, 1937.
8. В. И. Стручков. Вестник хирургии, № 8, 1956.
9. Он же. Острая кишечная непроходимость и пути снижения летальности. XXVI Всесоюзный съезд хирургов, 1955.
10. А. Г. Соловьев. Острая кишечная непроходимость. М., 1948.

Поступила 4 июля 1957 г.