

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

На правах рукописи  
УДК 534 – 8 + 616 – 073 + 616.34 + 616 – 007.272

Майканаев Болотбек Бекташович

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РЕШЕНИИ  
ТАКТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ  
НЕПРОХОДИМОСТИ

(140027 - хирургия)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2007

20  
14 (5)  
Р.Т

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии (база городская клиническая больница №1 г.Бишкек) и в Жайылской территориальной больнице (г. Карабалта)

**Научный руководитель:** Доктор медицинских наук  
Кенжаев М.Г.

**Официальные оппоненты:** Доктор медицинских наук,  
профессор  
Бектуров Ж.Т.

Кандидат медицинских наук  
Осмоналиев Д.М.

**Ведущее учреждение:** Кыргызско - Российский  
Славянский Университет  
им. Б.Н. Ельцина

Защита состоится « 1 » сентября 2007 г. в 13<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д 14.06.314 при Национальном хирургическом центре МЗ КР по адресу: 720044., г.Бишкек, ул. 3-я Линия, д.25

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра МЗ КР (720044, г.Бишкек, ул. 3-я Линия, д.25)

Автореферат разослан « 26 » сентября 2006 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук,  
профессор



Сопуев А.А.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы:** Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одним из самых тяжелых заболеваний человека, занимающей одно из первых мест в структуре острых хирургических заболеваний (В.М. Кузнецов и соавт., 1991; Bromenshenkel J. et al, 2000; Fevend B et al, 2000) и сопровождающейся большим количеством послеоперационных осложнений и высокой летальностью, которая достигает 14-25% и не имеет тенденции к снижению (В.П. Петров и И.А. Ерюхин, 1989; Д.М. Красильников и соавт., 2004; Johanel H. et al, 1999)

Результаты хирургического лечения этого заболевания во многом зависят от точности и своевременности диагностики. Важнейшей причиной неблагоприятных исходов лечения острой кишечной непроходимости являются несвоевременная и неадекватная диагностика и следующие за этим тактические ошибки.

В настоящее время диагностика острой кишечной непроходимости (ОКН) основывается на данных клинического, рентгенологического и эндоскопического исследований. Однако, в начальных стадиях заболевания они не всегда убедительны и достоверны, частота диагностических ошибок даже в условиях стационара достигает 16-34% (В.М. Буянов и соавт., 1999; Е.В. Вергасова и соавт., 2002; Л.М. Портной и соавт., 2003).

С другой стороны, проведение эндоскопических исследований не всегда возможно из-за тяжести состояния больного и выполнимо лишь при условии хорошей предварительной подготовки кишечника. В целях повышения возможностей диагностики ОКН в последние годы предложен простой, доступный, неинвазивный метод ультразвукового исследования, не связанный с лучевой нагрузкой ни на врача, ни на пациента (Басель Аль-Аббас и соавт., 1995; А.И. Кушнеров, 1996; В.И. Селиванов и соавт., 2000; З.А. Лемешко, 2003; Weiner K., Kleem C, 1987; Kohn A. et al, 1999; Zoqtus W.K. et al, 1999).

Ранее считалось, что проведение УЗИ органов содержащих газ, является неперспективным, поскольку они полностью отражают ультразвуковые волны (Meiser G., Meissner K., 1987). Однако, в последнее время, в связи с развитием сонографических технологий, работающих в режиме реального времени, расширились возможности диагностического применения УЗИ ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта, но вопросы определения роли и места УЗИ в выявлении этой патологии, ее взаимоотношения с традиционной рентгенологией находятся еще в стадии дальнейшего их обсуждения и утверждения (В.И. Буянов и соавт., 1999; К.Ю. Данилов и соавт., 2003; Л.М. Портной и соавт., 2003; М.В. Ростовцев и соавт., 2003; Dashwood R.H., 1999). Следовательно, поиск наиболее простых, доступных, безвредных и в то же

время высокоинформативных методов исследования, равно как и разработка методических приемов, улучшающих результаты диагностики и лечения, продолжаются. Все указанные обстоятельства послужили основанием для проведения данного исследования.

**Цель исследования:** - улучшение диагностики и тактики хирургического лечения больных острой кишечной непроходимостью с применением ультразвуковой эхографии.

**Задачи исследования:**

1. Разработать ультразвуковую семиотику острой кишечной непроходимости.
2. Определить эхографические критерии острой кишечной непроходимости и их роль в выборе тактики лечения острой кишечной непроходимости
3. Провести сравнительный анализ клинико-рентгенологических и УЗ методов диагностики острой кишечной непроходимости.
4. Разработать алгоритм диагностики и хирургической тактики при острой кишечной непроходимости.

**Научная новизна исследования:**

- Представлена ультразвуковая семиотика острой кишечной непроходимости
- Определены место и роль УЗИ в комплексе методов диагностики и выборе тактики лечения острой кишечной непроходимости
- Построен алгоритм диагностики и тактики хирургического лечения острой кишечной непроходимости

**Практическая значимость полученных результатов:**

- Использование разработанных критериев ультразвуковой семиотики острой кишечной непроходимости способствует улучшению диагностики острой кишечной непроходимости
- Разработанные тактические решения основанные на данных клинико-рентгенологических, ультразвуковых методов исследования позволили избежать напрасных операций и улучшить результаты лечения острой кишечной непроходимости.

**Экономическая значимость полученных результатов:**

Включает возможность получения медико-хирургической эффективности при использовании разработанного метода эхографической диагностики и принципов хирургической тактики лечения ОКН, за счет сокращения сроков.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Разработанная эхографическая семиотика является высокоинформативным УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости.

2. Эхографические критерии динамики течения острой кишечной непроходимости позволяют выбрать адекватную тактику и оценить эффективность лечения.
3. Предложенные принципы диагностики и лечения повышают эффективность лечения ОКН.

**Личный вклад соискателя:**

Всех больных обследовал лично и выполнял лечение в т.ч. оперировал и ассистировал при операциях по поводу острой кишечной непроходимости.

**Апробация результатов исследования:**

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на:

- конференции молодых ученых КГМА (Бишкек, 2003)
- V международной конференции урологов (Бишкек, 2003)
- научно-практической конференции, посвященной 65-летию Кыргызской Государственной Медицинской Академии (Бишкек, 2004)
- заседании Ассоциации хирургических обществ КР (Бишкек, 2006)
- совместном заседании сотрудников кафедры факультативной хирургии КГМА и хирургов Жайылской территориальной больницы (Бишкек, 2006)

**Внедрение полученных результатов:**

Основные положения работы внедрены в хирургических отделениях ГКБ №1 (г. Бишкек), в Жайылской территориальной больнице (г. Карабалта) и используются в учебном процессе на кафедре факультетской хирургии КГМА, для студентов 4 курса лечебного, педиатрического факультета, клинических ординаторов по теме «Кишечная непроходимость».

**Публикации по теме диссертации:**

По теме диссертации опубликовано 5 статей.

**Структура и объем диссертации:**

Диссертационная работа изложена на 107 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Работа иллюстрирована 13 таблицами, 13 рисунками.

Библиография включает 196 источников, из них 141- отечественных и из стран ближнего зарубежья; 55 – работ авторов стран дальнего зарубежья.

**СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач, помимо общеклинических методов исследования, нами использована обзорная рентгенография брюшной полости, а в отдельных случаях – контрастная

рентгеноскопия кишечника. У всех больных применено УЗИ на диагностических аппаратах MEDISON SA – 600, LOGIC – 100 PRO с линейными и секторными датчиками реального масштаба времени 3,5 МГц. У больных, с предположительно низкой локализацией опухоли, осуществляли ультразвуковую ирригоскопию с использованием теплой воды. Исследования проводили при поступлении, после проведения консервативных мер с целью разрешения кишечной непроходимости и в отдельных случаях – после операции.

Под наблюдением находилось 214 больных с острой кишечной непроходимостью, госпитализированных в хирургическое отделение ГКБ №1 и Жайылскую территориальную больницу с 1997 по 2004 год включительно. Необходимо отметить, что заболеваемость прогрессивно увеличивается по годам (рис.1)

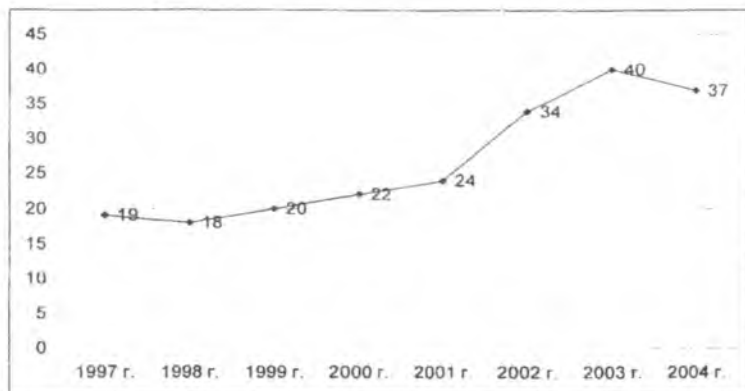


Рис.1 Распределение больных по годам

Что же касается удельного веса оперированных больных по годам, то их количество не имело определенной закономерности, так как это зависело от форм О.К.Н.

**Результаты исследование.** Анализ поступивших больных с учетом пола и возраста (табл.1) показывает, что чаще поступали мужчины в сравнении с женщинами. Основную группу составляли лица в возрасте от 20 до 49 лет.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		из них в возрасте (в годах)						
	абс. ч	%	до 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
Муж	122	57,0	20	22	34	18	11	6	11
Жен	92	43,0	9	19	15	14	9	11	15
Итого	214	100,0	29	41	49	32	20	17	26
%			13,6	19,2	22,9	15,0	9,3	7,9	12,1

Больных старше 60 лет было 1/3 пациентов с наличием сопутствующих заболеваний.

Мы обратили внимание на сроки доставки больных в стационар (рис.2) и при этом установили, что до 6 часов с момента заболевания поступило всего 5,7%, от 6 до 12 часов – 13,5%, а остальные позже 12 часов.

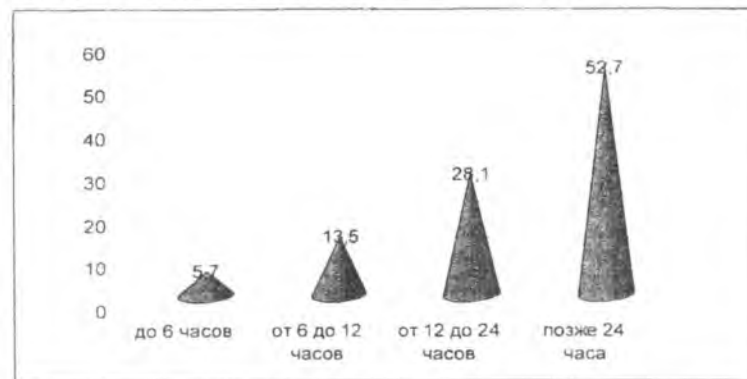


Рис.2. Сроки поступления больных с острой кишечной непроходимости

Среди поступивших, динамическая кишечная непроходимость имела место у 41 больного (19,1%), а у 173 (80,9%) диагностирована механическая кишечная непроходимость (рис.3)

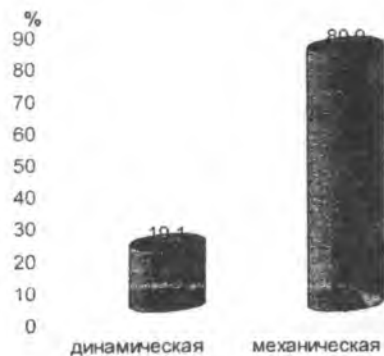


Рис.3. Клинические формы острой кишечной непроходимости

Из числа последних, обтурационная кишечная непроходимость выявлена у 10 (5,7%): странгуляционная кишечная непроходимость,

обусловленная спаячным процессом - у 133 (76,9%), заворотом - у 22 (12,7%) и ущемлением петель кишечника - у 8 (4,7%) пациентов.

В течении острой кишечной непроходимости мы выделили 3 стадии: компенсации - у 135 (63,1%), субкомпенсации - у 45 (21,2%) и декомпенсации - у 34 (15,9%) больных.

Клиника острой кишечной непроходимости была довольно многообразной. Мы попытались изучить ряд симптомов в зависимости от формы и стадии заболевания и изложили их в сопоставлении с результатами рентгенологического и ультразвукового исследования. Клинические проявления зависели от формы, степени закрытия просвета кишечника, стадии процесса, времени прошедшего от начала болезни, возраста больных и наличия сопутствующих заболеваний.

Анализ результатов рентгенологического исследования показал, что рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости проявляются уже через 4-6 часов от начала заболевания в виде пневматоза тонкой кишки, а в последующем, в кишечнике определяется наличие уровней жидкости. Нередко выявляются «чаши Клойбера», симптом перистости, расширение петель кишечника, видимое усиление перистальтики кишечника, либо ее полное отсутствие. Эффективным средством диагностики толстокишечной непроходимости является ирригоскопия, которая была использована нами у 7 больных.

Оценивая, в целом, результаты рентгенологического исследования необходимо отметить, что этот метод был информативен в 68,8% случаев, следовательно больные нуждались в дополнительных методах диагностики, в частности в УЗИ.

УЗИ выполнено при поступлении у всех больных, а у ряда пациентов дополнительно после проведения консервативных мер, что позволило нам составить ультразвуковую семиотику ОКН (табл.2).

Эхографически, наиболее часто, при всех формах непроходимости обнаруживается расширение диаметра петель кишечника, что имело место у 194 (90,7%) из 214 больных, усиление перистальтики у 156 (72,9%), скопление газа у 174 (81,3%), жидкости у 144 (67,3%), наличие антиперистальтики у 79 (36,9%), «маятникообразное» движение жидкостей у 79 (36,9%), и видимость складок Керкринга у 75 (35%) больных. Другие признаки встречались реже, и были характерны для отдельных форм и стадии болезни, о чем будет сказано ниже.

В стадии компенсации ОКН - что имело место у 135 (63,1%) из 214 больных, отмечалось увеличение диаметра кишки в отдельных анатомических областях, с незначительным усилением перистальтики, наличие жидкого содержимого и газов. Существенных изменений со стороны кишечной стенки не наблюдалось. (рис.4)

Ультразвуковая семиотика в зависимости от клинической формы ОКН

Ультразвуковые признаки		Клинические формы ОКН		Всего больных 214 чел.	
				Из них выявленные ультразвуковые признаки	
		Динамическая п - 41	Механическая п - 173	Абс.чис	% %
Расширение петель:	тонкой кишки	26 63,4 ± 7,5	139 80,3 ± 3,0	165	77,1
	толстой кишки	3 7,3 ± 4,0	26 15,0 ± 2,5	29	13,6
Перистальтика кишки:	усилена	5 12,2 ± 5,1	151 87,3 ± 2,2	156	72,9
	ослаблена или отсутствует	29 70,7 ± 7,1	27 15,6 ± 2,6	58	27,1
Наличие антиперистальтики		3 7,3 ± 4,0	76 43,9 ± 3,7	79	36,9
Избыточное скопление в кишечнике	газов	30 73,2 ± 6,7	144 83,2 ± 2,8	174	81,3
	жидкостей	11 26,8 ± 6,7	133 76,9 ± 3,1	144	67,3
Маятникообразное движение жидкостей		3 7,3 ± 4,0	76 43,9 ± 3,7	79	36,9
Циркулярное движение содержимого в виде «снежной бури»		5 12,2 ± 5,1	64 37,0 ± 3,6	69	32,2
Наличие складок Керкринга в виде «зубов акулы»		3 7,3 ± 4,0	72 41,6 ± 3,7	75	35,0
Наличие инфильтрата в виде «кокарды»		-	4 2,3 ± 1,1	4	1,9
Избыточное скопление жидкости в желудке		2 4,9 ± 3,2	32 18,5 ± 2,9	34	15,9
Наличие свободной жидкости в брюшной полости		2 4,9 ± 3,2	29 16,8 ± 2,8	31	14,5
Прохождение жидкости через препятствие при УЗирригоскопии: (n = 34)	частичное	-	22 12,7 ± 2,4	22	10,2
	не проходит	-	12 6,9 ± 1,9	12	5,6





Рис.4. Эхограмма больной с А. острой кишечной непроходимостью в стадии компенсации

Данные УЗИ позволили нам выбрать консервативное лечение и наметить план его реализации. В стадии субкомпенсации, которая имела место у 45 (21%) чел., отмечалось увеличение диаметра кишки в нескольких анатомических областях с усиленной перистальтикой и антиперистальтикой выше места препятствия, «маятникообразные», циркулярные движения внутрипросветной жидкости в виде «снежной бури», утолщения стенок кишечника и складок Керкринга в виде «зубов акулы», своеобразное прохождение содержимого через каждую складку в виде «штурмовых волн» (рис.5).



Рис. 5. Эхограмма больного Р. с острой кишечной непроходимостью в стадии субкомпенсации.

Появление указанных эхографических признаков диктует необходимость применения тактики лечения в пользу экстренной операции после кратковременной предоперационной подготовки.



Рис. 6. Эхограмма больного Р. с острой кишечной непроходимостью в стадии декомпенсации.

В стадии декомпенсации, что наблюдалось у 34 (15,9%) больных, была пестрая эхографическая картина. Практически во всех отделах брюшной полости определялись расширенные и заполненные жидким содержимым петли кишечника.(рис.6) Маятникообразные перистальтические движения кишечника постепенно замедляются, затем перестают определяться. Резко увеличивается диаметр кишки, складки Керкринга утолщены, визуализируется заполненный жидким содержимым желудок и переполненный застойной желчью желчный пузырь, и главное, – в различных отделах брюшной полости определяется наличие свободной жидкости, что говорит о развитии перитонита и запущенности процесса, и диктует необходимость выполнения экстренной операции.

Не менее важным, является дифференциальная диагностика механической и динамической непроходимости. О наиболее характерных признаках механической кишечной непроходимости сказано выше.

Динамическая кишечная непроходимость, имела место у 41 (19,2%) из 214 больных, как правило, наблюдалась после обширных абдоминальных операций, либо рефлекторно, при различных острых заболеваниях, либо при перитоните. При этом эхографическая картина характеризовалась (табл.2) снижением (в отличие от механической непроходимости), вплоть до полного отсутствия перистальтики и антиперистальтики кишечника, что расширением

Клинико-рентгенологическая и эхографическая семиотика острой кишечной непроходимости в зависимости от ее стадии

из-за скопления в большом количестве газов при относительно малом количестве жидкости, а также в меньшей степени было выражено «мятниковобразное», циркуляторное движение содержимого и наличие складок Керкринга. Если парез кишечника наступал на фоне развивающегося перитонита, то еще определялось наличие свободной жидкости между петлями кишечника и в отлогих местах брюшной полости. Учет изложенной картины позволяет дифференцировать динамическую непроходимость от механической и выбрать адекватную хирургическую тактику.

Эхографическая картина может быть разной в зависимости от уровня обструкции. В случаях высокой тонкокишечной непроходимости, что имело место – у 88 (41,1%) больных, расширенные петли тонкой кишки занимали только левую половину брюшной полости и определялась жидкость в желудке. При среднем уровне тонкокишечной непроходимости – у 28 (13%), измененные петли располагались в мезогастральной области, а при наличии обструкции в дистальных отделах подвздошной кишки – у 64 (30%), расширенные петли кишечника заполняли все отделы брюшной полости.

При наличии непроходимости на уровне толстой кишки – у 34 (15,8%) больных диаметр последней превышал 5см. и более, к вышеуказанным признакам прибавлялись четко выявляемые поперечные перемычки внутрикишечной стенки выше препятствия, соответствующие складкам расположенным между гаустроами.

Для выявления уровня препятствия левой половины ободочной кишки и его характера обычное УЗИ мы дополняли ультразвуковой ирригоскопией, путем введения в прямую кишку теплой воды. При этом, по мере наполнения дистальных отделов, жидкость доходя до уровня обтурации (если она полная) откатывалась назад, напоминая «прибой морской волны», что имело место – у 12 (35,3%) из 34 больных. Этот отдел все больше расширялся, становясь схожим приводящей петлей и между которыми оставался суженный участок пораженный опухолью, напоминая «сосиски» (указанные сравнения предлагаются нами).

При неполной обтурации просвета кишечника – у 22 (64,7%) из 34 пациентов, клизменная вода частично проходила через суженный участок в виде тонкой полоски, напоминая турбулентное завихрение и все более наполняя супрастенотически расширенный участок кишки, вызывая завихрение содержимого. Указанное исследование позволяло определить уровень, протяженность и степень обструкции просвета кишки, состояние вышележащих сегментов толстой кишки и повышало информативность УЗИ и определяло тактику дальнейшего лечения.

Проведенный анализ возможностей: клинических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования показал, что результаты диагностики

Стадия	Признаки острой кишечной непроходимости		
	клинические	рентгенологические	ультразвуковые
Компенсированная	Боли интенсивные, чаще схваткообразного характера, относительная задержка отхождения газов, умеренно выраженное вздутие живота. Возможна тошнота и рвота желудочным содержимым. Перистальтика усилена	Выраженная пневматизация толстой кишки, небольшое количество газа в различных отделах тонкой кишки. Стенка кишки не отечна, контуры ее четкие и складки слизистой не визуализируются. Жидкость в брюшной полости не определяется. Перистальтика усилена.	Незначительное увеличение диаметра кишки в отдельных анатомических областях. Толщина стенки кишки 2,5 -3,0 мм. Складки слизистой не определяются. Перистальтика кишечника незначительно усилена – средней интенсивности. Жидкость в брюшной полости не определяется.
Субкомпенсированная	Боли интенсивные преимущественно постоянного характера, выраженные признаки интоксикации: тошнота, рвота, сухость во рту, тахикардия 100-110 в мин., задержка отхождения газов и стула. Вздутие живота. Возможна тошнота и рвота желудочным содержимым. Перистальтические шумы ослаблены. Застойное содержимое определяется по назогастральному зонду	Выраженная пневматизация многих петель кишечника. Определяются кишечные аркады, уровни жидкости в отдельных кишечных петлях, отек кишечных складок слизистой в приводящей петле. Перистальтика усилена.	Выявляются СВДЖ, т.е. определяются расширенные и заполненные мелкодисперсной взвесью петли кишечника в нескольких анатомических областях с усиленной перистальтикой и антиперистальтикой в виде «мятниковобразного движения», положительный симптом «снежной бури». Утолщение стенок кишечника до 5мм и четко выявляются складки слизистой Керкринга в виде «зубов акулы», завихрение содержимого в виде «штормовых волн». Могут определяться незначительные следы жидкости между петлями кишечника.
Декомпенсированная	Боли постоянного характера, тошнота, многократная рвота «кишечным содержимым», выраженная сухость языка, кожи, снижение тургора кожи и мышц. Тахикардия более 110 в мин. Резкое вздутие живота, отсутствие перистальтики кишечника, «шум плеска» симптом Щеткина-Блюмберга положителен.	Выраженное вздутие всех отделов кишечника с наличием чаш Клойбера, увеличение диаметра кишки с утолщением их стенок. Перистальтика не выявляется. Определяется жидкость в брюшной полости	Во всех отделах бр.полости определяются расширенные и заполненные жидким содержимым петли кишечника. Складки Керкринга утолщены. Перистальтика кишечника резко ослаблена или отсутствует. Выявляется заполненный жидким содержимым желудок и переполненный застойной желчью желчный пузырь. Определяется наличие свободной жидкости во всех отделах брюшной полости.

острой кишечной непроходимости могут быть существенно улучшены при их комплексном использовании. В этой связи, нами разработана клиническая, рентгенологическая и эхографическая семиотика острой кишечной непроходимости в зависимости от стадии патологического процесса (табл.3).

На основании полученных результатов указанных исследований нами разработан алгоритм диагностики и хирургической тактики, учет данных которого, на наш взгляд, улучшает работу практического врача в деле постановки диагноза ОКН и правильном выборе тактики, что и повышает эффективность лечения больных с этой патологией (рис.4).

#### Схема алгоритма диагностики и хирургической тактики при ОКН



Рис. 4. Схема алгоритма диагностики и хирургической тактики при ОКН.

Лечение больных с острой кишечной непроходимостью остается одним из сложных вопросов современной хирургии. До сих пор нет единого взгляда в отношении тактики ведения больных. Мы в своей работе придерживаемся активной тактики лечения острой кишечной непроходимости. Консервативную терапию, направленную на декомпрессию кишечника проводили больным поступившим в стадии компенсации и субкомпенсации с обязательным контролем ультразвуковой динамики. А больным, поступившим в стадии декомпенсации и с картиной перитонита выполняли экстренное оперативное вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки, т.е. в течение не более 2 час. с момента поступления.

С помощью консервативных мероприятий удалось устранить явления острой кишечной непроходимости у 134 (62,6%) из 214 больных, в последующем они были детально обследованы. Остальным 80 (37,4%) пациентам проведено оперативное вмешательство, из которых в первые 6 час. с момента поступления оперированы 50 (62,5%); до 12 час. – 7 (8,8%); до 24 час. – 12 (22,2%) и позже 24 час. – 6 (7,5%) больных.

В выборе сроков операции наряду с данными клинической картины, мы большое значение придаем динамике показателей УЗИ, говорящей о переходе картины ОКН из стадии компенсации в стадию суб – и декомпенсации. Наилучшие результаты получены среди оперированных в первые 6 час.

Объем и вид операции зависит от причины непроходимости, стадии процесса, его локализации, наличия осложнений, выраженности перитонита, общего состояния, возраста больных и сопутствующих заболеваний. (табл.4)

Таблица 4

#### Типы операций при механической кишечной непроходимости

Операция	Клинические формы ОКН			
	обтурационная	странгуляционная	ВСЕГО	
			абс.ч.	%
Устранение ОКН без резекции	0	55	55	68,7
Резекция кишки с анастомозом	3	15	18	22,5
Резекция кишки с наложением стомы	4	3	7	8,8
Всего	7	73	80	100,0



Из числа 80 оперированных у 55 (68,8%) операция устранения непроходимости кишечника выполнена без резекции кишки, у остальных 25 (31,2%) завершена с резекцией кишечника, с наложением межкишечного анастомоза у 18 (22,5%) или стомы - у 7 (8,8%).

Послеоперационные осложнения возникли у 21 (26,2%) больных, умерли 2 (2,5%). Осложнения были наиболее высоки в группе пациентов с резекцией кишечника, это и объяснимо, так как резекция кишечника производится вынужденно, наиболее тяжелым больным, у которых ОКН сопровождалась перитонитом, глубокими нарушениями как со стороны кишечника, так и жизненно важных органов.

Результаты наших исследований, выполненных у 214 больных с острой кишечной непроходимостью показали, что ее диагностика возможна при комплексном использовании клинических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования. Эффективность хирургического лечения находится в прямой связи с ранним выявлением этого заболевания, а также от правильного выбора хирургической тактики. Соблюдение разработанных нами принципов хирургической тактики позволило у большинства больных (62,6%) устранить явления острой кишечной непроходимости консервативными мерами, остальные были оперированы в максимально короткие сроки с момента поступления в стационар, что позволило заметно снизить послеоперационные осложнения и летальность, в сравнении с данными литературы. Выбору хирургической тактики способствовало применение УЗИ в динамике с учетом разработанной нами эхографической семиотики острой кишечной непроходимости и в зависимости от формы и стадии патологического процесса.

### **ВЫВОДЫ:**

1. Ультразвуковой метод исследования, с учетом разработанной эхографической семиотики, позволяет диагностировать и дифференцировать различные формы острой кишечной непроходимости. Чувствительность метода 90,7%.

2. Основными эхографическими критериями ОКН является расширение петель кишечника, изменение перистальтики, избыточное внутрипросветное депонирование жидкости и газов с изменением их движения, утолщение складок и стенок кишечника, Степень их выраженности зависит от клинической формы, уровня обструкции и стадии патологического процесса, что позволяет выбрать адекватную тактику лечения.

3. Ультразвуковой метод диагностики ОКН по своей чувствительности не только не уступает клинико-рентгенологическим методам, но имеет существенные преимущества: прост в выполнении, доступен для лечебных учреждений, является экспресс - методом, нет лучевой нагрузки, что позволяет проводить повторные исследования в динамике. Сочетание

клинико-рентгенологических и ультразвуковых методов исследования повышает эффективность диагностики ОКН.

4. Разработанный алгоритм диагностики и хирургической тактики лечения ОКН существенно облегчает работу врача в выборе последовательности обследования и лечения больных с этой патологией, что позволяет повысить диагностику ОКН до 97%, а у 62,6% пациентов избежать операции и ограничиться консервативным методом лечения.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. Для диагностики острой кишечной непроходимости наряду с клинико-рентгенологическими методами следует использовать УЗИ с учетом предложенной эхографической семиотики.

2. При выборе метода лечения О.К.Н. следует ориентироваться на рекомендуемый алгоритм диагностики и тактики хирургического лечения.

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Кенжаев М.Г., Кенжаев А.М., Майканаев Б.Б. Роль ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике острого аппендицита и почечной колики // Центрально-Азиатский медицинский журнал 2003г., т.1X. Приложение 4. – С. 177-180.

2. Токтогулов О.Ж., Кенжаев М.Г., Кенжаев А.М., Майканаев Б.Б. Лечение ущемленных паховых грыж // Центрально-Азиатский медицинский журнал 2004 г. т. X Приложение 2. – С. 119-120.

3. Майканаев Б.Б., Кенжаев М.Г., Токтогулов О.Ж., Кенжаев А.М. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости // Научно-практический журнал «Хирургия Кыргызстан» 2004 г. №2 – С. 69-72.

4. Майканаев Б.Б. Ультразвуковое исследование в диагностике острой кишечной непроходимости // Центрально-Азиатский медицинский журнал 2004 г. т. X Приложение 8. – С. 177-179.

5. Майканаев Б.Б., Кенжаев М.Г. Ультразвуковое исследование в диагностике острой кишечной непроходимости // Журнал «Медицина» №8 2005 г. Казахстан – С. 88 – 89

**Майканаев Болотбек Бекташовичтин медицина илимдеринин кандидаты деген илимий даражасын изденүүгө арналган «Ичегинин курч мүнөздүү бүтөлүшүнүн маселелерин ультрауң ыкмасы аркылуу изилдөө» аттуу 14.00.27 – хирургия адистиги боюнча диссертациясынын**

### **КОРУТУНДУСУ**

**Негизги сөздөр:** ичегинин курч мүнөздүү бүтөлүшү, ультрауңдүү изилдөө, рентгендик изилдөө, диагностиканын алгоритми, хирургиялык ыкма.

**Изилдөөнүн максаты:** ичегинин курч мүнөздүү бүтөлүшү менен жапа чеккен оорулууларды, ультрауңдүү эхографияны колдоннуу менен хирургиялык дарылоонун ыкмасын жана диагностиканы жакшыртуу.

**Изилдөөнүн объектиси:** Ичегинин курч мүнөздүү бүтөлүшү менен жапа чеккен 214 оорулуу адам, алардын 80-ине операция жасалган.

**Изилдөөнүн ыкмалары:** ультрауң жана рентген аркылуу.

Иш диагностиканын жана хирургиялык айыктыруу жолунун ыкмаларынын жакшыртуу максатына арналган.

Хирургиялык айыктыруу жолунун күчтүүлүгү бул ушул эле оорунун так диагностикасы менен түздөн-түз байланышта болгондугу көрсөтүлгөндүктөн, автор ультрауң аркылуу изилдөөнү сунуш кылган. Буга сунуш кылынган «Ичегинин курч мүнөздүү бүтөлүшүнүн» эхографиялык семиотикасын эске алынуусу таасирин тийгизет.

Оорунун диагностикасы клинико-рентгендик жана ультрауңдүү изилдөөлөр аркылуу алар оорунун берилген алгоритминин ойго алынуусу менен жакшырат. Дарылоонун ийгиликтүү болушу, айыктыруунун ар түрдүү ыкмаларына туура көрсөтмөлөр тандалып алынгандыгына көз каранды экендиги аныкталып, буга хирургиялык айыктыруу ыкманын иштелип чыккан алгоритми таасирин тийгизет. Диагностиканын иштелип чыккан жана хирургиялык айыктыруу ыкмалары диагностиканы 97%ке чейин жана консервативдүү терапияны 62,6% көтөргөнгө чейин алып барып, операциядан кийин өлүмгө дуушар болууну 2,5%ке чейин азайта алды.

**Библиография:** Диссертация компьютердин жардамы менен терилип 107 баракка жазылган, 13 таблица, 13 сүрөт менен көрсөтүлгөн. Колдонулган адабият 196 булакты камтыйт, алардын ичинен 141и жакынкы жана 55и алыскы чет өлкөлөрдөн.

## АННОТАЦИЯ

диссертации Майканаева Болотбека Бекташовича «Ультразвуковое исследование в решении тактических вопросов острой кишечной непроходимости» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27 – хирургия.

**Ключевые слова:** острая кишечная непроходимость, УЗИ, рентгенологическое исследование, алгоритм диагностики, хирургическая тактика.

**Цель работы:** улучшение диагностики и тактики хирургического лечения больных острой кишечной непроходимостью с применением ультразвуковой эхографии.

**Объект исследования:** 214 больных с острой кишечной непроходимостью, из них 80 оперированных.

**Методы исследования:** ультразвуковое, рентгенологическое.

Работа посвящена улучшению диагностики и тактики хирургического лечения.

Показано, что эффективность хирургического лечения находится в прямой связи с точной диагностикой этого заболевания, для чего автором предложен ультразвуковой метод исследования. Этому способствует учет данных рекомендованной эхографической семиотики ОКН.

Диагностика заболевания улучшается при комплексном использовании клинико-рентгенологических и ультразвуковых методов исследования с учетом предложенного алгоритма диагностики заболевания.

Доказано, что успех лечения зависит также от правильного выбора показаний к различным методам лечения, чему будет способствовать разработанный алгоритм тактики хирургического лечения.

Применение разработанных методов диагностики и тактики хирургического лечения обеспечило существенное повышение эффективности диагностики до 97% и консервативной терапии до 62,6% и снижение послеоперационной летальности до 2,5%.

**Библиография:** Диссертация изложена на 107 страницах компьютерного набора, иллюстрирована 13 таблицами, и 13 рисунками. Указатель литературы включает 196 источников, из которых 141 из стран ближнего и 55 – дальнего зарубежья.

## ANNOTATION

Dissertations of Maikanaev Bolotbek Bektashovich "Ultrasound in decision of such problem as acute bowel intestinal" on competition candidate of medical science of academic degree on specialty –surgery 14.00.27

**Key words:** Acute bowel intestinal, ultrasound, X-ray inspection, algorithm of diagnostics, surgical approach

**Aim of work:** Improvement of diagnostics and tactics of surgical treatment of patients with acute bowel intestinal by using ultrasound

**Object research:** There are 214 patients with the acute bowel intestinal and 80 of them are operated.

**Methods of research:** Ultrasound, X-ray inspection

The work is dedicated for diagnostics improvement and tactics of surgical treatment.

Shown, that effectiveness of surgical treatment is connecting with exact diagnosis of these diseases for that ultrasound method of research was suggested by author. This promote to the given registration recommended of sonographic semiotics ABI.

Diagnostics of diseases is improving by the complex using of clinical- X-ray inspection and ultrasound research methods with the registration of suggested algorithm of diagnostics diseases.

It is proved, that success of treatment also depends on the right of choice indications to the different methods of treatments to what will be promoted the developed algorithm of tactics surgical treatment.

Using of developed methods of diagnostics and tactics of surgical treatment provided the effectiveness increase of diagnostics till 97% and conservative therapy till 62,6% and loss after operation of lethality till 2,5%.

**Bibliography:** Dissertation is expounded on the 107 pages with typing, illustrated by 13 charts, and 13 pictures. Index of literature includes 196 sources, of which 141 from countries near and 55- far abroad.

#### Список условных сокращений

ОКН – острая кишечная непроходимость;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

КГМА – Кыргызская государственная медицинская академия;

ГКБ – городская клиническая больница;



Формат 60x84 1/16. Печать офсетная.

Бумага офсетная. Объем 1,3 п.л.

Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии Ч.П. «Абыкеев А.Э.»

г. Бишкек. ул. Абдумомунова -193

тел. 62-20-48