

УДК 616.34—007.271—002.1

М. А. БАБЛУМЯН

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
ПО МАТЕРИАЛАМ СТЕПАНАВАНСКОЙ РАЙОННОЙ
БОЛЬНИЦЫ

Приводятся данные, полученные при изучении 202 историй болезни больных с острой кишечной непроходимостью. Примерно в половине случаев больные ранее подвергались различным операциям на органах брюшной полости. Наблюдалась опеределенная сезонность заболевания и связь некоторых форм непроходимости с возрастным фактором.

Одной из актуальных проблем современной хирургии является вопрос острой кишечной непроходимости. Хотя в общей структуре хирургических заболеваний острая кишечная непроходимость составляет около 3%, однако по своим послеоперационным осложнениям и летальности (15—20%) это заболевание сегодня может считаться наиболее опасным.

Если за последние годы отмечается некоторая тенденция к снижению числа случаев острой кишечной непроходимости у городского населения, то этого нельзя сказать в отношении жителей села.

Несколько изменился и удельный вес отдельных форм острой кишечной непроходимости. Так, литературные данные и наш материал показывают, что имеется относительный рост количества странгуляционной спаечной непроходимости, что надо связать как с увеличением абсолютного числа оперативных вмешательств на органах брюшной полости, так и с увеличением объема операций [1—5].

Нами изучены все случаи острой кишечной механической непроходимости различных видов и форм за последние 16 лет по материалам хирургического отделения Степанаванской районной больницы.

Всего за эти годы поступили в стационар с предположительным диагнозом острой кишечной непроходимости 502 человека, из них диагноз острой кишечной непроходимости был подтвержден у 230 больных (44,4%).

Больные по полу распределялись следующим образом: мужчин было 133, женщин—97. Среди больных городские жители составляли 50 (39,1%), жители сельской местности—140 чел. (60,9%).

Нами изучены истории болезней 202 больных с острой кишечной непроходимостью, из коих 70 больных (34,7%) страдало различными формами тонкокишечной, 89 (44,1%)—толстокишечной непроходимости, у 41 (20,3%) установлена спаечная болезнь с явлением непроходимости и у 2 (0,99%)—тромбоз сосудов брыжейки. Из

70 больных с острой тонкокишечной непроходимостью у 42 (60%) установлена странгуляционная, у 28 (40%)—обтурационная непроходимость. Из 89 больных с острой толстокишечной непроходимостью у 26 (29,22%) была странгуляция толстой кишки, у 63 (70,78%)—обтурация толстой кишки.

Более подробные сведения приводятся в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных с острой кишечной непроходимостью по полу и месту жительства

Вид непроходимости	Число больных, %	Пол		Место жительства	
		мужчины, %	женщины, %	городское население, %	сельское население, %
Странгуляционная непроходимость тонкой кишки	42 (20,8)	26 (61,9)	16 (38,1)	13 (31)	29 (69)
Обтурационная непроходимость тонкой кишки	28 (13,9)	15 (53,6)	13 (46,4)	4 (14,3)	24 (85,7)
Странгуляционная непроходимость толстой кишки	26 (12,9)	17 (65,4)	9 (34,6)	9 (34,6)	17 (65,4)
Обтурационная непроходимость толстой кишки	63 (31,2)	34 (54)	29 (46)	32 (50,8)	31 (49,2)
Спаечная болезнь с явлениями непроходимости	41 (20,3)	21 (51,2)	20 (48,8)	20 (48,8)	21 (51,2)
Тромбозы брыжеечных сосудов	2 (0,99)	2 (100)	—	—	2 (100)
Итого	202	115 (56,9)	87 (43,1)	78 (38,6)	124 (61,4)

При изучении возможных причин, приводящих к возникновению острой кишечной непроходимости, установлено, что в 83,3% случаев странгуляционная тонкокишечная непроходимость наблюдалась у лиц, ранее перенесших операции на органах брюшной полости. При толстокишечной странгуляционной непроходимости 23,1% больных также были ранее оперированы. В 21% случаев спаечной странгуляционной непроходимости провоцирующим моментом заболевания явилась тяжелая физическая нагрузка или нарушения в питании (обильная пища, употребление спиртных напитков и т. д.).

Определенная характерная картина выявилась при сопоставлении форм кишечной непроходимости с возрастом больных (табл. 2). Как видно из данных, приведенных в табл. 2, обтурационная непроходимость толстой кишки на почве внедрений в большинстве своем имела у детей, особенно у детей второго года жизни, в то же время ущемление тяжами, завороты в основном наблюдались у лиц пожилого возраста. Такая же картина наблюдалась при копростазях.

Таблица 2

Распределение больных по возрасту

Форма непроходимости	Вид непроходимости	Возраст (в годах)									
		до 1	1-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	более 60
Странгуляционная непроходимость тонкой кишки	ущемление в грыжевых отверстиях								1		1
	узлообразование тонкой кишки заворот петель тонкой кишки ущемление тяжами		1	3	1	1	6	2	5	2	2
Обтурационная непроходимость тонкой кишки	перегиб — сдавление вследствие спаек						5	1	4	3	3
	закупорка опухолью		3	1	2			1			1
	закупорка аскаридами										1
	сдавление опухолью внедрение тонкой кишки в тонкую		1		2						
Странгуляционная непроходимость толстой кишки	заворот сигмовидной кишки	1	1		1	2		2	3	1	5
	заворот слепой кишки узлообразование между сигмовидной и тонкой кишкой ущемление			1	1				1	1	1
Обтурационная непроходимость толстой кишки	перегиб	1									1
	закупорка опухолью									1	2
	закупорка каловыми массами			2	1	2				1	4
	внедрение толстой кишки в толстую внедрение тонкой кишки в толстую	1	3	2	6	2	1	2	2	3	1
	тромбозы брыжеечных сосудов спаечная болезнь с явлением непроходимости	4	8	2	2	1	10	1	1	3	1
			1		2	3	12	3	5	6	9
Итого		7	18	11	16	10	24	27	23	24	42

При изучении частных причин оказалось, что довольно часто провоцирующим моментом заворотов являлся физический труд или другие факторы, приводящие к повышению внутрибрюшного давления.

Изучение нашего материала показало определенную сезонность некоторых форм острой кишечной непроходимости. Так, основная часть странгуляционной кишечной непроходимости приходится на летне-осенний, обтурационной — на весенне-летний период, что можно связать с употреблением в большом количестве фруктов и овощей.

Таким образом, анализ нашего материала показывает, что возникновение странгуляционной непроходимости, как правило, связано с ранее перенесенными операциями и провоцирующим моментом может быть тяжелый физический труд и нарушение режима питания.

Наши данные дают основание присоединиться к мнению тех авторов, которые считают основной причиной возникновения спаечной странгуляционной непроходимости операции на органах брюшной по-

лости. Определенную роль при этом, очевидно, играет и реактивность организма больных, склонность к образованию спаек. В других видах непроходимости, в частности толстой кишки, определенную роль играют индивидуальные анатомические особенности больного.

Степанаванская центральная
районная больница

Поступила 30/XII 1976 г.

Մ. Ա. ԲԱԲԼՅԱՆ

ՍՈՒՐ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ ՍՏԵՓԱՆԱՎԱՆԻ
ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐՈՎ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Սուր աղիքային անանցանելիությունը վիրաբուժական հիվանդությունների մեջ առանձնահատուկ տեղ է զբաղեցնում իրեն ծանր կլինիկական ընթացքով և բարձր մահացություն տոկոսով: Դրա պատճառներից հիմնականը վաղ ախտորոշման դժվարությունն է: Գյուղական ազգաբնակչության մեջ սուր աղիքային անանցանելիությունը ավելի հաճախ է նկարագրվում, ընդ որում կա որոշակի օրինաչափություն կապված թե տարիքային առանձնահատկությունների և թե տարվա սեզոնայնության հետ:

Սուր աղիքային անանցանելիության բացարձակ թվերի հիմնական մասը ընկնում է զարնանային, ամառային և աշնանային ամիսներին, որը պետք է կապել բանջարեղենի և մրգերի մեծ քանակի օգտագործման հետ: Բացի այդ որոշակի դեր է խաղում ներվորոշյալային ճնշման հանկարծակի բարձրացումը: Ստրանդուլյացիոն անանցանելիության առաջացման պատճառների մեջ հատկապես չորահատուկ նշանակություն ունի նախկինում կրած վիրահատությունները՝ կապված որովայնային խոռոչի օրգանների հետ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алексеев П. П., Дьяченко М. Я., Коваленков Н. И. Материалы IV Всерос. съезда хирургов. Пермь, 1973, стр. 292.
2. Арапов Д. А., Царев Н. И., Братанчук Б. Ф., Пугачев А. Ф. Хирургия, 1975, стр. 7.
3. Лыткин М. И., Карякин А. М. Матер. IV Всерос. съезда хирургов. Пермь, 1973, стр. 94.
4. Петров В. И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. М., 1964, стр. 107.
5. Скрипниченко Д. Д. Здоровье (Киев), 1970, 8, стр. 211.