

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В.П. Кравец, А.В. Кравец

*Медицинский институт Сумского государственного университета,
г. Сумы*

Проведен анализ диагностических методов у 108 больных с острой кишечной непроходимостью. Обобщен опыт применения методик диагностики заболевания.

ВВЕДЕНИЕ

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – одно из наиболее угрожаемых заболеваний неотложной хирургии. По частоте заболеваемости ОКН занимает пятое место, в структуре летальности ей принадлежит одно из первых мест.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что частота диагностических ошибок составляет от 10 до 30%, которые приводят к повышению послеоперационной летальности [1-3].

Причины неудовлетворительных исходов у больных с ОКН связаны с поздней госпитализацией (удельный вес поздно госпитализированных в Украине колеблется от 27,7 до 29,9%), недостаточным знанием врачами современных принципов диагностики, а также ошибки организационного и лечебно-тактического порядка [4,5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ и обобщить собственный опыт диагностики ОКН у больных с целью определения основных вопросов и возможных направлений совершенствования медицинской помощи населению.

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

В клинике наблюдали 108 больных с ОКН. Наибольшее количество госпитализированных были в возрасте 41-60 лет. Старше 60 лет было 30 (27,8 %) пациентов. Мужчин – 32 (29,6 %), женщин – 76 (70,4 %).

В сроки до 24 часов от начала заболевания госпитализировано 77 (71,3 %) больных, позже 24 часов – 31 (28,7 %). Причинами, вызвавшими ОКН, были спаечный процесс в брюшной полости после различных операций – у 75 (69,4%), странгуляционная кишечная непроходимость – у 10 (9,2 %), заворот кишечника – у 2 (1,8 %), инвагинационная кишечная непроходимость – у 1 (0,9 %), редкие виды грыж либо внутреннее ущемление – у 8 (6,6 %), обтурация кишечника – у 12 (11,1 %).

В диагностике заболевания учитывали данные анамнеза. Обращали внимание на следующие моменты: острое или постепенное начало, первый или повторный приступ, были ли операции на органах брюшной полости, воспалительные заболевания женской половой сферы, могущие привести к образованию спаечного процесса в брюшной полости, травма живота, применялись ли на догоспитальном этапе методы самолечения.

Типичными клиническими признаками ОКН являются боль, задержка стула и отхождения газов, рвота, асимметрия живота, шум плеска, выраженный застой в желудке, выявленный при его зондировании. Эти признаки в той или иной степени сопровождают данную патологию вначале заболевания. По истечении времени выраженность их исчезает. Объяснить это можно динамичным процессом и патогенезом заболевания.

Пусковым механизмом изменений в организме всегда выступает механический фактор. Поэтому медицинские работники должны быть сосредоточены в процессе диагностики и четко соблюдать последовательность назначения диагностических и лечебных методов.

Отмеченные симптомы выявлены у 31 (28,7%) больного. У 53 (49%) эти симптомы были умеренно выражены, у 24 (22,3%) – слабо выражены, что позволило предположить частичную ОКН.

Необходимо использовать весь арсенал клинической диагностики: пальпацию, перкуссию, осмотр всех грыжевых ворот, аускультацию, ректальное исследование.

Рентгенологическое исследование считали обязательным при постановке диагноза и всем больным выполняли обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Полное соответствие клинических и рентгенологических (множественные чаши Клойбера и тонкокишечные арки) признаков ОКН было отмечено у 78 (72,2%) пациентов. Из 25 лиц с маловыраженной клинической картиной заболевания у 6 (24 %) были обнаружены достоверные рентгенологические признаки. У 21 (19,4%) рентгенологические симптомы были мало выражены или отсутствовали. В этих случаях прибегали к изучению пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту. Больному давали выпить 50-60 мл бариевой смеси. Определяли такие параметры: время выхода бария из желудка, достижение первой порции илеоцекального угла, сигмовидной кишки. В случаях подозрения на толстокишечную непроходимость бариевую смесь вводили через прямую кишку, дополняя контрастирование воздухом. Всего пассаж изучен у 37 (34,2%) человек. Использование этой методики у 31(83,8%) больного позволило диагностировать ОКН. Для ускорения исследования внутримышечно вводили церукал – 2 мл (10 мг), что позволило сократить вдвое время прохождения контрастной взвеси по тонкому кишечнику. Благодаря этому сокращались сроки установления правильного диагноза.

Для своевременной диагностики высокой ОКН вводилась бариевая взвесь шприцем Жане, приготовленная следующим образом: 100 г сульфата бария, 290 мл прокипяченной воды, тщательно смешанных. После этого производилась прицельная рентгенография патологически измененного отдела тонкой кишки при двойном контрастировании.

Длительное нахождение бария в желудке, замедленный пассаж по кишечнику и образование "депо" бария, появление расширенных петель тонкой кишки с поперечной исчерченностью, увеличение количества чаш Клойбера отмечалось при полной кишечной непроходимости.

Однако необходимо помнить, что изучение пассажа бария должно сочетаться с клиническим наблюдением и при усилении клинических признаков решать вопрос об оперативном вмешательстве, не дожидаясь результатов рентгенологического исследования.

Для диагностики ОКН использовали ультразвуковые и эндоскопические исследования, лапароцентез. Ультразвуковой метод позволяет выявить как начальные симптомы ОКН – перерастяжение петель кишечника, маятникообразное движение содержимого в них и др., так и выраженность изменения кишечной стенки, наличие выпота, свободного газа в брюшной полости (при перфорации опухоли), перифокального абсцесса. Особенно необходимо подчеркнуть, что в большинстве наблюдений (77 %) эхографическое исследование позволило установить уровень препятствия в ободочной кишке (правая половина, поперечно-ободочная кишка, левая половина, ректосигмоидный угол), в 4,5 % были выявлены отдаленные метастазы.

Немаловажным является и возможность динамического контроля результатов консервативного лечения. По показаниям и при отсутствии перитонита выполнялись экстренная ректороманоскопия и колоноскопия,

которые помимо диагностических целей предусматривали возможность разрешения непроходимости путем проведения зонда выше места препятствия и последующего введения 30 % раствора полиэтиленоксида–400 мл.

Параллельно с клинично-инструментальным обследованием больного в максимально короткие сроки проводим лабораторные исследования. Они помогают выявить признаки интоксикации и полиорганной недостаточности. Придаем значение определению индекса интоксикации, уровня креатинина и билирубина сыворотки крови.

Больные осматривались терапевтом. У 82 (75,9%) пациентов диагностированы атеросклеротическое поражение сосудов сердца, нарушение сердечного ритма, гипертония, недостаточность кровообращения. У 15 (13,8%) больных отмечена легочная недостаточность (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма с дыхательной недостаточностью).

Соблюдение вышеперечисленных диагностических принципов позволило улучшить результаты своевременной диагностики ОЖН, снизить послеоперационную летальность и уменьшить количество послеоперационных осложнений.

ВЫВОДЫ

Совершенствование организационных, диагностических и тактических способов у больных с ОЖН позволяет своевременно диагностировать заболевание. По показаниям необходимо использовать рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта в динамике. Вышеизложенные диагностические методы могут быть использованы на практике для улучшения результатов лечения больных.

SUMMARY

TO THE QUESTION OF DIAGNOSTICS OF ACUTE INTESTINAL IMPASSABILITY

V.P. Kravets, A.V. Kravets

The analysis of diagnostic methods was conducted at 108 patients with intestinal impassability. For diagnostics the roentgenologic, ultrasonic, endoskopical researches and laparotomies were been used. The observance of diagnostic principles allowed to improve the results of diagnostics of acute intestinal impassability.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонюк С. М., Головня П. Ф., Ахрамеев В. П. и др. К вопросу диагностики острой кишечной непроходимости // Материалы XIX съезда хирургов Украины. – 2000. – С 114-115.
2. Буянов В. М., Маскин С. С. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости // Анналы хирургии. -1999. – №2. – С. 23-31.
3. Deen K.J., Vadoff R.D., Goldberg S.M. et al. Surgical management of left obstruction: the University of Minnesota experience // J. Am. Coll. Surg. – 1998. – Vol. 187, №6. – P. 573- 576.
4. Зайцев В. Т., Брусницына М. П., Криворучко И. А. и др. Современные аспекты диагностики и лечения больных острой кишечной непроходимостью // Материалы XIX съезда хирургов Украины. – 2000. – С. 136-138.
5. Дикий О.Г. Сучасні аспекти лікування спайкової хвороби очеревини // Харківська хірургічна школа. – 2005. -№1. – С 105 – 106.

Кравец В.П., канд. мед. наук, доцент,
Медицинский институт СумГУ, г. Сумы;
Кравец А.В., ассистент, Медицинский институт
СумГУ, г. Сумы.

Поступила в редакцию 28 сентября 2007 г.