

УДК 616.34—007.271—073.75

А. Г. МАИЛЯН, М. А. БАБЛУМЯН

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОГО МЕТОДА В РАННЕМ  
РАСПОЗНАВАНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С целью выявления значения рентгеновского метода для раннего распознавания острой кишечной непроходимости были проведены клиничко-рентгено-анатомические параллели у 311 больных. При подозрении на острую кишечную непроходимость рентгенологическое исследование дало возможность поставить правильный диагноз в первые часы поступления больных в стационар в 78,7% случаев, что способствовало своевременному выполнению оперативных вмешательств и снижению процента летальности при этой патологии до 3,8.

Проблема раннего распознавания острой кишечной непроходимости продолжает оставаться актуальной в современной хирургии. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в нашей стране в вопросах госпитализации, диагностики и лечения больных с этой тяжелой патологией, процент диагностических ошибок, приводящих к тактическим погрешностям и запоздалому оперативному вмешательству, продолжает оставаться высоким. Между тем фактор времени при этой патологии имеет огромное значение.

Особенно высок процент диагностических ошибок параклинических учреждений, доходящий, по нашим данным, до 56, по данным З. В. Пестовой [11], он достигает 39,9. А. А. Русанов [12, 13] пишет, что из 1150 больных, поступивших в течение 20 лет с диагнозом: непроходимость кишок, у 393 диагноз не подтвердился, а у 123 больных, поступивших с другими диагнозами, была выявлена острая кишечная непроходимость. И в клинических условиях процент диагностических ошибок, в особенности при некоторых видах острой кишечной непроходимости, остается еще высоким. Так, В. И. Кукош, А. И. Паладова [2] пишут, что из общего числа оперированных больных диагностические ошибки были допущены у 5,9%. Д. А. Арапов, Л. Ф. Королев, В. В. Уманская [1] указывают, что правильный диагноз при злообразовании до операции был поставлен только у 12 из 90 больных. Что касается летальности в послеоперационном периоде у больных с острой кишечной непроходимостью, то она колеблется в довольно широких пределах: от 9,3 [14] до 19,5% [12, 13], составляя в среднем около 15% [10].

Среди различных причин, приводящих к диагностическим ошибкам, запоздалому распознаванию, позднему оперативному вмешательству и высокой летальности, большое значение имеет отсутствие ха-

рактерных для острой кишечной непроходимости ранних клинических признаков, тем более что этот синдром объединяет в себе различные виды непроходимости кишечника, имеющие свою этиологию, патогенез и клинику. И если удастся поставить диагноз острой кишечной непроходимости вообще, то значительно труднее установить ее этиологию, топику и характер. Поэтому в таких случаях обычно прибегают к дополнительным исследованиям.

Из дополнительных методов внимание клиницистов в первую очередь привлекло рентгеновское исследование. Несмотря на почти полувекую историю использования рентгеновского метода при диагностике острой кишечной непроходимости, он не получил широкого распространения и общего признания. Вероятно, основной причиной этого является отсутствие достаточно характерной для острой кишечной непроходимости рентгенологической симптоматики. Описанный в 1919 г. Клойбером [15] симптом, получивший в литературе название «чаши Клойбера», продолжает оставаться наиболее патогномичным для этой патологии рентгенологическим признаком. Однако «чаши Клойбера» не являются характерным признаком только кишечной непроходимости. Этот признак может наблюдаться при других заболеваниях брюшной полости и отсутствовать при клинически выраженной острой кишечной непроходимости. Тем не менее рентгенологическое исследование является ценным вспомогательным методом, и мы полностью разделяем мнение В. И. Петрова [10], который по этому поводу писал: «Отказ от помощи рентгенолога при «остром животе» и при «кишечной непроходимости служит признаком опасной отсталости хирурга».

В Степанаванской центральной районной больнице все больные с синдромом «острого живота» в обязательном порядке подвергаются рентгенологическому исследованию. Результаты наших многочисленных исследований [7] установили, что при непроходимости тонкого кишечника ранним рентгенологическим признаком служит скопление газов в петлях тонкой кишки выше места препятствия, а при острой непроходимости толстой кишки—скопление газов в просвете толстой кишки над местом нарушения проходимости и отсутствие скопления газов в отводящей петле толстой кишки. Таким образом, наиболее ранним рентгенологическим признаком острой кишечной непроходимости нами признано нарушение существующего в норме распределения газа в кишечнике, названное нами симптомом «нарушения газового баланса кишечника». Наконец, нами показано также, что «чаши Клойбера» возникают в участках скопления газов значительно позже последних и между этими двумя симптомами имеется тесная взаимосвязь [3—7].

В хирургическое отделение Степанаванской центральной районной больницы с диагнозом: острая кишечная непроходимость за последние 16 лет поступило 502 больных, из которых диагноз был подтвержден у 230 человек (44%). Детальному изучению подвергнуты истории болезни 202 больных, страдающих этим заболеванием. У 311 больных

(из 502) были проведены клинничко-рентгено-анатомические параллели с целью объективной оценки значения рентгеновского метода в распознавании острой кишечной непроходимости.

Проведенные наблюдения полностью подтвердили, что для всех видов острой кишечной непроходимости первым рентгенологическим признаком является симптом «нарушения газового баланса кишечника». Рентгенологическая симптоматология, как и клиническая картина заболевания, меняется в зависимости от сроков возникновения острой кишечной непроходимости, ее уровня и характера. Как было указано, «чаши Клойбера», как правило, являются поздним признаком острой кишечной непроходимости и говорят о возникших в стенке кишечника гязелых гемодинамических расстройствах.

Из 311 больных, направленных на рентгеновское исследование с диагнозом: острая кишечная непроходимость, клинический диагноз был подтвержден у 172 (55,3%) и подтвержден анатомически (на операционном столе и во время секции) у 167 человек (96,5%). С целью иллюстрации приводим краткие сведения из истории болезни.

Больная М., 19 лет, доставлена в больницу 7/VII 1977 г. с жалобами на боли в подложечной области, тошноту и рвоту. Боли постоянные, временами схваткообразные. Рвота вначале пищей, затем желчью. Стул в норме. Считает себя больной около 6 часов. Заболевание связывает с принятой пищей (поела вареную речную рыбу). С диагнозом: острый алиментарный гастрит больная доставлена в больницу. В 14-летнем возрасте перенесла аппендэктомию по поводу острого воспаления червеобразного отростка. На 3-й день после операции подверглась релапаротомии по поводу послеоперационной спаечной непроходимости кишечника.

Больная беспокойна, видимые слизистые и кожа бледные. Пульс 84 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. А/Д 150/90 мм рт. ст. Температура тела 36,6°C. Язык чистый, влажный. Живот овальной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. По средней линии ниже пупка и в правой подвздошной области видны два линейных рубца длиной 16 и 6 см. Брюшная стенка мягкая, болезненная, больше в верхней половине. Перкуторно отмечается высокий тимпанит, в частности в левом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Со стороны других органов и систем отклонений от нормы не выявлено.

Предварительный диагноз: острый алиментарный гастрит, пищевое отравление. Консультация хирурга: хирургический острый живот исключается. 7/VIII произведены обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости. В вертикальном положении выявлено наличие отдельного конгломерата вздутых газом петель тонкой кишки в левой половине живота. Толстая кишка без особенностей, содержит незначительное количество газов (рис. 1а).

Рентгенологическое исследование: тонкокишечная непроходимость спаечного происхождения.

Предложено оперативное вмешательство, от которого больная и ее родные отказались. Несмотря на предпринятые мероприятия (двусторонняя окологречная новокаиновая блокада, спазмолитики, очистительная клизма и мезезаменители и др.), состояние больной прогрессивно ухудшалось.

8/VII, почти через сутки после первого исследования, произведены рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости. На месте ранее описанного конгломерата вздутых петель тонкой кишки имеются 6 «чашек Клойбера», видны арки тонкокишечного характера (рис. 1б).

Рентгенологическое заключение: тонкокишечная спаечная непроходимость.

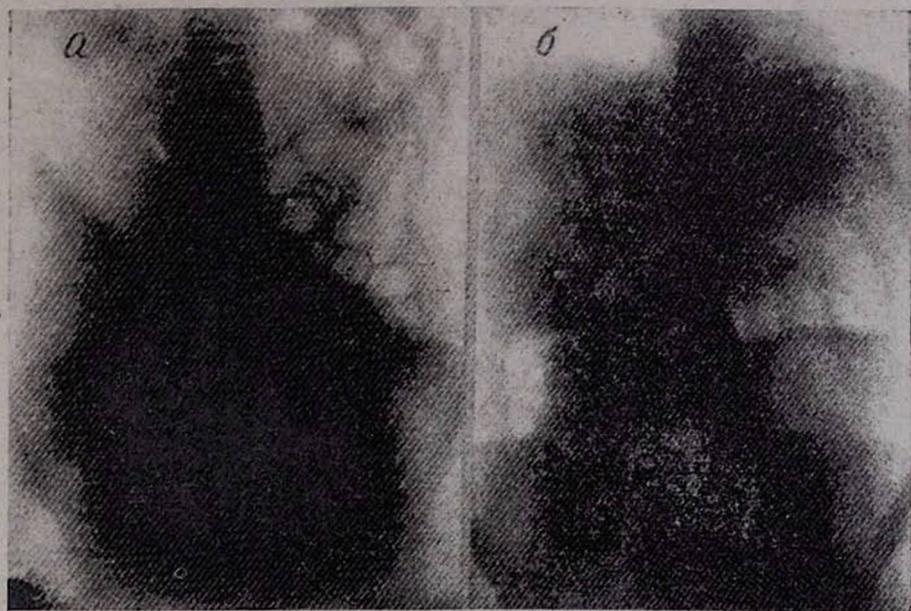


Рис. 1а. Обзорная рентгенография брюшной полости. В левой половине живота хорошо видны вздутые газами петли тонкой кишки (симптом нарушения газового баланса). б. Обзорная рентгенография той же больной через 24 часа после первой рентгенографии. На месте вздутых газами петель тонкой кишки имеются «чашки Клойбера» и арки тонкокишечного характера.

Операция, выполненная через 45 часов после доставки больной в стационар и через 51 час после начала заболевания, подтвердила рентгенологический диагноз. В брюшной полости имеется множество спаек различного характера, одна из которых вызвала ущемление петли тонкой кишки. Произведено расоечение и частичное иссечение спаек, туалет брюшной полости и послойное зашивание операционной раны наглухо. Послеоперационное течение гладкое, больная выздоровела.

Приведенное наблюдение служит яркой иллюстрацией существующей взаимосвязи между симптомом «нарушения газового баланса кишечника» и «чашей Клойбера», еще раз подтверждая, что при острой кишечной непроходимости прежде всего возникают нарушения нормального распределения газов в кишечнике, а затем уже в участках его скопления возникают «чашки Клойбера».

Таким образом, в тех случаях, когда клиническая картина заболевания не дает возможности установить ранний диагноз острой кишечной непроходимости, рентгеновское исследование может иметь решающее значение. Пользуясь этим методом в комплексе с другими методами обследования больных с подозрением на наличие острой кишечной непроходимости, нам удалось повысить процент правильных диагнозов в первые часы поступления больных до 78,7, благодаря чему в

