

УДК 616.34 — 007.272 — 07

М. А. БАБЛУМЯН

О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В статье обобщены результаты изучения наиболее частых клинических признаков различных форм кишечной непроходимости в динамике на материале 202 историй болезни. Выделены 20 клинических симптомов, причем частота отдельных клинических признаков зависит как от вида и уровня непроходимости, так и от времени, прошедшего от начала заболевания.

Распознавание и дифференциальная диагностика различных форм острой кишечной непроходимости в основном базируется на изучении и глубоком анализе клинической симптоматиологии последней. Поэтому представляет большой практический интерес выявление наиболее частой и характерной клинической симптоматиологии различных форм острой кишечной непроходимости. С другой стороны, важным является изучение диагностической ценности отдельных симптомов в динамике развития острой кишечной непроходимости.

С этой целью нами подвергнуты детальному изучению истории болезни 202 больных, находившихся на лечении за последние 15 лет (1960—1976 гг.) по поводу острой кишечной непроходимости в хирургическом отделении Степанаванской больницы Армянской ССР. Среди наших больных наблюдались следующие формы острой кишечной непроходимости: странгуляционная—68 (тонкокишечная—42, толстокишечная—26); обтурационная—40 (тонкокишечная—25, толстокишечная—15); спаечная—41; инвагинация—51 (тонкая в тонкую—3, толстая в толстую—10, илеоцекальная—38); тромбоз мезентериальных сосудов—2.

Мужчин было 115, женщин 87, возраст больных колебался от 23 дней до 85 лет.

Мы провели сравнительное изучение 20 клинических симптомов с учетом времени, прошедшего от начала заболевания, а именно: частоту и интенсивность этих симптомов в первые 6 часов, от 7 до 12, от 13 до 24 и после 24 часов от начала заболевания.

Были изучены следующие симптомы — чувство боли, наличие тошноты, рвоты, чувство сухости во рту, состояние стула, отхождение газов, положение больного в постели, пульс, артериальное давление, дыхание, температура тела, состояние языка, форма живота, состояние мышц брюшной стенки, данные пальпации, перкуссии, аускультации живота, ректального пальцевого исследования и, наконец, лейкоцитоз при различных формах острой кишечной непроходимости.

В таблице приведены обобщенные сведения о частоте указанных симптомов в динамике у всех больных, поступивших в стационар с диагнозом — острая кишечная непроходимость. Как видно из приведенных данных, чувство боли наблюдалось у всех больных, причем боли были схваткообразные у 44,06% больных, постоянно тупые у 40,60% и постоянно острые у 15,34%. Причем с увеличением давности заболевания менялся и характер болей. Так, если в течение первых 6 часов болезни схваткообразный характер болей наблюдался у 21 больного, то через 24 часа боли такого характера имелись у 48 человек. Тошнота наблюдалась у 67,82%, рвота — у 59,89%, из них однократная — у 26,73%, повторная — у 26,23% и неукротимая — у 6,93% больных. Сухость во рту отмечали 37,62% больных, это ощущение прогрессивно нарастало: если в течение первых 6 часов заболевания на сухость во рту жаловалось всего 10 человек, то через 24 часа число этих больных достигало 33. У 121 больного (59,89%) имелось расстройство стула: у 6,43% больных был понос со слизью, у 2,47% — понос с кровью и у 50,99% больных наблюдалась задержка стула, причем расстройство стула имело место в более поздние часы после начала заболевания. Задержка опхождения газов наблюдалась у 62,37% больных, чаще также в более поздние сроки заболевания. При объективном исследовании больных их пассивное положение в постели было выявлено у 3,96%, активное — у 94,06% и принудительное у 1,76% больных. Нарушение со стороны пульса (частота, наполнение и др.) имелись у 45,54% больных, причем, как правило, наблюдалось учащение пульса в более поздние сроки доставки больных в стационар. Изменения со стороны артериального давления были отмечены всего у 9,9% больных в виде его понижения различной степени выраженности. Изменения со стороны дыхания в виде его учащения, поверхностного характера наблюдались у 19,8%. Температура тела была повышенной (в пределах 37,0—39°C) у 34,15% всех больных. Язык был изменен у 49,0% больных: сухой — в 35,14%, обложенный — в 13,86%. Умеренное вздутие живота наблюдалось у 55,44%, выраженное у 2,97% и асимметрия — у 18,81%. Таким образом, конфигурация живота была изменена у 77,22%. Слабое напряжение брюшной стенки имелось у 14,35%, выраженное — у 0,99%. У 15,84% больных при пальпации удавалось выявить какие-либо образования (опухоль, инвагинат, каловые массы и др.). При перкуссии живота изменения звука были констатированы у 40,09% больных, причем высокий тимпанит наблюдался у 3,46%, умеренный — в 36,63% случаев. При аускультации живота только в 47,02% случаев были выслушаны: гиперперистальтика — 28,21%, шум плеска — 3,47%, отсутствие перистальтики — 15,34%. При пальцевом исследовании у 22,27% больных были выявлены изменения со стороны ампулы прямой кишки (расширение) и прямокишечного жома (расслабление). Симптом Щеткин-Блюмберга был положительным у 29,7% больных, симптомы Шланге, Валя, Данса были положительными соответственно у 7,92, 7,92, 7,42%. У

Таблица 1

Частота клинических симптомов при острой кишечной непроходимости

Время от начала заболевания в часах	Боли			Рвота			Сухость во рту		Стул		Задержка газов		Положение больного в постели		А/Д		Температура тела		Язык		Живот		Напряж. брюш. стенки		Перкуссия	Аускультация		Отклонение при ректальном исследовании		Симптомы		Лейкоцитоз		Процент										
	схваткообразные	постоянные	постоянные острые	однократная	повторная	неукротимая	понос с слизью	понос с кровью	задержка	пассивное	активное	приподнятое	Изменение вальсы	повышено	понижено	Дыхание	понижена	повышена	сухой	обложен	умеренно влаж	влаж	асимметрия	слабое		выраженное	Пальпируемые образования	высокая тимпанит	умеренная тимпанит	гиперперистальтика	отсутствие перистальтики	шум плеска	Щетки-Базюверга		Шанге	Валя	Данса	умеренный	высокий	Количество лейкоц.				
До 6	21	4	7	23	14	2	3	10	0	0	15	18	0	32	0	15	2	7	5	0	9	9	2	17	0	5	5	1	3	2	9	17	0	0	7	10	4	2	3	3	2	32	15,84	
7-12	23	6	6	25	12	7	1	15	5	1	12	18	0	35	0	16	4	1	10	0	10	16	4	16	1	10	6	0	8	0	15	12	1	1	7	8	1	1	3	2	2	35	17,33	
13-24	27	19	4	35	19	14	2	18	2	1	27	31	0	49	1	16	5	2	7	0	19	20	9	20	2	12	7	0	9	1	21	13	6	3	9	15	3	8	3	7	8	50	24,75	
Более 24	48	53	14	54	30	8	33	6	3	49	59	59	8	74	3	45	6	10	18	1	31	26	13	59	3	11	11	1	12	4	29	15	24	3	22	27	8	5	6	9	12	85	42,08	
Итого	119	82	31	137	54	53	14	76	13	5	103	126	8	190	4	92	17	20	40	1	69	71	28	112	6	38	29	2	32	7	74	57	31	7	45	60	16	16	15	21	24	202		
%	44,06	40,60	15,34	67,82	26,72	26,23	6,93	37,62	6,43	2,47	50,99	62,37	3,96	94,06	1,98	45,54	8,11	9,90	19,80	0,49	34,15	35,14	13,86	55,44	2,97	18,81	14,35	0,99	15,84	3,46	36,63	28,21	15,34	3,47	22,27	29,70	7,92	7,92	7,42	10,39	11,88			

22,27% больных лейкоцитоз: умеренный — у 10,39%, выраженный — у 11,88%.

Анализ изученной клинической симптоматиологии острой кишечной непроходимости показывает, что наиболее частыми признаками этой патологии являются: боли (100%), изменение конфигурации живота (вздутие, асимметрия) — 77,22%, тошнота — 67,82%, задержка отхождения газов — 62,37%, рвота — 59,89%, расстройство стула — задержка, стул со слизью и кровью — 59,89%, сухой и обложенный язык — 49,01%, сухость во рту — 37,62%. Остальные признаки встречаются сравнительно реже. Наши наблюдения показывают, что частота клинической симптоматиологии острой кишечной непроходимости зависит как от вида последней, так и от времени, прошедшего от начала заболевания.

Нами изучалась частота клинических симптомов при странгуляционной и обтурационной непроходимости, а также инвагинации кишечника. Ведущими клиническими симптомами указанных видов острой кишечной непроходимости остаются те же признаки, которые вообще наблюдаются при этом синдроме. Однако при проведении сравнительного анализа выясняется, что при различных видах острой кишечной непроходимости возникают определенные качественные сдвиги в этих признаках. Так, если боль является постоянным признаком острой кишечной непроходимости, то при различных видах последней характер боли меняется. Как было указано, схваткообразный характер боли при острой кишечной непроходимости на нашем материале наблюдался у 44,06% всех больных (табл. 1). У больных же со странгуляционной непроходимостью боли такого характера имелись у 38,23%, с обтурационной непроходимостью — у 40,0%, с кишечной инвагинацией — у 54,9% больных. Рвота при этих видах острой кишечной непроходимости соответственно наблюдалась в 77,24, 62,5, 56,86%, в то время как при синдроме вообще рвота имела у 59,89% всех больных. Тошнота у всех больных наблюдалась в 67,82% случаев, а при странгуляционной непроходимости — в 80,88%, при обтурационной — в 60,0%, при кишечной инвагинации в 58,82% случаях. Установлено, что если при острой кишечной непроходимости расстройство функций кишечника наблюдается у 59,89%, то при странгуляционном виде оно составляет 63,23%, обтурационном — 67,5%, а при кишечной инвагинации — 54,9%. Задержка отхождения газов соответственно имела место: в 62,37, 63,23, 77,5, 50,98%. Изменения со стороны языка (сухость и обложенность) наблюдались у больных со странгуляционной непроходимостью в 64,7%, с обтурационной — в 60,0%, с кишечной инвагинацией — в 43,13% всех случаев. Как было указано, одним из частых и важных признаков острой кишечной непроходимости является изменение конфигурации живота (вздутие, асимметрия и др.). Этот признак наблюдался у 77,22% всех наших больных. При изучении частоты этого симптома при различных видах острой кишечной непроходимости мы получили следующие данные: 89,7% — при странгуляции, 75,0% — при обтурации и 58,82% при инвагинации. С другой стороны, ряд симптомов, которые

при обследовании больных с острой кишечной непроходимостью встречаются сравнительно реже (пальпаторные, перкуторные и др.) при ее отдельных видах констатируются сравнительно чаще. Это относится к симптомам Валя, Шланге, Данса и др.

Наконец, следует отметить, что даже у больных с определенным видом острой кишечной непроходимости частота и характер того или другого симптома могут варьировать в довольно широких пределах, что зависит не только от времени, прошедшего от начала заболевания, но и от локализации очага непроходимости, а также от других причин.

Обобщение результатов наших исследований дает право сделать следующие выводы.

1. Ведущими клиническими симптомами острой кишечной непроходимости продолжают оставаться: боли, рвота, расстройство акта дефекации и задержка отхождения газов. Из объективных признаков наиболее частым симптомом является изменение конфигурации живота.

2. Клиническая симптоматология острой кишечной непроходимости меняется в зависимости от вида последней и времени, прошедшего от начала заболевания.

3. При странгуляционной и обтурационной непроходимости кишечника, а также непроходимости, вызванной кишечной инвагинацией, наряду с ведущими признаками возникает ряд сопутствующих признаков, характерных для данного вида кишечной непроходимости.

4. Клиническая симптоматология даже одного и того же вида острой кишечной непроходимости может меняться в зависимости от места (тонкая или толстая кишка) и уровня (начальный или терминальный отдел кишечника) локализации.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского мед. института

Поступила 30/III 1977 г.

Մ. Ա. ԲԱԲԼՅԱՆ

ՍՈՒՐ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԲԵՐ ԶԵՎԵՐԻ
ԴԻՆԱՄԻԿ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԱՌԱՎԵԼԱՊԵՍ ՀԱՃԱԽ ԵՎԱՏՎՈՂ
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԱՏԿԱՆԻՇՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇԻԶ ԱՐԺԵՔԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Աշխատանքը հիմնված է 202 սուր աղիքային անանցանելիությունով տա-
ռապող հիվանդների հիվանդության պատմության ուսումնասիրման վրա:

Ուսումնասիրվել են 20 կլինիկական ախտանիշներ և պարզվել է, անկախ
անանցանելիության ձևից և տեղակայումից կարևորագույն ախտանիշներն են՝
ցավը 100%, սրտխառնոթյունը 67,82%, փսխումը 59,89%, կղման և գաղ-
արտադրության խանգարումները համապատասխանաբար՝ 59,89%, 62,37%:

Օբյեկտիվ ախտանիշներից ամենահաճախ հայտնաբերվել է որովայնի
կոնֆիգուրացիայի ձևափոխումը:

Կապված հիվանդության տևողությունից կլինիկական ախտանիշները փոփոխվում են և բացի ընդհանուր ախտանիշներից, որոնք կարող են լինել բոլոր ձևերի ժամանակ, յուրաքանչյուր անանցանելիության ձևին բնորոշ են հատուկ ախտանիշներ:

Ի վերջո, աղիների սուր անանցանելիության ժամանակ կլինիկական ախտանիշները կարող են տարբեր արտահայտություն ունենալ նրա նույն ձևի տարբեր տեղակայության ժամանակ:

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А., Королев Л. Ф., Уманская В. В. Вестник хир. им. Грекова, 1971, 107, 12, стр. 20.
2. Блинов Н. И., Гомзяков Г. А. Трудности и ошибки диагностики острых заболеваний органов брюшной полости. М., 1967, стр. 110.
3. Блинов Н. И., Хромова Б. М. Несложная хирургия. М., 1964.
4. Витебский Я. Д. Материалы IV Всерос. съезда хирургов. Пермь, 1973, стр. 138.
5. Иванов С. Н., Сафронова Н. А., Гусев Г. М. и др. Материалы IV Всерос. съезда хирургов. Пермь, 1973, стр. 272.
6. Караванов А. Г., Данилов И. В. Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний и травм живота. Киев, 1975, стр. 129.
7. Комахидзе М. Э., Ахметели Т. И., Хомерики Г. В. Материалы IV Всерос. съезда хирургов. Пермь, 1973, стр. 112.
8. Матохин В. Ф. Материалы IV Всерос. съезда хирургов. Пермь, 1973, стр. 298.
9. Петров В. И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. М., 1964, стр. 143.