

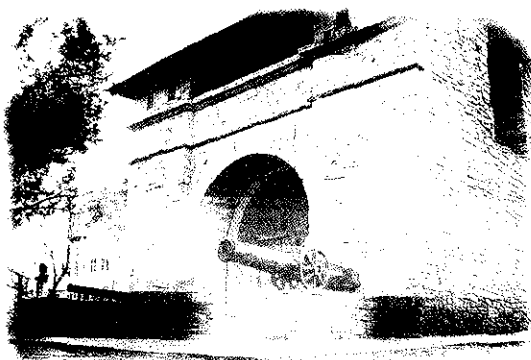
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

---

# **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**МАТЕРИАЛЫ  
РОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**18-19 октября**



**АНАПА  
2007**

## ДИАГНОСТИКА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ДРУГОЙ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕГИОНАРНОГО ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

*Васильев В.С., Богуцкий М.И., Шейко М.И.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г.Гродно, Беларусь*

**Введение.** Приёмное отделение, как этап диагностического процесса, является основным местом дифференциальной «фильтрации» непрофильных больных, ошибочно направленных в инфекционный стационар. Принимая во внимание важность своевременной диагностики ургентной хирургической патологии, понятно насколько ответственна роль врачей приёмного отделения, так как несвоевременное оказание специализированной помощи этим больным чревато, подчас, непредсказуемыми последствиями.

**Материалы и методы.** Нами подвергнуты анализу случаи отказов в поступлении больным и консультаций приёмного отделения регионального инфекционного стационара, обеспечивающего стационарную помощь инфекционным больным областного центра и близлежащих регионов. За 2003-2005 годы в этот стационар было направлено 13185 больных, из которых 1689 было отказано в госпитализации по разным причинам.

**Результаты и обсуждение.** Известно, что ургентной патологией принято считать заболевания, при которых требуется неотложная хирургическая помощь. Помимо хирургических больных в ней, пусть и другой по объёму, могут нуждаться гинекологические, оториноларингологические, урологические и другие больные. Среди лиц, которым было отказано в госпитализации у 477 (28,2%) больных были диагностированы различные хирургические заболевания. Так, острый аппендицит и аппендикулярный инфильтрат установлен у 184 (10,7%), желчно-каменная болезнь у 131 (7,8%), холециститы, холецистопанкреатиты и панкреатиты у 72 (4,3%). Особую группу составляли больные, которым был в приёмном покое выставлен диагноз непроходимость кишечника – 51, «острый живот» – 7, инвагинация – 7, тромбоз сосудов брыжейки – 6, ущемление грыжи – 4, спаечная болезнь – 3. Таким образом, у 78 пациентов дежурными врачами была выявлена патология, требующая направления их в дежурный хирургический стационар. В абсолютном большинстве случаев это делалось без вызова дежурного хирурга для проведения консультации. Тот факт, что среди лиц, которым было отказано в госпитализации в инфекционный

стационар свыше 50% составили больные, нуждающиеся, как правило, в экстренной хирургической помощи, отражает серьезные пробелы в общей подготовке врачей поликлинического звена и несколько меньшие у врачей скорой помощи. Этот же факт говорит одновременно о достаточной хирургической настороженности врачей приёмного отделения инфекционного стационара. Только 19 больных нуждающихся в хирургической помощи (холециститы, холецистопанкреатиты) были на короткое время госпитализированы (до 6 часов – 7, до 12 часов – 8, до 24 часов – 4), в течение которого они были консультированы хирургом и переводились после его санкции. Среди больных с кишечной непроходимостью не было пациентов моложе 25 лет, основную часть (до 70%) составили лица от 35 до 65 лет. В то же время острый аппендицит у ¾ всех случаев выявлялся в возрасте от 18 до 40 лет. Ни одного случая инвагинации не выявлено у взрослых. Это были дети от 6 месяцев до 3 лет. Тромбоз сосудов брыжейки отмечен у лиц старше 50 лет. Холециститы, холецистопанкреатиты регистрировались в основном в возрасте 40 – 60 лет.

**Заключение.** Дефектность диагностики перечисленной патологии на поликлиническом уровне была обусловлена общеизвестными причинами: плохо или поверхностно собран анамнез заболевания, недостаточно или непоследовательно проведен осмотр больных, не привлекались к диагностике поликлинические хирурги. Вполне понятно, что только этими причинами неправильное «движение» пациента объяснить нельзя. Сказываются на качестве диагностики и личностные качества врача, его подготовка, опыт. Есть все основания считать, что основная масса интернистов (терапевты, педиатры) нуждается в периодическом пополнении знаний по ургентной хирургической патологии.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Кутуков В.Е., Журихин А.В., Пьянков Ю.П.,*

*Большаков А.Е., Кабанов В.А.*

*Астраханская государственная медицинская академия, г. Астрахань*

**Введение.** В нашей работе мы поставили цель усовершенствовать алгоритм диагностики и лечения при спаечной тонкокишечной непроходимости путём включения в комплекс проводимых мероприятий ультразвукового исследования и мониторинга, оптимизации способов декомпрессии кишечника.