

УДК 616-079.4

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ И ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КУРСКЕ ЗА 2023 ГОД

*Курбакова А.Н., Денисов А.А.*

Курский государственный медицинский университет

Россия, 305041, Курская область, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3

Актуальность. Эффективность лечения хирургических патологий во многом зависит от скорости и точности их диагностики. Нарушение пассажа кишечного содержимого возникает вследствие различных причин, поэтому выявление уровня кишечной непроходимости на ранних этапах позволяет правильно определить дальнейшую тактику лечения и значительно снизить летальность от данного заболевания.

Цель – проанализировать частоту встречаемости острой тонкокишечной и толстокишечной непроходимости с использованием рентгенологических методов исследования.

Материалы и методы. Был проведен анализ рентгенологических заключений, полученных при диагностике пациентов с подозрением на острую кишечную непроходимость, поступивших в приемное отделение ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА» г. Курск» за 2023 год. Полученная сводка данных была обработана с помощью методов статистического анализа путем вычисления относительных величин.

Результаты. Анализ выбранной группы пациентов показал, что у большего числа была диагностирована тонкокишечная непроходимость – 57,1% (24 в абсолютном значении), а непроходимость толстого кишечника выявлена у 42,9% (18 в абсолютном значении). Диагностика 76,1% пациентов проводилась с использованием контрастных методов рентгенологического исследования (пассаж бариевой взвеси и ирригоскопия), по результатам которых была определена дальнейшая тактика лечения. Чаще изучаемая патология встречалась у лиц пожилого возраста, о чем говорит средний показатель данного параметра, равный 64 года.

Заключение. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что непроходимость тонкого кишечника диагностируется чаще этой же патологии толстого кишечника. Также, можно с уверенностью сказать об актуальности рентгенологических методов исследования в диагностике хирургических патологий.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, рентгенологические признаки, тактика лечения.

Курбакова Александра Николаевна – студентка 4 курса лечебного факультета, КГМУ, г. Курск, Российская Федерация. ORCID ID: 0009-0009-0064-220X. E-MAIL: KURBAKOVAAL@YANDEX.RU (автор, ответственный за переписку).

Денисов Артем Александрович – ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, КГМУ, г. Курск, Российская Федерация. ORCID ID: 0000-0001-5034-8580. E-MAIL: DENISOVAA@KURSKSMU.NET.

УДК 616-079.4

## **ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF OCCUPATION OF ACUTE SMALL AND COLON OBSTACLE ACCORDING TO THE RESULTS OF X-RAY STUDIES AT THE "KB "RZD-MEDICINE" KURSK" FOR 2023**

*KURBAKOVA A.N., DENISOV A.A.*

KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

305041, 3, K. MARX STREET, KURSK, RUSSIAN FEDERATION

---

RELEVANCE. THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SURGICAL PATHOLOGIES LARGELY DEPENDS ON THE SPEED AND ACCURACY OF THEIR DIAGNOSIS. IMPAIRED PASSAGE OF INTESTINAL CONTENTS OCCURS DUE TO VARIOUS REASONS, SO IDENTIFYING THE LEVEL OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN THE EARLY STAGES ALLOWS YOU TO CORRECTLY DETERMINE FURTHER TREATMENT TACTICS AND SIGNIFICANTLY REDUCE MORTALITY FROM THIS DISEASE.

OBJECTIVE: TO ANALYZE THE INCIDENCE OF ACUTE SMALL INTESTINAL AND COLONIC OBSTRUCTION USING X-RAY METHODS.

MATERIALS AND METHODS. AN ANALYSIS OF RADIOLOGICAL REPORTS OBTAINED DURING THE DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH SUSPECTED ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION WHO WERE ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE KURSK CLINICAL HOSPITAL "RZD-MEDICINE" FOR 2023 WAS CARRIED OUT. THE RESULTING SUMMARY OF DATA WAS PROCESSED USING STATISTICAL ANALYSIS METHODS BY CALCULATING RELATIVE VALUES.

RESULTS. IN THIS CASE, ANALYSIS OF THE SELECTED GROUP OF PATIENTS SHOWED THAT A LARGER NUMBER WERE DIAGNOSED WITH SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION - 57.1% (24 IN ABSOLUTE VALUE), AND LARGE INTESTINAL OBSTRUCTION WAS DETECTED IN 42.9% (18 IN ABSOLUTE VALUE). DIAGNOSIS OF 76.1% OF PATIENTS WAS CARRIED OUT USING CONTRAST METHODS OF X-RAY EXAMINATION (PASSAGE OF BARIUM SUSPENSION AND IRRIGOSCOPY), BASED ON THE RESULTS OF WHICH FURTHER TREATMENT TACTICS WERE DETERMINED. THE PATHOLOGY STUDIED WAS MORE COMMON IN OLDER PEOPLE, AS EVIDENCED BY THE AVERAGE VALUE OF THIS PARAMETER OF 64 YEARS.

CONCLUSION. THE DATA OBTAINED ALLOW US TO CONCLUDE THAT OBSTRUCTION OF THE SMALL INTESTINE IS DIAGNOSED MORE OFTEN THAN THE SAME PATHOLOGY OF THE LARGE INTESTINE. WE CAN ALSO SAY WITH CONFIDENCE ABOUT THE RELEVANCE OF RADIOLOGICAL RESEARCH METHODS IN THE DIAGNOSIS OF SURGICAL PATHOLOGIES.

KEYWORDS: ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION, RADIOLOGICAL SIGNS, TREATMENT TACTICS.

---

KURBAKOVA ALEXANDRA N. – 4 YEAR STUDENT OF THE FACULTY OF MEDICINE, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. ORCID ID: 0009-0009-0064-220X. E-MAIL: KURBAKOVAAL@YANDEX.RU (THE AUTHOR RESPONSIBLE FOR THE CORRESPONDENCE).

DENISOV ARTEM A. – ASSISTANT AT THE DEPARTMENT OF OPERATIVE SURGERY AND TOPOGRAPHIC ANATOMY, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. ORCID ID: 0000-0001-5034-8580. E-MAIL: DENISOVAA@KURSKSMU.NET.

---

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением или полным прекращением пассажа содержимого по кишечнику вследствие различных причин. Среди других острых хирургических заболеваний данная патология составляет 9,4–27,1 % [2].

В соответствии с МКБ-10 ОКН дифференцируют следующим образом:

1) По происхождению: врожденная и приобретенная; 2) По механизму развития: а) обтурационная – нарушение продвижения кишечного содержимого вследствие закупорки просвета кишки каловыми или желчными камнями, спайками брюшной полости, инородными телами или опухолью. б) странгуляционная – характеризуется нарушением кровоснабжения в месте нарушения пассажа. Является наиболее опасной формой, так как часто сопровождается развитием некроза ишемизированного участка кишки с последующим риском развития перитонита. Возникает при завороте, образовании узлов или ущемлении кишечной петли; 3) По уровню непроходимости: тонкокишечная – высокая (тощая кишка) и низкая (подвздошная кишка); толстокишечная; 4) По степени нарушения проходимости: полная или частичная.

Эффективность назначенного лечения, а, значит, и выздоровление пациента в первую очередь зависит от точности диагностики и постановки верного диагноза.

При многих хирургических патологиях важно, как можно скорее распознать заболевание, определить объем и тактику необходимого лечения [1]. При выявлении острого заболевания органов брюшной полости, которое требует неотложного хирургического лечения, операция должна начаться в течение одного часа, а при необходимости стабилизации состояния больного – не позднее чем через 2-3 часа [4]. Так, при странгуляционной непроходимости, чтобы избежать некроза кишки, неотложное оперативное лечение должно быть проведено не более чем через два часа после постановки диагноза.

Однако стоит помнить о том, что не каждый установленный диагноз подобного плана требует срочной операции, но каж-

дый больной с подозрением на кишечную непроходимость должен находиться в хирургическом отделении и получать должную консервативную терапию и наблюдение. В случае с кишечной непроходимостью оценка эффективности консервативной терапии проводится с использованием контрастных методов рентгенологического исследования [8].

Диагностика острой кишечной непроходимости является комплексной. Часто уже с помощью физикальных методов исследования и выявления патогномичных симптомов возможно распознать ОКН. Выделяют триаду, типичных для острой кишечной непроходимости признаков: боль в животе, задержка стула и отхождение газов, рвота. Также, для данной патологии характерны специфические симптомы, самым ярким и первым из которых выступает симптом Валя – неперемещающееся, асимметричное, относительно устойчивое вздутие живота, определяемое на ощупь и заметное на глаз [3, 9].

Однако точность локализации обструкции, характер и объем патологического процесса помогают установить инструментальные методы исследования.

Одним из таких, уже давно зарекомендовавших себя, является рентгенография. Исследование позволяет в короткие сроки и с высокой точностью (эффективность метода достигает 87%) диагностировать кишечную непроходимость [5, 10].

Типичными рентгенологическими признаками ОКН на обзорных снимках брюшной полости являются:

Чаши Клойбера — горизонтальный уровень жидкости с просветлением в виде купола над ним, что напоминает перевернутую вверх дном чашу. Количество таких чаш бывает различным, иногда они могут наслаиваться друг на друга в виде ступеней лестницы. При тонкокишечной непроходимости количество чаш больше, их размер меньше, а ширина горизонтального уровня жидкости больше, чем высота столба газа над ним (Рис. 1).

Уровень тонкокишечной непроходимости определяется по визуализации расширенных петель кишки в различных анатомических областях брюшной полости: если чаши Клойбера больше локализуются в верхних отделах брюшной полости слева, то это соответствует высокой не-

проходимости, т.е. стеноз находится в тощей кишке.

При низкой тонкокишечной непроходимости, когда препятствие находится на уровне подвздошной кишки, количество чаш увеличивается, и они располагаются во всех отделах брюшной полости.



*Рис. 1. РГ-грамма при тонкокишечной непроходимости*

В случае толстокишечной непроходимости чаши Клойбера по большей части локализованы в боковых отделах живота, их количество меньше, а высота столба газа преобладает над шириной уровня жидкости (Рис. 2).

Кишечные арки: дифференцируются в случае растяжения газами верхней части петель тонкой кишки, при этом в нижних коленах аркад определяются горизонтальные уровни жидкости.

Симптом перистости – наличие поперечной исчерченности за счет растяжения высоких циркулярных складок слизистой оболочки тощей кишки [6, 7].

В случае необходимости уточнения диагноза тонкокишечной непроходимос-

ти, и при отсутствии признаков нарушения кровоснабжения кишки или перитонита, применяют динамический метод рентгенологического исследования – пассаж бариевой взвеси.

Путем серии снимков через каждые 2-3 часа оценивают скорость движения бария, динамику рентгенологических изменений (увеличение или уменьшение количества газа и жидкости в петлях кишечника) и устанавливают локализацию патологического процесса.

При уточнении диагноза толстокишечной непроходимости применяют ирригоскопию – ретроградное заполнение кишки рентгенконтрастной взвесью.



*Рис. 2. РГ-грамма при толстокишечной непроходимости*

Важно отметить, что наблюдение за пассажем контрастного вещества необходимо сочетать с клиническим наблюдением. В случае ухудшения состояния пациента неотложное оперативное лечение должно быть проведено независимо от рентгенологических данных.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Был проведен анализ количества пациентов с клиникой острого живота, поступивших в приемное отделение ЧУЗ «КБ «РЖД-МЕДИЦИНА» г. Курск» в дежурный день за 2023 год. Из общего числа поступивших была выделена группа пациентов с рентгенологически подтвержденным диагнозом: «Острая кишечная непроходимость». Далее проводился статистический расчет относительных показателей полученной сводки данных

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего было выявлено 90 случаев с подозрением на ОКН, из которых путем рентгенологического исследования подтвердилось 42. В полученной выборке чаще встречались представительницы женского пола – 57,1% (24 человека), когда мужчин в данной группе было несколько меньше – 42,9% (18 человек). Статистически установлено, что чаще с ОКН поступают лица пожилого возраста, о чем говорит средний показатель данного параметра, равный 64 годам.

В большинстве случаев была диагностирована тонкокишечная непроходимость – 57,1% (24 в абсолютном значении), непроходимость толстого кишечника была выявлена у 42,9% (18 в абсолютном значении). Графически полученные данные по этому показателю отображены на рисунке 3.

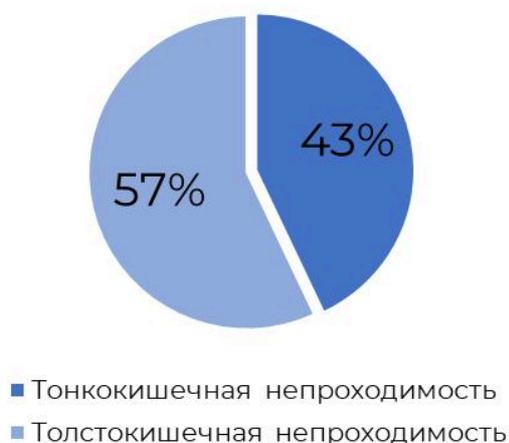


Рис. 3. Структура пациентов по уровню кишечной непроходимости

У 11,9% (5 пациентов) диагноз был установлен по данным обзорной рентгенограммы органов брюшной полости. В остальных случаях применялись контрастные методы исследования. Так, у 76,1% (32 человека) проводилась оценка пассажа взвеси сульфата бария, где в 54,7% случаев (23 пациента) пассаж бария был замедлен, но отмечалась положительная динамика, таким пациентам было назначено консервативное лечение. У 21,4% (8 пациентов) отмечалось нарушение пассажа с его замедлением в отделах тонкой кишки, нарушением поступления контраста в толстую кишку, таким пациентам было проведено хирургическое лечение. Ирригоскопия была назначена 11,9% (5 пациентов). По данным ретроградного введения контраста у 3 пациентов были диагностированы образования левых отделов толстой кишки, у 1 пациента выявлена долихосигма и у 1 пациента патологий не выявлено.

## ВЫВОДЫ

На основании проведенного исследования можно сделать заключение, что острая тонкокишечная непроходимость встречается чаще непроходимости толстого кишечника. Данное заболевание в основном регистрируется у лиц пожилого возраста. Контрастные методы рентгенологического исследования обладают высокой информативностью и помогают в короткие сроки определить тактику лечения острой кишечной непроходимости.

## КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРОВ

Курбакова А.Н. – написание текста, обработка материала;

Денисов А.А. – редактирование, дизайн окончательного варианта статьи; обработка текста и иллюстрированного материала.

## ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии источников финансирования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баринов Е.Х., Волкова Е.В., Черкалина Е.Н. Поздняя диагностика патологии как причина профессиональной ошибки в хирургической практике. *Судебная медицина*. 2019;№51.
2. Бугулова А.Б., Медоева М.А., Бестаев Д.В. Острая кишечная непроходимость. *Статистика по РСО-Алания*. 2024;4(154).
3. Гутова Н.А., Покровский Е.Ж. Особенности диагностики острой кишечной непроходимости. *Молодежный инновационный вестник*. 2024; 13(2):29-31.
4. Ермолов А.С. Общие принципы оказания помощи больным с острой хирургической патологией органов брюшной полости. *Медицинский алфавит*. 2015;1(3):5-8.
5. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкина В.А. Абдоминальная хирургия. *Национальное руководство: краткое издание*. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 912 с.
6. Михин И.В., Кухтенко Ю.В., Косивцов О.А. *Острая кишечная непроходимость: учебное пособие*. Волгоград: ВолгГМУ, 2019. 104 с.
7. *Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости*. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. СПб.: Фирма «Стикс», 2015. 68 с.
8. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Луньков М.В., Байманкулов С.С., Мухтаров Т.А., Скворцова Е.М. Острая кишечная непроходимость. *Медицинская сестра*. 2015;6.
9. Строев Ю.И. Острый живот (к 110-летию со дня рождения профессора А. А. Русанова). *Российские биомедицинские исследования*. 2019;1.
10. Хаджибаев Ф.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости. *Вестник экстренной медицины*. 2021;1.