

УДК 616.073.75: 616.34-006.272

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ)

Шармазанова Е.П.¹, Оборина Н.О.¹, Бортный Н.А.¹, Симачев А.М.², Прокопенко О.И.², Отчиченко В.В.²¹Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины²КУЗ «Областная клиническая травматологическая больница», г. Харьков

Кишечная непроходимость (ileus) — синдром, характеризующийся нарушением продвижения (пассажа) содержимого кишечника вследствие механического препятствия или функционального нарушения моторики кишки. Кишечная непроходимость (КН) описана еще в трудах Гиппократов, где впервые встречается термин «илеус» (от греческий *eileo* — вращать, скручивать). Первая отечественная работа о КН принадлежит Н.М. Амбодику-Максимовичу (1781). Учение о КН развивал и Н.И. Пирогов. В своей работе «Ileus» (1849) он вскрыл сущность патологических процессов, происходящих при различных формах КН, описал отдельные формы, этиологию этого заболевания, предложил свою классификацию.

Больные с КН составляют от 1,2 до 8,5% от общего числа больных в хирургических отделениях. Из общего числа больных, страдающих острой кишечной непроходимостью, у 88% отмечается механическая непроходимость и у 12% — динамическая (функциональная). Острая кишечная непроходимость встречается во всех возрастных группах, начиная с новорожденных и заканчивая долгожителями. Однако наиболее часто она наблюдается в возрасте от 30 до 60 лет. У детей наиболее часто встречается инвагинация кишок и КН на почве врожденных пороков пищеварительного тракта. Для пациентов в возрасте до 40 лет более характерна обтурационная непроходимость кишечника. Странгуляционные формы КН встречаются преимущественно у лиц старше 40 лет. Острой кишечной непроходимостью женщины страдают в 1,5-2 раза реже, чем мужчины. Лишь спаечная непроходимость кишечника чаще бывает у женщин. Динамическая непроходимость кишечника одинаково часто развивается как у мужчин, так и у женщин.

По клиническому течению выделяют острую и хроническую КН, по патогенезу нарушений пассажа кишечного содержимого — механическую и динамическую. Механическую непроходимость, в свою очередь, подразделяют на странгуляционную, обтурационную и смешанную. Странгуляционная КН возникает при завороте тонкой или толстой кишки, узлообразовании, ущемлении кишки в грыжевых воротах. При странгуляции

сдавливается участок кишки с брыжейкой и нарушается кровообращение в стенке кишки, что ведет к ее некрозу. Заворот кишок возникает при повороте брыжейки и кишечных петель вокруг продольной оси брыжеечных сосудов на 180—720°, вследствие чего наступает их тромбоз, обуславливающий нарушение кровообращения в стенке кишки и ее некроз. Узлообразование происходит между кишечными петлями при длинной брыжейке. В результате перистальтики одна петля кишки (сдавливающая) перекидывается и закручивается вокруг другой (осевой) и ущемляет ее, следствием чего является расстройство кровообращения в обеих петлях и их некроз. Обтурационная КН может возникать вследствие обтурации просвета кишки кусками пищи, опухолью, желчными и каловыми камнями, клубками аскарид. При этом на начальном этапе кровообращение в стенке кишки не нарушается. К смешанной КН относят спаечную непроходимость и инвагинацию. Инвагинация является следствием расстройства перистальтики кишечника, которому способствует наличие в стенке кишки воспалительного процесса, опухоли (чаще полипа на ножке), инородного тела. Спастически сокращенный участок кишки вместе с брыжейкой втягивается по продольной оси в кишку с нормальным просветом и образует внутренний цилиндр инвагината, в котором развивается отек, нарушение кровообращения и некроз. Динамическую (функциональную) КН подразделяют на паралитическую и спастическую. Механическое препятствие продвижению кишечного содержимого при динамической КН отсутствует. Паралитическая КН возникает вследствие пареза кишечника, чаще в послеоперационном периоде, при интоксикации (например, при перитоните, уремии) и заболеваниях нервной системы. Парез кишечника сопровождается его вздутием, растяжением кишечной стенки, расстройством кровообращения в ней и развитием гипоксии тканей. Спастическая непроходимость кишечника может быть следствием интоксикации (например, хронической свинцовой), она наблюдается также при функциональных заболеваниях нервной системы, спазмофилии. Хроническая КН чаще обусловлена спаечным процессом у больных, перенесших оперативное вме-

шатательство на органах брюшной полости. Реже она возникает в связи с растущей опухолью, когда обтурация развивается медленно. В случаях спяечной непроходимости нарушения кишечного пассажа могут быть частичными и могут стабилизироваться на протяжении ряда лет.

Рентгенологическое исследование остается основным специальным методом диагностики острой кишечной непроходимости. В настоящий момент четко разработаны этапы и рентгенологическая семиотика различных форм КН, однако порой бывает чрезвычайно трудно отличить одну форму непроходимости от другой и в самых простых, и в самых сложных случаях. В связи с этим мы представляем следующие наши наблюдения.

Случай 1.

Пациентка К., 27 лет, поступила в хирургическое отделение стационара Харьковской областной клинической травматологической больницы в тяжелом состоянии с клиническими проявлениями острой кишечной непроходимости: тошнота, рвота, боли в животе, отсутствие стула. После осмотра хирургом пациентка сразу была направлена на рентгенологическое исследование органов брюшной полости. Предварительный анамнез пациентки рентгенологу не был известен. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости (рис. 1) определялся гиперпневматоз отдельных участков тонкой кишки, симптом «воздушной арки» в терминальном отделе тонкой кишки и больших размеров кишечная петля, которая трактовалась как толстокишечная арка (ширина данной петли кишки превышает ширину тонкой кишки, горизонтальный уровень жидкости в просвете кишки меньше газового столба над ней). На контрольной рентгенограмме (рис. 2) через 2 часа после приема бариевой взвеси отмечается задержка основной массы контраста на уровне желудка с наличием небольшого его количества в проксимальных отделах тонкой кишки. В динамике отмечается выраженное расширение и вздутие ранее описанной кишечной петли.

По результатам рентгенологического исследования было выставлено заключение: тонко-толстокишечная механическая непроходимость. В последующем из уточненного анамнеза удалось выяснить, что пациентке была произведена субтотальная колонэктомия по поводу семейного полипоза в возрасте 16 лет, кроме этого в анамнезе еще 4 операции, две из которых – по поводу острой кишечной непроходимости. Протоколов описания операций и заключений предоставлено не было, поэтому точно решить вопрос об уровне непроходимости не представлялось возможным. Пациентка была прооперирована.

Интраоперационно выяснено, что из толстой кишки у пациентки была сохранена только прямая, дистальная часть подвздошной кишки взяла на себя функцию толстой, просвет которой был расширен до 11 см на протяжении 60 см, что и определялось на рентгенограмме. Визуально установлен заворот подвздошной кишки на 270°.

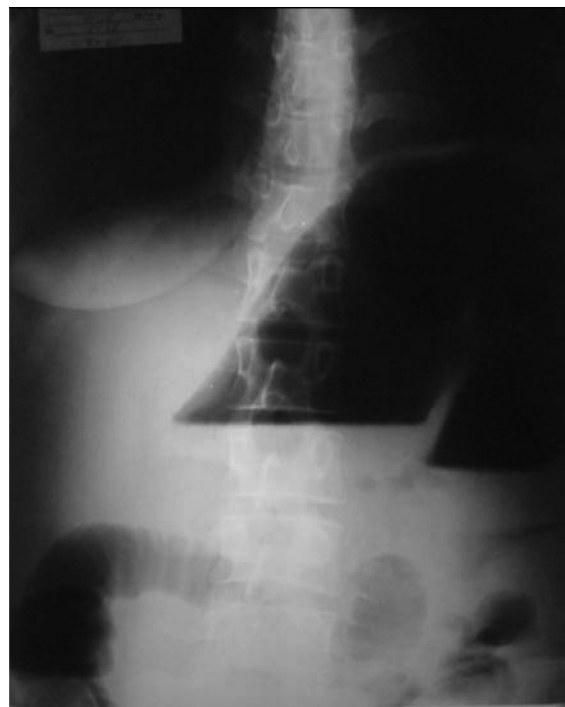


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости пациентки К., 27 лет.



Рис. 2. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости пациентки К., 27 лет. Пассаж контраста через 2 часа.

Проведена операция: разворот заворота дистального отдела тонкой кишки, трансанальная интубация тонкой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений, зонд удален на 7-е сутки после операции. У пациентки отмечено полное восстановление функции кишечника, физиологические отправления самостоятельные, выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Случай 2.

Пациент Н., 32 года, переведен в хирургическое отделение стационара Харьковской областной клинической травматологической больницы в тяжелом состоянии со стертыми клиническими проявлениями острой кишечной непроходимости из областной психиатрической больницы (основной диагноз — олигофрения). Пациент конкретных жалоб не предъявлял, продуктивному контакту не доступен. Со слов медперсонала известно, что за сутки до поступления отмечалась неоднократная рвота. На проведенной обзорной рентгенограмме брюшной полости в прямой проекции определялось множество тонкокишечных «воздушных арок» и чаш Клойбера (рис. 3). Заключение: тонкокишечная непроходимость.

Пациента прооперировали через 11 часов после поступления в стационар. Во время операции у пациента выявили наличие заворота тонкой кишки вокруг длинной брыжейки несколько раз (360°). Операция: разворот заворота тонкой кишки, трансназальная интубация тонкой кишки. Послеоперационная дренажная трубка в кишке находилась 7 суток, на 8-е сутки удален интубационный зонд, появилась перистальтика, пациент начал принимать пищу и сам опорожняться. На 11-е сутки развилась повторная клиника кишечной непроходимости, которая проявилась рвотой тонкокишечным содержимым. При стоке из желудка было получено 800 мл кишечного химуса. Клинический диагноз: послеоперационная ранняя тонкокишечная непроходимость. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости через 4 часа после

приема бариевой взвеси отмечается задержка контраста на уровне желудка (рис. 4).

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в динамике исследования (через 8 часов после приема бариевой взвеси *per os*) отмечается медленное продвижение контраста по тонкой кишке до подвздошного ее отдела. В верхних и центральных отделах брюшной полости сформировались множественные тонкокишечные чаши Клойбера (ширина уровня жидкости превышает высоту газового столба в просвете кишки) (рис. 5). Консервативно разрешить тонкокишечную непроходимость не удалось. Рентгенологически через сутки отмечалась отрицательная динамика – продвижения контраста в толстую кишку не отмечается, в просвете петель кишки увеличивается как количество жидкости, так и воздуха (рис. 6).

Повторная операция выполнена на 13-й день после 1-й операции. Визуально интраоперационно установлена причина непроходимости: в 1 м от дуодено-еюнальной связки произошла инвагинация тощей кишки в тощую (верхний отдел вклинился в нижний) на протяжении 15 см, проведена дезинвагинация тонкой кишки. Показаний к дренированию тонкой кишки не было. Повторный послеоперационный период протекал без осложнений, функция кишечника восстановлена, на 5-е сутки начал принимать пищу, оправляться. Выписан из хирургического стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, механическая тонкокишечная непроходимость не всегда выглядит стандартно на обзорных рентгенограммах брюшной полости,

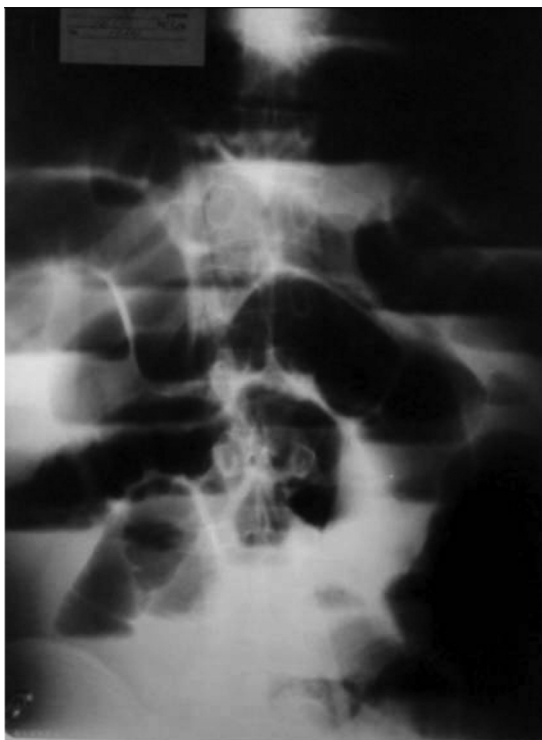


Рис. 3. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости пациента Н., 32 года.



Рис. 4. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости пациента Н., 32 года, 11-е сутки после операции. Пассаж контраста через 4 часа.



Рис. 5. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости пациента Н., 32 года, 11-е сутки после операции. Пассаж контраста через 8 часов после его приема.



Рис. 6. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости пациента Н., 32 года, 12-е сутки после операции. Пассаж контраста через 24 часа.

особенно это касается заворотов тонкой кишки и инвагинаций. Правильная организация диагностического процесса требует прежде всего последовательной, методически выдержанной оценки клинических данных, начиная с приемного отделения хирургического стационара. Не возвращаясь к подробной характеристике клинических данных, необходимо напомнить, что большинство из симптомов непроходимости подлежит, во-первых, всестороннему качественному анализу и, во-вторых, их уточнению в ходе динамического наблюдения. Это касается и жалоб больного, объективных, клинических и рентгенологических данных. Тщательный учет анамнеза пациентов и совместный анализ

рентгенограмм вместе с хирургами облегчает постановку диагноза и планирование оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Береснева Э.А. Возможности и значение обзорного рентгенологического исследования при клинической картине «острый живот» // *Медицинская визуализация*. – 2004. – № 3. – С. 6-37.
2. Кишковский А.Н., Тютин Л.А. Неотложная рентгенодиагностика (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1989. – 464 с.
3. Щербатенко М.К., Береснева Э.А. Неотложная рентгенодиагностика острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости. – М.: Медицина, 1977. – 205 с.