



СТРАНГУЛЯЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЯВИВШЕЕСЯ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Меҳриддинов М.К.¹

Кучиев А.О.²

Бухарский государственный институт¹

Каракульский Многопрофильный медицинский центр²

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8146085>

ARTICLE INFO

Received: 06th July 202

Accepted: 13th July 2023

Online: 14th July 2023

KEY WORDS

Острая кишечная непроходимость, диагностика, лечебная тактика.

ABSTRACT

В данной статье рассмотрено основные моменты острой кишечной непроходимости, ряд аспекты механизмов развития кишечной непроходимости. Рассматриваются вопросы современной диагностики острой кишечной непроходимости, в том числе при стертой картине заболевания.

Актуальность. Несмотря на определенные успехи современной медицины в области хирургии острая кишечная непроходимость (ОКН) является одним из сложной патологией встречающееся в абдоминальной хирургии [1,7,11,20].

По данным литературы, в мире по статистике кишечная непроходимость встречается примерно в 5 случаях в расчете на 100 тысяч населения. Доля диагностических ошибок на догоспитальном этапе составляет до 51%, и около 19% в стационаре. Стандартизированный показатель летальности при данной патологии составляет порядка 9-13%, а при тяжелых формах может достигать и 50-70%, но в настоящее время наблюдается отчетливая тенденция к снижению данных значений, но несмотря на это данная патология по количеству летальных исходов в абсолютных цифрах занимает 1-2-е места среди всех острых неотложных состояний в абдоминальной хирургии [2,4,8].

На долю ОКН приходится свыше 2% всех заболеваний хирургического профиля [3,5,9,12,24]. Приобретенная непроходимость кишечника в 89% случаев бывает механической и в 11% — динамической. Среди различных видов механической непроходимости кишечника инвагинация составляет 65—77%, около 20% — спаечная непроходимость, 5—6% — обтурационная и 4—5% — заворот кишок [6,10,14,15,]. Причинами обтурационной непроходимости кишечника являются копростаз, аскаридоз, опухоли, инородные тела, безоар и т. п. [3—5]. Предрасполагающими факторами непроходимости кишечника могут быть различные аномалии развития желудочно-кишечного тракта [2, 6, 7].

При странгуляционной непроходимости в первую очередь страдает кровообращение вовлеченного в патологический процесс участка кишечной трубки. Это связано со сдавлением сосудов брыжейки вследствие ущемления, заворота или



узлообразования, что вызывает довольно быстрое (в течение нескольких часов) развитие некробиотических процессов на участке кишки. При ОКН происходит нарушение пассажа содержимого по пищеварительному тракту по направлению от желудка к заднему проходу, вследствие каскада причин в основе, которых лежат нарушения динамического характера [2].

Патогенетические особенности ОКН характеризуется выраженными нарушениями, определяющими тяжесть течения данного патологического процесса, и среди них можно выделить ключевые механизмы патогенеза: гуморальные нарушения, нарушение моторной и секреторной функции кишечника и явления эндотоксикоза [27, с. 11].

Некроз кишки является грозным осложнением странгуляционной кишечной непроходимости и значительно утяжеляет состояние больных, ухудшая результаты лечения. Это осложнение, по данным литературы, встречается у 3–45% пациентов [2, 3, 4]. Несмотря на достижения хирургии последних лет, летальность при этом заболевании не имеет тенденции к снижению и достигает 50–75%, количество гнойно-септических осложнений – до 80% [2, 4, 5, 7].

Лабораторные исследования, проводимые при ОКН, имеют определяющее значение для оценки нарушений гомеостаза. Нами проводились общие анализы крови и мочи, определение количества молекул средних масс и лейкоцитарного индекса интоксикации. Решающее значение в диагностике ОКН имеют рентгенологические методы исследования. Больному после поступления на стационар с подозрением на ОКН выполняли обзорную рентгенографию органов брюшной полости, обращая внимание на наличие раздутых петель тонкой и толстой кишки, содержащих газ и жидкость и имеющих вид опрокинутых чаш (чаши Клойбера).

Цель. Описание хирургического лечения странгуляционной кишечной непроходимости на фоне заворота сигмовидной кишки.

Описание случая. Под нашим наблюдением находился больная С.Д., 1985 года рождения, (история болезни № 7647-266-621), поступила в клинику 23.06.2023 г. с жалобами на боли в животе, многократную рвоту, вздутие живота, отсутствие стула, беспокойство и на слабость. Из анамнеза: болеет 3 сут, лечился в домашних условиях, неоднократно принимала лекарственные препараты (нош-па, кюпен), на фоне которых незначительно уменьшилась иртенсивность болевого ощущения. Но полного улучшения самочувствия не почувствовала, на третьи сутки от начало заболевания боли на животе усилилась, участилась рвота, самочувствие резко ухудшилось. Больная обратилась за медицинскую помощь в приемную отделеную ЦРБ Каракульского района.

При поступлении общее состояние больного тяжелое, в сознании, кожные покровы бледные, сухие, язык покрыт фибриновым налетом. Со стороны органов дыхания патология не выявлена. Сог: тоны приглушены, шумов нет, пульс учащенный, 112 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 140/100 мм рт. ст. Живот округлой формы, резко вздут, не участвует в акте дыхания. Пальпаторно: живот мягкий, напряжения мышц передно – брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины не определяются не определяется, при надавливании

определялось болезненность в гипогастральной области. Перкуторно: определяется тимпанический звук во всех частях живота. Аускультативно: перистальтические шумы кишечника не выслушиваются. Рентгенологически определяются высокое стояние диафрагмы, множественные чашечки Клойбера (рис.1). Лабораторные показатели: Hb 87 г/л, эритроциты - $3,2 \cdot 10^{12}/л$; цветной показатель - 0,9; лейкоциты - $7,4 \cdot 10^9/л$, с/я - 4%, п/я - 56%; эоз - 1%; мон - 2%; СОЭ - 15 мм/ч, общий белок - 54,9 г/л.

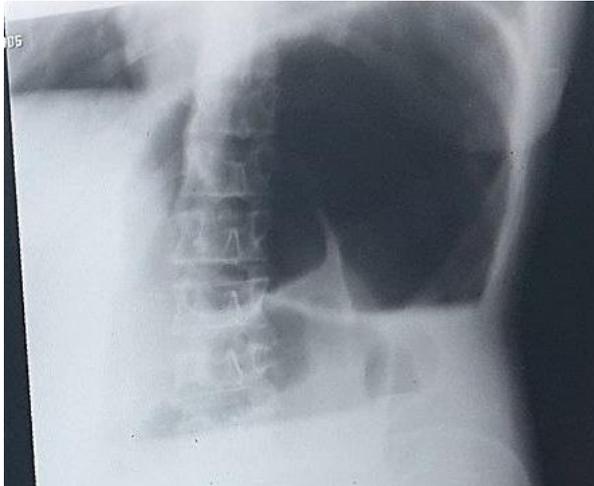


Рис.1. обзорная рентгенография – наличие чашечек Клойбера

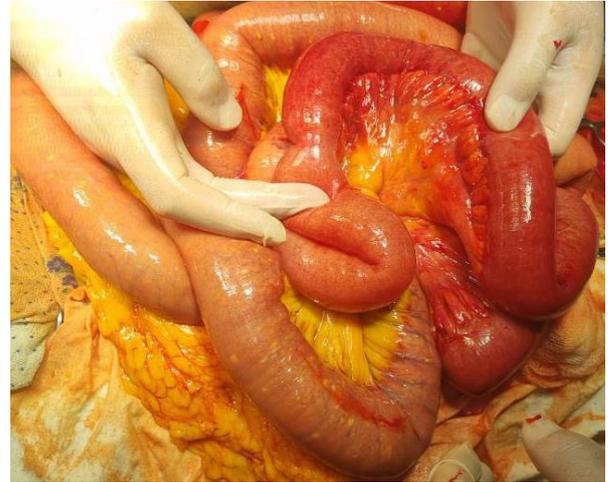


Рис.2. некротические изменения в петлях кишечника

С учетом вышеизложенного поставлен диагноз: острая кишечная непроходимость, после инфузионной и предоперационной подготовки больной направлен на операцию. Под интубационным наркозом выполнена срединная лапаротомия, из брюшной полости выделилось около 50 мл серозной жидкости. При ревизии петли кишечника резко вздуты, в области сигмовидной кишки обнаружен конгломерат — резко расширенный диаметром до 25 см, багрово-синюшного цвета участок кишечника. При ревизии брюшной полости, в проекции сигмовидной кишки обнаружено заворот кишечной трубки под углом более 180° градуса, образовавшееся изгиб – колено, явившееся причиной стаза содержимого желудочно-кишечного тракта. При расправлении заворот сигмовидной кишки, из гозоотводной трубки вставленной в ободочную кишку через анус, выделилась огромная количества зловонного, жидкого кишечного содержимого и газов. Некротизированный участок кишечника (рис.2) около 20 см пришлось резецировать, и наложен анастомоз конец в конец. Брюшная полость дренирована и закрыта послойно. В послеоперационном периоде больная получила антибактериальное, инфузионно-трансфузионное, общеукрепляющее лечение и витаминотерапию. Послеоперационный период прошел относительно гладко и после стабилизации общего состояния выписан из стационара под наблюдением врача по месту жительства.

Вывод. Этот случай из практики указывает на то, что у больных, обращающихся к врачам по поводу болей в животе, могут быть явления ОКН, при подозрении на него необходимы комплексные обследования и соответствующее лечение.



References:

1. Абушкин, И. А., Белякова, А. В., & Галиулин, М. Я. (2020). Диагностика и лечение спаечной странгуляционной кишечной непроходимости у детей. *Детская хирургия*, 24(S1), 9-9.
2. Багненко, С. Ф., Синенченко, Г. И., Курыгин, А. А., & Чуприс, В. Г. (2008). Коррекция реперфузионной дисфункции при острой кишечной непроходимости. *Вестник хирургии имени ИИ Грекова*, 167(4), 32-35.
3. Кобиров, Э. Э., Раупов, Ф. С., Мансуров, А. Б., Аслонов, А. А., Ахмедов, А. Т., & Закиров, Т. Ш. (2015). Повреждения органов малого таза и бедра хозяйственными вилами у ребенка 13 лет. *Детская хирургия*, 19 (2), 54-55.
4. Кобиров, Э., Раупов, Ф., Мансуров, А., Шарипова, Л., & Абдуллаев Н. (2014). Аскаридоз и кишечная непроходимости у ребенка 6 лет. *Журнал вестник врача*, 1(3), 132-133. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4922
5. Кобиров Эргаш Эгамбердиевич, Раупов Ф.С., Мансуров А.Б., & Ахмедов А.Т. (2016). Перекрут и некроз правого придатка у трехлетней девочки. *Детская хирургия*, 20 (5), 279-280.
6. Кобиров, Э. Э., Раупов, Ф. С., & Мансуров, А. Б. (2014). Фитобезоар, явившийся причиной кишечной непроходимости. *Детская хирургия*, 18 (6), 54-55.
7. Медоев, В. В., Тотиков, В. З., Тотиков, З. В., & Калицова, М. В. (2013). Некоторые вопросы диагностики странгуляционной кишечной непроходимости. *Кубанский научный медицинский вестник*, (3), 90-92.
8. Мехриддинов, М. К. (2022). Современный Взгляд На Проблемы Этиопатогенеза И Лечение Деструктивных Форм Пневмонии У Детей. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(2), 248-255.
9. Мехриддинов, М. К. (2022). Роль иммунологических факторов в патогенезе развития деструктивных форм пневмоний у детей. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(2), 234-238.
10. Миннуллин, М. М., Красильников, Д. М., & Николаев, Я. Ю. (2014). Диагностика и хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью. *Практическая медицина*, (2 (78)), 115-120.
11. Пугаев, А. В., Ачкасов, Е. Е., Негребов, М. Г., Александров, Л. В., Ба, М. Р., & Андрейчиков, А. А. (2015). Морфологические изменения тонкой кишки при острой странгуляционной тонкокишечной механической непроходимости. *Клиническая медицина*, 93 (4), 56-61.
12. Раупов, Ф. С. (2020). Возможные нарушения функции толстого кишечника после резекции у детей. *Проблемы биологии и медицины*, (3), 78-81.
13. Раупов, Ф. С., & Мехриддинов, М. К. (2021). Результаты Комплексного Лечения Острой Бактериальной Деструкции Легких У Детей. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 146-149. <https://doi.org/10.47494/cajmns.vi0.366>
14. Салато, О. В., Попов, М. В., & Галеев, Ю. М. (2010). Патологические механизмы бактериального эндотоксикоза при странгуляционной кишечной непроходимости. *Acta Biomedica Scientifica*, (5), 192-196.



15. Сайидович , Р. Ф. (2022). Параметры Морфогенеза Слепой Кишки Белых Лабораторных Крыс Постнатальном Онтогенезе. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(2), 239-242. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7XUQW>
16. Сайидович , Р. Ф. (2022). Морфологические Аспекты Ободочной Кишки Человека И Белых Лабораторных Крыс. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(2), 243-247. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KCU8V>
17. Ф.С., Р. ., & С.С., Н. . (2023). КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*, 2(5), 225–233. Retrieved from <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/912>
18. Шидаков И.Х. Острая кишечная непроходимость при дивертикуле Меккеля. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020;30(1):38-41. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-1-38-41>
19. Raupov, F. S., & Mekhriddinov, M. K. (2021). Results of the Complex Treatment of Acute Bacterial Destruction of the Lungs in Children. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 146-149.
20. Raupov, F. S. (2020). Possible dysfunctions of the large intestine after resection in children. *Problems of Biology and Medicine*, (3), 119.
21. Raupov, F. S. (2022, September). COMPLICATIONS OF COLON RESECTION IN CHILDREN. In " *ONLINE-CONFERENCES" PLATFORM* (pp. 131-132).
22. Raupov F.S. (2023). CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLOSTASIS IN CHILDREN. *American Journal Of Biomedical Science & Pharmaceutical Innovation*, 3(05), 48–57. <https://doi.org/10.37547/ajbspi/Volume03Issue05-07>
23. Raupov, F. S. (2022, September). PREVENTIVE MEASURES OF COMPLICATIONS OF COLON RESECTION IN CHILDREN IN CONSIDERATION OF MORPHOLOGICAL FEATURES. In " *ONLINE-CONFERENCES" PLATFORM* (pp. 41-42).
24. F. S., R. . (2023). Morphological Features of the Ceca in the Area of Sphincters in White Laboratory Rats in Early Postnatal Ontogenesis. *Scholastic: Journal of Natural and Medical Education*, 2(4), 142–145. Retrieved from <http://univerpubl.com/index.php/scholastic/article/view/1124>
25. Raupov F.S. (2023). To Etiopatogenetic Treatment of Obp In Children. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*, 2(6), 1–4. Retrieved from <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/903>
26. Raupov, F. S. (2022, September). COMPLICATIONS OF COLON RESECTION IN CHILDREN. In " *ONLINE-CONFERENCES" PLATFORM* (pp. 131-132).
27. Raupov F.S.,a, & Nuriddinov S.S. (2023). Clinical and Radiological Characteristics of Colostasis In Children. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*, 2(6), 9–15. Retrieved from <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/905>
28. Teshayev Sh. Zh., & Raupov F.S. (2022). SOME MORPHOLOGICAL ASPECTS OF OPTIMIZATION OF COLON RESECTION IN CHILDREN. *International Journal of Medical Sciences And Clinical Research*, 2(11), 42–46. <https://doi.org/10.37547/ijmscr/Volume02Issue11-08>
- 29.