

ситуациях мы сталкивались с необходимостью укрепления задней стенки сетчатым эндопротезом.

У наиболее тяжелого контингента больных со сложными формами грыжи – пахово-мошоночными, большими прямыми и рецидивными, сопровождающимися выраженным разрушением паховой связки, объединенного апоневроза и поперечной фасции, мы применяли пластику по Лихтенштейну. Среди главных достоинств метода следует отметить отсутствие натяжения. Использование эндопротеза позволяет сформировать прочную заднюю стенку пахового канала на всем протяжении. В отдаленном периоде пациенты не ограничивают физическую активность, что является бесспорным преимуществом метода.

В противоположность зарубежным авторам отечественные хирурги-герниологи считают, что полный переход к протезирующей пластике не имеет смысла по нескольким важным причинам. Во-первых, интраоперационная оценка состояния пахового канала свидетельствует о возможности его реконструкции собственными тканями в 84,3% наблюдений, что подтверждается высокими результатами использования традиционных методов пластики. Во-вторых, имеется опыт отторжения эндопротеза в результате глубокого нагноения раны и формирования свищей между эндопротезом и кожей, что привело к возникновению рецидива после операции Лихтенштейна. Трудоемкость и сложность лечения этого осложнения лишили иллюзий относительно безопасности протезирующей пластики. В-третьих, не стоит забывать, что имплантированные сетки являются инородным телом для организма и нет убедительных данных об их судьбе в отдаленные сроки после имплантации. Использование дифференцированной хирургической тактики согласно предложенному алгоритму выбора способа пластики позволило достичь показателя рецидивов (до 1,2%), сравнимого

с результатами оперативного лечения паховой грыжи в ведущих герниологических центрах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абоев А. С., Кульчиев А. А. Хирургическое лечение паховых грыж // Хирургия. – 2006. – № 3. – С. 55–58.
2. Кукуджанов Н. И. Паховые грыжи. – М., 1969. – С. 173, 239.
3. Лебедев Ю. Г. Выбор способа операции при паховой грыже // Вести хир. – 1986. – № 8. – С. 133–136.
4. Мариев А. И., Ушаков Н. Д. Наружные грыжи живота. – Петрозаводск, 1998. – С. 196.
5. Нестеренко Ю. А., Салов Ю. Б. Причины рецидивирования паховых грыж // Хирургия. – 1982. – № 8. – С. 119–123.
6. Нестеренко Ю. А., Сайбулаев С. А. Выбор метода пластики пахового канала при плановых операциях // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 35–39.
7. Нестеренко Ю. А., Газиев Р. М., Мударисов Р. Р. Результаты операции Шоулдайса в плановой и экстренной хирургии // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 49–53.
8. Стойко Ю. М., Силищев С. Н. Сравнительная оценка некоторых методов оперативного лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1989. – № 8. – С. 137–139.
9. Федоров В. Д., Адамян А. А., Гогия Б. Ш. Эволюция лечения паховых грыж // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 51–53.
10. Bendavid R. H. The Shouldice technique a canon of hernia repair // Can. j. surg. – 1997. – V. 40. – P. 199–205.
11. Ghadimi B. M., Langer C., Becker H. The carcinogenic potential of biomaterials in hernia surgery // Chirurgia. – 2002. – V. 73 (8). – P. 833–837.
12. Lichtenstein I. L. et al. The pathophysiology of recurrent hernia // Contemp. surg. – 1992. – V. 35. – P. 13–18.
13. Rosch R., Klinge U., Zhongyi S. A role for the collagen I/III and MMP-1/-13 genes in primary inguinal hernia // BMC med. genet. – 2002. – V. 3. – P. 2–9.

Поступила 26.09.2010

**В. П. ЗЕМЛЯНОЙ, В. Л. КОТЛЯР, С. Л. НЕПОМНЯЩАЯ, Ю. В. ЛЕТИНА,
К. Л. СТАРОСЕЛЬЦЕВ, Б. Б. НАМАЗОВ**

ПРИЧИНЫ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

*Кафедра хирургии имени Н. Д. Монастырского Санкт-Петербургской
медицинской академии последипломного образования,
Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 4,
тел. +7 (812) 272-34-89. E-mail: decsurg@maps.spb.ru*

В работе дан анализ 85 наблюдений острой кишечной непроходимости (ОКН) на фоне острой кишечной инфекции, которая затрудняет своевременную диагностику ОКН. Авторы рекомендуют шире прибегать к инструментальным методам исследования в динамике.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, диагностика

**V. P. ZEMLYANOV, V. L. COTLYAR, S. L. NEPOMNYACHYAJ, U. V. LETINA,
K. L. STAROSELCEV, B. B. NAMAZOV**

**THE REASONS FOR OVERDUE DIAGNOSTICS OF SHARP INTESTINAL
IMPASSABILITY IN THE INFECTIOUS HOSPITAL**

*Faculty of the general surgery n. N. D. Monastirskogo of the St.-Petersburg medical academy after-degree formation,
Russia, 191015, St.-Petersburg, street Kirochnaja, 41, tel. +7 (812) 272-34-89. E-mail: decsurg@maps.spb.ru*

In work the analysis of 85 supervision of sharp intestinal impassability (OKH) on a background of a sharp intestinal infection which complicates duly diagnostics OKH is given.

Authors recommend to resort more widely to instrumental investigative techniques in dynamics.

Key words: sharp intestinal impassability, diagnostics.

Актуальность

Проблема диагностики и лечения острой кишечной непроходимости (ОКН) остается актуальной на протяжении многих десятилетий. При любом уровне развития медицины ОКН была заболеванием, создающим подчас чрезвычайно сложные в диагностическом и тактическом планах ситуации. Частота заболеваемости ОКН составляет, по различным данным, от 4 до 20 случаев на 100 тыс. населения [5]. В нашей стране частота ОКН составляет примерно 5 человек на 100 тыс. населения, а по отношению к urgentным хирургическим больным – до 5% [1]. ОКН сохраняет одно из первых мест как причина смерти больных с острой патологией органов брюшной полости. Она колеблется в пределах 4,3–18,9%, достигая у больных старше 60 лет 36%. Чаще всего ОКН встречается в возрасте от 30 до 60 лет. У женщин она наблюдается в 1,5–2 раза реже, чем у мужчин. Спаечной непроходимостью чаще страдают женщины [4].

Не менее актуальной проблемой на всей территории постсоветского пространства является проблема острой кишечной инфекции (ОКИ). При этом в последние годы отмечается значительный ее рост [6, 11, 10]. Этому способствуют ухудшение экологической обстановки, а также нарушение правил санитарно-гигиенического контроля, рост миграции и увеличение плотности населения в крупных городах. Сальмонеллез и другие инфекции превратились в проблему развитых стран благодаря созданию централизованного хранения и переработки мясных продуктов [8]. Так, в период с 1997 по 2004 г. в России ежегодно регистрировалось от 534,000 до 811,000 заболевших ОКИ, вызванных неустановленными возбудителями, удельный вес которых колебался от 57% до 67% [9].

Для хирургов наибольший интерес представляют больные с гастроэнтеретической формой течения ОКИ. При этом виде чаще всего возникают хирургические осложнения и затруднения в дифференциальной диагностике различных форм «острого живота». Подобное течение заболевания встречается у 40–98,2% инфекционных больных [6, 12, 13]. Наряду с общим ростом числа больных ОКИ закономерно возрастает и количество больных с хирургическими осложнениями. Особенностью ОКИ в настоящее время является рост частоты смешанных форм инфекций, что является одной из основных причин развития различных видов осложнений. По данным Г. М. Антоненкова (1979), острая кишечная непроходимость как осложнение ОКИ встречается в 3% случаев среди всех поступающих в инфекционный стационар. Наибольшую сложность представляют больные с атипичными формами кишечной непроходимости, которые имеют сходную с пищевыми инфекциями клиническую картину.

Цель исследования – изучить основные причины запоздалой диагностики ОКН в инфекционном стационаре.

Материалы и методы исследования

В основу работы положен анализ 85 пациентов основной группы (1-я группа) с ОКН, возникшей на фоне

ОКИ, пролеченных в период с 2003 по 2008 год в инфекционном хирургическом отделении клинической инфекционной больницы (КИБ) № 30 им. С. П. Боткина. Контрольную группу (2-я группа) составили 39 пациентов с ОКН, пролеченных во 2-м хирургическом отделении Дорожной клинической больницы в период с 2000 по 2008 год, у которых диагноз ОКН не вызывал сомнения, и они сразу были госпитализированы в общехирургический стационар.

Результаты исследования и обсуждение

В наших исследованиях пациенты 1-й группы в 98% случаев поступали в приемное отделение КИБ им. С. П. Боткина с подозрением на острую кишечную инфекцию в связи с тем, что клиническая картина характеризовалась типичными проявлениями ОКИ.

Так, наиболее частой жалобой была боль в животе, она носила преимущественно постоянный, тупой, ноющий характер и наблюдалась у 67% больных. Схваткообразные боли, характерные для типичной клинической картины ОКН, среди этих пациентов встречались лишь у 11%. Напротив, у пациентов контрольной группы боли в животе были преимущественно схваткообразными (65% наблюдений) и реже носили постоянный характер (35% наблюдений) ($p < 0,05$).

Жалобы на рвоту у больных 1-й группы были отмечены в 26%, при этом в 18% случаев она была многократной. У пациентов 2-й, контрольной группы многократная рвота наблюдалась чаще (74% при $p < 0,05$).

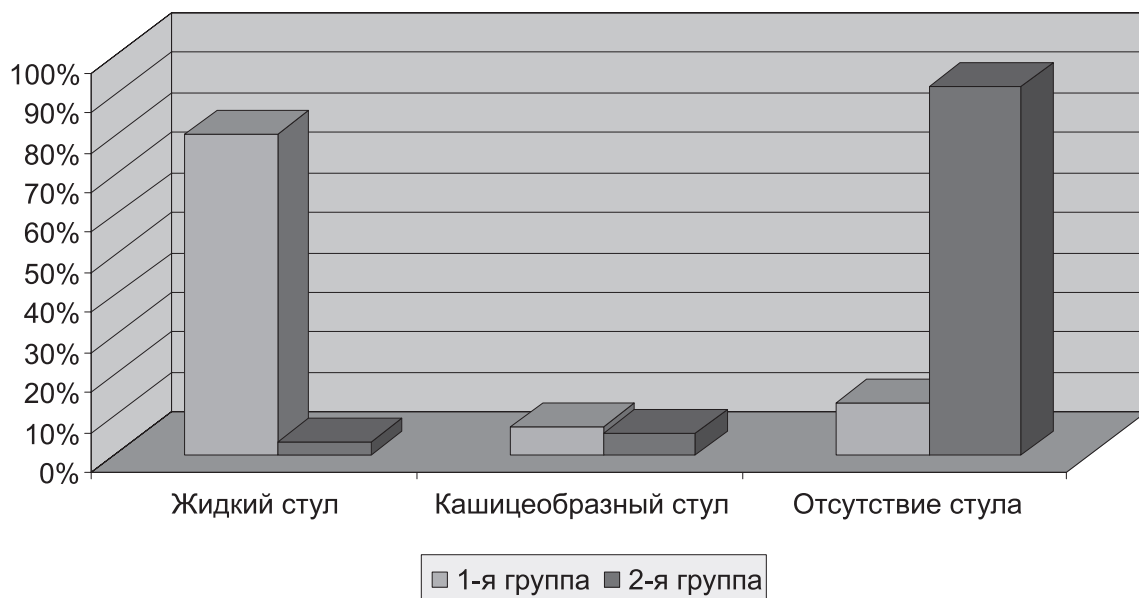
Такой важный симптом, характерный для ОКН, как задержка стула, среди пациентов 1-й группы наблюдения был отмечен лишь у 13 (15%), тогда как среди пациентов контрольной группы данная жалоба встречалась в 36 случаях (92%) (различия между группами достоверны $p < 0,05$).

Основной причиной, введившей в заблуждение врача при постановке правильного диагноза на этапе приемного отделения и после госпитализации в стационар, была жалоба на жидкий стул. Так, у больных с сопутствующей инфекционной патологией данная жалоба была зарегистрирована в 68 (80%) случаях, при этом у 24 (28%) пациентов его частота была более 5 раз в сутки. Чаще 10 раз в сутки диарея наблюдалась у 12 (14%) больных. Во 2-й, контрольной группе данная жалоба не была отмечена ни в одном случае из общего числа наблюдений (различия достоверны $p < 0,05$).

На рисунке представлено распределение пациентов по группам в зависимости от характера стула, который более четко отображает существующие различия, приведенные ранее.

Патологические примеси в стуле (кровь, слизь, гной) у пациентов 1-й группы отмечались чаще других (34% случаев), в то время как в контрольной группе этот симптом не был отмечен ни в одном случае.

Жалобы на повышение температуры предъявляли 45 (53%) пациентов 1-й группы исследования, что было характерно для клинического течения ОКИ. У пациентов контрольной группы данная жалоба была констатирована в 11 (28%) случаях. Причиной гипертермии у



Характер стула у пациентов исследуемых групп

пациентов контрольной группы явилось осложненное течение ОКН, сопровождавшееся развитием перитонита и, как следствие, системной воспалительной реакции (СВР).

При объективном осмотре пациентов 1-й группы наличие патогномичных симптомов ОКН (асимметрия и вздутие живота, усиленная перистальтика, «шум плеска») было непостоянным.

Так, при визуальном осмотре пациентов, у которых кишечная непроходимость протекала на фоне ОКН, вздутие живота и симптом «шума плеска» были отмечены в 27 (32%) и 15 (17%) случаях соответственно. При этом у пациентов контрольной группы, у которых кишечная непроходимость протекала с типичной клинической картиной, частота встречаемости этих симптомов достигала 97% и 82% соответственно (различия достоверны $p < 0,05$).

Пальпация живота при поступлении выявила симптомы раздражения брюшины как проявления перитонита или перитонизма у пациентов основной группы в 20 (23%) случаях. Наличие этих симптомов при ОКН было обусловлено наличием отека кишечной стенки, возникающего под действием микробного компонента. Повышенная микробная контаминация в таких случаях нередко приводит к гибели энтероцитов, нарушению процессов всасывания кишечного содержимого и, как следствие, повышению внутрипросветного давления. Приведенные факторы способствуют развитию ишемии стенки кишки, что клинически проявляется вздутием живота и болевым синдромом различной степени выраженности даже при отсутствии какой-либо хирургической патологии. Поэтому проявление перитонеальных симптомов у больных 1-й группы чаще клинически оценивалось как явления перитонизма.

Перитонит был более характерен для пациентов контрольной группы – 60% наблюдений, а явления перитонизма были отмечены среди пациентов данной группы в 40% случаев.

При аускультации усиленная перистальтика кишечника чаще всего встречалась у пациентов контрольной группы (64% случаев). В 1-й группе усиленная перистальтика была отмечена лишь у 16 пациентов

(19% случаев), что статистически достоверно отличалось от больных контрольной группы. Редкую встречаемость данного симптома среди пациентов 1-й группы можно объяснить воздействием энтеротоксинов на клетки интрамурального сплетения кишечной трубки, выделяемых возбудителями ОКН, в результате чего возникает угнетение моторики кишечника. Именно поэтому ослабление перистальтической активности кишечника чаще всего отмечалось среди пациентов основной группы (67% случаев). В контрольной группе данный симптом встречался реже и был отмечен у 36% больных.

При наличии симптомов указывающих на возможное развитие ОКН, пациенты, поступающие в инфекционный стационар, дополнительно осматривались в приемном отделении врачом-хирургом и при необходимости госпитализировались в инфекционное хирургическое отделение. При этом предварительно выставленный диагноз ОКН в ходе проведения диагностических мероприятий был подтвержден почти у половины больных (49%). Остальные пациенты госпитализировались в инфекционные отделения кишечного профиля, где осуществлялось динамическое наблюдение и проводилось лечение ОКН. При последующем развитии симптомов кишечной непроходимости в инфекционном отделении для консультации вызывался врач-хирург, и для исключения или подтверждения ОКН проводилось дополнительное обследование (обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца и др.).

Наибольшую сложность представляло проведение дифференциальной диагностики между динамической и другими видами кишечной непроходимости, возникшей у пациентов с ОКН. В таких случаях нами предложен дифференциально-диагностический метод, основанный на мониторинге клинических показателей, характерных для ОКН, на фоне проведения инфузионной терапии. При этом больным с подозрением на кишечную непроходимость на фоне ОКН проводилась инфузионная терапия кристаллоидными растворами в объеме 2,5–3 литров, так называемая «инфузионная нагрузка», которая позволяла не только корректировать нарушения водно-электро-

Распределение пациентов с острой кишечной непроходимостью в зависимости от времени поступления в хирургическое отделение

Время поступления в хирургическое отделение	Группа 1 (n=85) абс. (%)	Группа 2 (n=39) абс. (%)	Всего, %
< 6 часов	42 (49%)*	36 (92%)*	78 (63%)
6–24	16 (19%)	0	16 (13%)
> 24 часов	27 (32%)*	3 (8%)*	30 (24%)
Итого	85	39	124

Примечание: * – различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

литного баланса в качестве предоперационной подготовки, но и осуществлять детальное обследование для исключения органической природы ОКН. Использование этого метода показало, у 48% пациентов 1-й группы наблюдалась отчетливая положительная клиническая динамика, которая позволила отказаться от хирургического вмешательства и продолжить патогенетическую терапию ОКИ. Ни в одном наблюдении механической ОКН положительной клинической динамики отмечено не было.

В таблице представлено распределение пациентов с ОКН по времени, прошедшему от момента поступления в приемное отделение стационара до госпитализации в хирургическое отделение.

Как видно из таблицы, в основной группе исследования до 6 часов с момента поступления в инфекционный стационар из 85 пациентов в хирургическое отделение была госпитализирована лишь половина больных (49%). В контрольной группе число больных, госпитализированных в хирургическое отделение в первые 6 часов от момента поступления, составило 92%. В сроки от 6 до 24 часов в 1-й группе исследования было госпитализировано еще меньшее количество больных – 19%. В контрольной группе таких пациентов не было зарегистрировано ни в одном случае. В 27 (32%) случаях наблюдения пациенты 1-й группы были госпитализированы в хирургическое отделение позже 24 часов, а в контрольной группе число таких больных составило лишь 3 (8%) ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, выраженная клиническая картина ОКИ, ведущая к маскированному течению ОКН, затрудняет своевременную диагностику хирургической патологии и ведет к запоздалому поступлению пациентов в инфекционно-хирургическое отделение. В связи с этим важно прибегать к инструментальным методам исследования в динамическом режиме уже на этапе приемного отделения с участием врача-хирурга. К этому должны побуждать наличие стойкого болевого синдрома независимо от его характера, вздутие живота, рвота, появление явлений перитонизма или перито-

нита. Также при выборе тактики лечения пациентов с кишечной непроходимостью на фоне кишечной инфекции следует обращать внимание на эффект применения «инфузионной нагрузки».

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М., Андрияшкин В. В., Бреусенко В. Г. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В. С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2006. – 640 с.
2. Антоненков Г. М. Острая кишечная непроходимость в инфекционной клинике / Г. М. Антоненков, М. П. Беляев // Хирургия. – 1980. – № 7. – С. 41–43.
3. Бисенков Л. Н. Неотложная хирургия груди и живота: Рук. для врачей / Л. Н. Бисенков, П. Н. Зубарев, В. М. Трофимов – СПб: ГИППОКРАТ, 2006. – 560 с.
4. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. – Ростов на/Д, 2001. – 416 с.
5. Ерюхин И. А. Кишечная непроходимость / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. – СПб, 1999. – 267 с.
6. Лобзин Ю. В. Клиника, диагностика и лечение актуальных кишечных инфекций / Ю. В. Лобзин, В. М. Волжанин, С. М. Захаренко. – СПб: Фолиант, 1999. – 187 с.
7. Новицкий С. Н., Лобзин Ю. В., Финогеев Ю. П. Лечение инфекционных больных: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. – СПб: Фолиант, 2003. – 128 с.
8. Онищенко Г. Г. Окружающая среда и состояние здоровья населения Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 1. – С. 8–11.
9. Покровский В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология / В. И. Покровский и др. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 813 с.
10. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Медицина, 2005. – 696 с.
11. Ющук Н. Д., Бродов Л. Е. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение: Монография. – М.: Медицина, 2001. – 304 с.
12. Gianella R. A. Importance of the intestinal inflammatory reaction in Salmonella-mediation secretion // Infection and immunity. – 1979. – Vol. 23. № 1. – P. 140–145.
13. Guarga A., Urrutia A., Paret A., Rey-Joly C. Mesenteric lymphadenitis caused by Salmonella enteritidis // Med. Clin. – 1984. – Vol. 82. № 3. – P. 136–140, 351.

Поступила 26.09.2010