

# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А.Д. АСЛАНОВ, Л.М. САХТУЕВА, А.Т. ЭДИГОВ, И.А. КАРАЧАЕВА

*Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик*

## Сведения об авторах:

**Асланов Ахмед Дзонович** – Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии, д.м.н., профессор.

**Сахтуева Любовь Мухамедовна** – Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии, к.м.н., доцент.

**Эдигов Асланбек Талиевич** – Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии, ассистент.

**Карачаева Ирина Адальбиевна** – ГБУЗ ЦРБ им. А.А. Хацукова, поликлиническое отделение, врач-хирург.

**Ответственное за переписку лицо:** Бабушкина Наталья Викторовна, e-mail: natali-bnv@mail.ru

Острая кишечная непроходимость относится к одному из наиболее сложных патологических состояний в экстренной хирургии. Остаются стабильно высокими цифры летальности и значительное число послеоперационных осложнений.

Неблагоприятные исходы оперативного лечения острой кишечной непроходимости прежде всего связаны с тяжестью состояния пациентов на поздних стадиях заболевания, что обусловлено несвоевременным обращением больных, а также диагностическими и тактическими ошибками.

**Ключевые слова:** острая кишечная непроходимость, тромбоз брыжеечных сосудов, кишечная трубка, спаечная непроходимость, дифференциальная диагностика, узлообразование.

## Введение

Острая кишечная непроходимость является одним из наиболее часто встречаемых заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии в связи с неуклонным ростом числа больных и высокой послеоперационной летальностью. Для ОКН составляет до 10% среди всех неотложных заболеваний органов брюшной полости. Наиболее часто встречается острая тонкокишечная непроходимость – 60-70%, реже толстокишечная непроходимость – 30-40% случаев. Причинами острой тонкокишечной непроходимости могут быть спаечная (63%), странгуляционная (28%), обтурационная непроходимость неопухолевого генеза (7%), прочее (2%); острой толстокишечной непроходимости – опухолевая непроходимость (93%), заворот толстой кишки (4%), прочее (3%). Летальность при этой неотложной патологии остается высокой, достигая 15-40% [1]. Раннее оперативное вмешательство, основанное на точном определении локализации обструкции, улучшает прогноз и результаты хирургического лечения. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта – один из самых важных этапов оперативного вмешательства после резекции кишки.

В современных условиях значительно возросли требования по качеству и надежности хирургического шва толстой кишки. Вместе с тем результаты операций на толстой кишке не могут удовлетворить хирургов в связи с высокой частотой послеоперационных осложнений. По данным разных авторов, они составляют в среднем 8-10%, а летальность – до 14% [2]. Причиной несостоятельности может быть слишком редкое, негерметичное наложение швов в два ряда, в результате чего

нарушается кровоснабжение в зоне анастомоза. Существенное значение имеют факторы, определяющие интенсивность регенераторных процессов в области кишечного анастомоза. Клиника и диагностика не всегда однозначны и требуют использования традиционных и современных методов обследования больных. Среди, которых КТ и УЗИ больных, которые позволяют установить точный диагноз впервые часы заболевания и обращения в медицинское учреждение [3].

## Материал и методы исследования

К предрасполагающим факторам, создающим основу для развития ОКН, относят следующие факторы:

**1. Патологоанатомические особенности желудочно-кишечного тракта**, которые могут иметь как врожденный, так и приобретенный характер:

а) врожденные аномалии развития кишечной трубки (мальротация, удвоение пищеварительного тракта, меккелевы дивертикулы, общая брыжейка подвздошной и слепок кишок, различные окна, щели и углубления в брюшной полости, в которые могут внедряться кишечные петли);

б) различные спайки тяжи и сращения, создающие ненормальное расположение кишечных петель (перегибы, перекруты, сдавления) и деформирующие как кишечную трубку, так и ее брыжейку;

в) различные как доброкачественные, так и злокачественные образования различных отделов кишечника;

г) сдавление кишечной трубки опухолью, исходящей из соседних органов;

д) сужение просвета кишечника в результате перифокальной опухолевой или воспалительной инфильтрации;

е) экзофитные опухоли (либо полипы) тонкого кишечника, а также дивертикул Меккеля (могут обусловить инвагинацию); ж) чрезмерная подвижность органов как врожденного (длинная сигма), так и приобретенного характера – расслабление связочного аппарата (заворот желудка).

**2. Алиментарный фактор.** Ненормальные условия питания (нерегулярные приемы пищи, чрезмерно обильное поглощение ее, употребление грубой, трудноперевариваемой пищи), недостаточность питания, способствующая уменьшению жировой клетчатки, понижение мышечного тонуса брюшного пресса, изменение динамики моторной функции пищеварительного тракта.

1. *Пол.* Мужчины заболевают в 1,5-2 раза чаще, чем женщины. У мужчин чаще отмечаются завороты и узлообразования и реже – спаечные формы, а у женщин наоборот. Но динамическая непроходимость почти в одинаковом процентном соотношении развивается как у мужчин, так и у женщин.

2. *Возраст.* ОКН встречается во всех возрастных группах, но наиболее поражаемым оказывается зрелый возраст – от 30 до 60 лет. До 40 летнего возраста чаще наблюдаются obturации, а завороты развиваются преимущественно после 40 лет и в преклонном возрасте. Здесь имеет значение удлинение кишечника, которое развивается с годами. Спаечная непроходимость кишоч встречается преимущественно в молодом возрасте.

Кроме перечисленных факторов, предрасполагающих к развитию ОКН, существуют еще производящие факторы, непосредственно и обуславливающие это заболевание: резкое повышение внутрибрюшного давления; большое физическое напряжение; перегрузка пищеварительного тракта обильной пищей; изменения моторной функции кишечника в сторону как спастического, так и паралитического состояния его мускулатуры; многие другие факторы, которые не всегда поддаются распознаванию и учету [4].

### Результаты

Под нашим наблюдением за последние 5 лет находилось 316 человек. Из них детей первого года жизни 34, взрослых 282: мужчин 153, женщин 129.

При поступлении в хирургический стационар основными жалобами были: тошнота, рвота, приступообразные боли в животе, задержка стула и газов. Объективно сухость губ и языка, увеличение размеров и асимметрия живота. Начало заболевания чаще всего связывалось с нарушением диеты у взрослых больных и началом прикорма у детей первого года жизни.

На обзорной рентгенографии органов брюшной полости определялись чаши Клойбера и горизонтальные уровни жидкости, отмечалось учащение ЧДД, слабость кишечных шумов или наоборот бурная прослушиваемая перистальтика кишечника.

При дальнейшем тщательном обследовании из 34 больных детей у 5 причиной острой кишечной непроходимости являлось спаечная болезнь в связи с перенесенными ранее оперативными вмешательствами на органах брюшной полости.

У 29 больных первого года жизни была выявлена инвагинация кишечника. Комплексное консервативное лечение разрешило у 8 больных клинику ОКН, при этом были использованы пальпация живота против часовой стрелки, введение кислорода в просвет прямой кишки под давлением. У 21 больного было применено оперативное вмешательство – дезинвагинация, где внедрившаяся петля оказалась жизнеспособной в 16 случаях и лишь 5 больным потребовалась – операция гемиколэктомия с наложением илиотрансверзоанастомоза. В одном случае имелся летальный исход. В связи с каловым перитонитом в раннем послеоперационном периоде.

Из 282 больных взрослых спаечная болезнь наблюдалась у 77 больных, в связи с перенесенными ранее оперативными вмешательствами. Подавляющему числу из них потребовалось оперативное вмешательство, связанное с рассечением спаек и восстановлением перистальтики кишечника в послеоперационном периоде.

У 57 больных причиной ОКН были опухоли толстого кишечника. После тщательной подготовки этим больным произведена операция по удалению опухолей в один или два этапа, с последующим восстановлением целостности кишечной трубки. И лишь у 3х больных наблюдался летальный исход.

У 39 больных пожилого и старческого возраста непроходимость объяснялась запорами и каловыми завалами. Комплексное консервативное лечение с использованием откачивания содержимого желудка и проведением очистительных и сифонных клизм удалось разрешить клинику ОКН без оперативного вмешательства.

У 25 больных при рентгенологическом, УЗИ, КТ-обследовании был заподозрен заворот кишечника. Диагноз подтвержден во время лапаротомии у 21 из них. Суть выполненных им операции заключалось в развороте кишечной петли и укорочении брыжейки с использованием их дубликатуры. В связи с деструктивными изменениями в кишечной стенке 4 больным произведена резекция кишечной петли с последующим восстановлением целостности кишечной трубки.

При узлообразованиях наблюдался у 13 больных клиническая картина – резкие боли в животе, асимметрия живота и оперативное вмешательство требовалось незамедлительно. У 2 из них развязать узел не представилось возможным, так как имелись некротические изменения в кишечных петлях вовлеченных в узел. В этих случаях мы удаляли весь узел в пределах здоровых тканей с восстановлением целостности кишечной трубки.

Тромбоз брыжеечных сосудов наблюдался у 9 больных. У 2 больных с тотальным некрозом оперативное лечение заключалось во введении антикоагулянтов в сосуды брыжейки и дренированием брюшной полости. А в остальных 7 случаях производилась резекция пораженного участка и наложение анастомоза на здоровые концы кишечника.

В остальных 62 случаях непроходимость носила динамический характер. Комплексное консервативное лечение было эффективным и оперативного вмешательства им не понадобилось.

### Выводы

Таким образом, в работе хирургов важное значение имеет знание клинических проявлений каждого вида ОКН. По возможности необходимо знать клинику, методы дифференциальной диагностики каждого вида кишечной непроходимости с учетом новейших методов рентгенографии, рентгеноскопии, а также УЗИ и КТ-обследования. Показания к оперативному лечению ОКН определяются дифференцированно в зависимости от формы непроходимости и сроков ее развития. При механической природе ОКН эти показания, как правило, бывают неотложными и жизненными [5].

Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости остается сложной проблемой, связанной с частотой ее развития, поражением разных возрастных групп, разнообразием клинических проявлений и требующие дополнительных современных методов обследования больных, а также выбора оптимального метода лечения в каждом конкретном случае. Исход заболевания зависит от ранней диагностики и тактики лечения.

Большое значение в диагностике ОКН приобретает УЗИ. Разработана методика УЗИ с использованием дуплексного сканирования и цветного доплеровского картирования, которая

позволяет определить наличие или отсутствие кровотока в стенке кишки у больных с ОКН и определить наличие некротизированного участка тонкой кишки. КТ способна подтвердить диагноз острой обтурационной тонкокишечной непроходимости более чем в 90% случаев. Ей, как правило, отводится роль уточняющего метода дообследования в случаях, когда на обзорных рентгенограммах не было выявлено никакой патологии, а у пациента наблюдается клиническая картина кишечной непроходимости.

### Список литературы

1. Гельфанд .Р., Филимонов М.И., Юсуфов О.Г. и др. Энтеросорбция при синдроме кишечной непроходимости // Анестезиология и реаниматология. 1997. №3. С. 34-37.
2. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: руководство для врачей. СПб.: Питер, 1999. 443 с.
3. Зайцев В.Т. Неотложная хирургия брюшной полости // Научная медицинская литература Специальность/раздел медицины: Хирургия / Киев, 1989. С. 213-237.
4. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта //Клиническая медицина. Казань. 1984. С. 107-124.
5. Нореберг-Чарквиани А.Е. Острая кишечная непроходимость. М.: Медицина, 1969. 209 с.

## MODERN METHODS OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

A.D. ASLANOV, L.M. SAHTUEVA, A.T. EDIGOV, I.A. KARACHAEVA

*Kabardino-Balkarian State University, Nalchik*

Acute ileus is one of the most complex of pathological conditions in emergency surgery. Hold steady numbers of mortality and a significant number of post-operative complications. Adverse outcomes of surgical treatment acute intestinal obstruction, above all related to the severity of the condition of patients in the later stages of the disease, which is caused by a delay in the treatment of patients, as well as diagnostic and tactical errors.

**Key words:** acute intestinal obstruction, mesenteric vascular thrombosis, intestinal tube, adhesive occlusion, differential diagnosis, knotting.