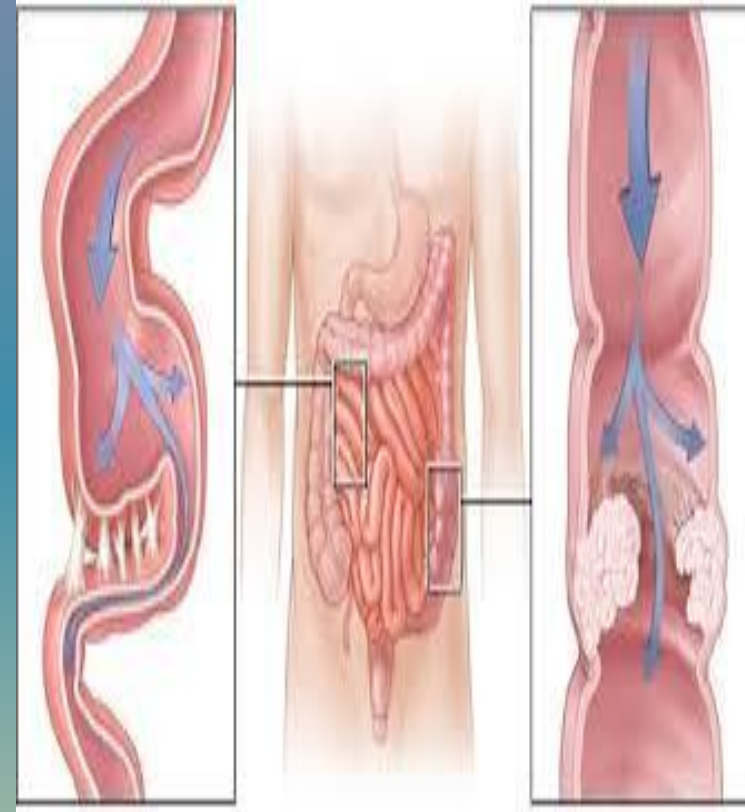


ДИАГНОСТИКА ОКН

**Подготовил: врач-интерн
Ушуров А.А**

ОКН

- ▣ В диагностике ОКН большое значение имеют тщательно собранный анамнез, скрупулезное выявление клинических симптомов заболевания, критический анализ рентгенологических и лабораторных данных.
- ▣ Клиническая картина ОКН складывается из 2 групп симптомов. Первая группа связана непосредственно с изменениями, происходящими в желудочно-кишечном тракте и брюшной полости при ОКН. Вторая группа отражает общую реакцию организма на патологический процесс.



I группа. Наиболее ранним и одним из самых постоянных признаков заболевания является болевой синдром. Возникновение схваткообразных болей характерно для острой обструкции просвета кишки и связано с ее перистальтикой. Резкие постоянные боли чаще сопровождают остро развившуюся странгуляцию. Если ОКН своевременно не диагностируется, то на 2-3 сутки от начала заболевания двигательная активность кишечника угнетается, что сопровождается уменьшением интенсивности боли и изменением ее характера. При этом начинают превалировать симптомы эндогенной интоксикации, что является плохим прогностическим признаком.

Патогномоничным симптомом при ОКН является задержка стула и неотхождение газов. Однако, при высокой тонкокишечной непроходимости вначале заболевания может наблюдаться отхождение газов и стула вследствие опорожнения дистальных отделов кишки, не приносящие облегчения больному, что часто дезориентирует врача. Одним из ранних клинических признаков ОКН является рвота. Частота ее зависит от уровня препятствия в кишке, вида и формы непроходимости, длительности заболевания. Вначале рвота носит рефлекторный характер, а в последующем возникает вследствие переполнения проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта. Чем выше кишечная непроходимость, тем более выражена рвота. В начальной стадии толстокишечной непроходимости рвота может отсутствовать. При низкой тонкокишечной непроходимости наблюдается рвота с большими промежутками и обилием рвотных масс, которые приобретают характер кишечного содержимого с «каловым» запахом. На поздних стадиях ОКН рвота является следствием не только застоя, но и эндотоксикоза. В этот период устранить рвотные движения не удастся даже интубацией кишечника.

Симптом Байера



- Одним из местных признаков ОКН является вздутие живота. «Косой живот» (симптом Байера), когда вздутие приводит к асимметрии живота и располагается в направлении от правого подреберья через пупок к левой подвздошной области, характерно для заворота сигмовидной кишки. Кишечная непроходимость, вызванная обструкцией просвета проксимальных отделов тощей кишки, приводит к возникновению вздутия живота в верхних его отделах, тогда как нарушение проходимости в подвздошной и толстой кишке приводит к вздутию всего живота.

Симптом Валя

С целью диагностики механической формы кишечной непроходимости была описана триада клинических признаков (симптом Валя): 1. Асимметрия живота; 2. Пальпируемая вздутая кишечная петля (эластический цилиндр) с высоким тимпанитом; 3. Видимая на глаз перистальтика. Для выявления возможной ущемленной грыжи, сопровождающейся клиникой ОКН, необходимо внимательно осмотреть и пропальпировать эпигастральную, пупочную и паховые области, а также имеющиеся послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке.



При обследовании пациентов с ОКН очень важно помнить о возможном пристеночном (Рихтеровском) ущемлении кишки, при котором «классическая» клиническая картина полной кишечной непроходимости, равно как и наличие опухолевидного образования, характерного для ущемленной грыжи отсутствуют.

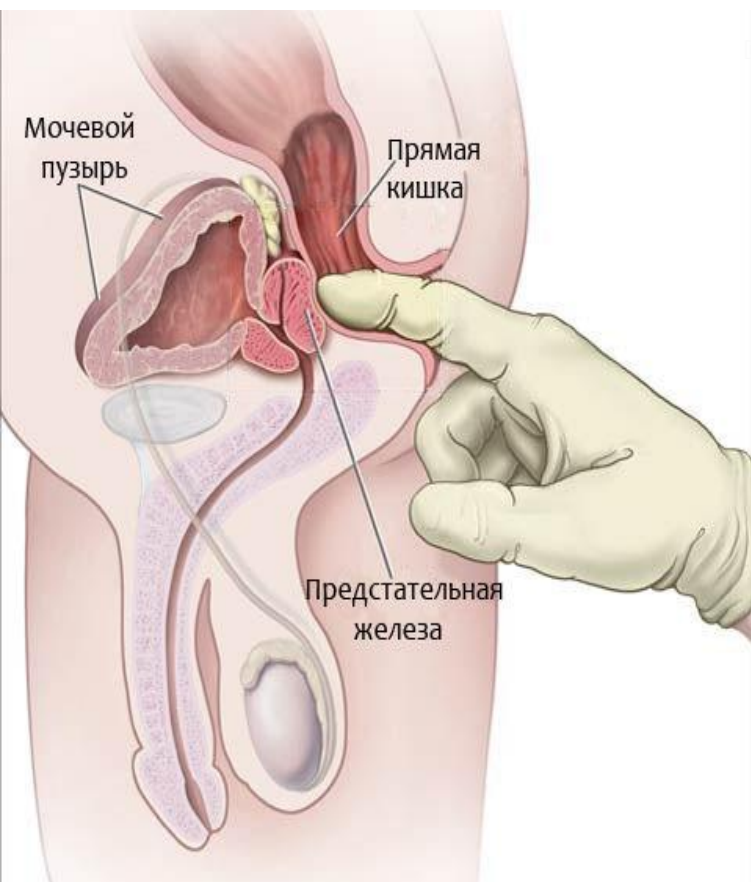


При пальпации живот до развития перитонита остается мягким и малоболезненным. Однако, в период активной перистальтики, сопровождающейся приступом болей, возникает напряжение мышц передней брюшной стенки. Для заворота слепой кишки патогномичным считается симптом Шимана-Данса, который определяется как ощущение пустоты при пальпации в правой подвздошной области вследствие смещения кишки. При толстокишечной непроходимости определяется метеоризм в правой подвздошной области (симптом Аншютца). Значительную диагностическую ценность имеет симптом, описанный И. П. Скляровым («шум плеска») в 1922 г., выявляемый при легком сотрясении передней брюшной стенки. Его наличие свидетельствует о переполнении жидкостью и газами приводящей кишки, что возникает при механической кишечной непроходимости. Воспроизводить данный симптом следует до постановки очистительной клизмы. При перкуссии передней брюшной стенки определяются участки высокого тимпанита с металлическим оттенком (симптом Кивуля), как следствие развивающегося пневматоза тонкой кишки. Это всегда являетсястораживающим признаком, поскольку газ в тонкой кишке в нормальных условиях не накапливается.



При аускультации передней брюшной стенки в начале заболевания выслушиваются различные по высоте и интенсивности кишечные шумы, источником которых является раздутая, но не потерявшая еще двигательной активности тонкая кишка. Развитие пареза кишечника и перитонита знаменует ослабление кишечных шумов, которые появляются в виде отдельных слабых всплесков, напоминающих звук падающей капли (симптом Спасокукоцкого) или шум лопающихся пузырьков (симптом Вильмса). Вскоре перестают определяться и эти звуки. Состояние «молчащего живота» свидетельствует о развитии тяжелого пареза кишечника. Вследствие изменения резонирующих свойств содержимого брюшной полости, на фоне увеличенного в объеме живота начинают отчетливо выслушиваться сердечные тоны (симптом Бейли). На этом этапе клиническая картина ОКН все больше сочетается с симптоматикой распространенного перитонита.

Пальцевое исследование прямой кишки



Обследование больного ОКН необходимо дополнить пальцевым исследованием прямой кишки, которое позволяет определить наличие в ней каловых масс («копростаз»), инородных тел, опухоли или головки инвагината. Патогномоничными признаками механической кишечной непроходимости являются баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки и снижение тонуса сфинктеров заднего прохода («зияние ануса»), описанное И.И. Грековым в 1927 году как «симптом Обуховской больницы».

II группа. Характер общих расстройств при ОКН определяется эндотоксикозом, дегидратацией и метаболическими нарушениями. Отмечается жажда, сухость во рту, тахикардия, снижение диуреза, сгущение крови, определяемое по лабораторным показателям. Очень важным диагностическим этапом является рентгенологическое исследование брюшной полости, которое подразделяется на:

- 1. Бесконтрастный метод (обзорная рентгенография брюшной полости). Дополнительно выполняют обзорную рентгенографию грудной полости.*
- 2. Контрастные методы для изучения продвижения бариевой взвеси по кишечнику после перорального приема (проба Шварца и ее модификации), введения ее через назоудоденальный зонд и ретроградного заполнения толстой кишки контрастной клизмой.*

Рентгенологическое исследование брюшной полости



- На обзорных снимках брюшной полости могут быть выявлены прямые и косвенные симптомы ОКН. К прямым симптомам относятся:
 1. Скопление газа в тонкой кишке является настораживающим признаком, поскольку в нормальных условиях газ наблюдается лишь в желудке и толстой кишке.

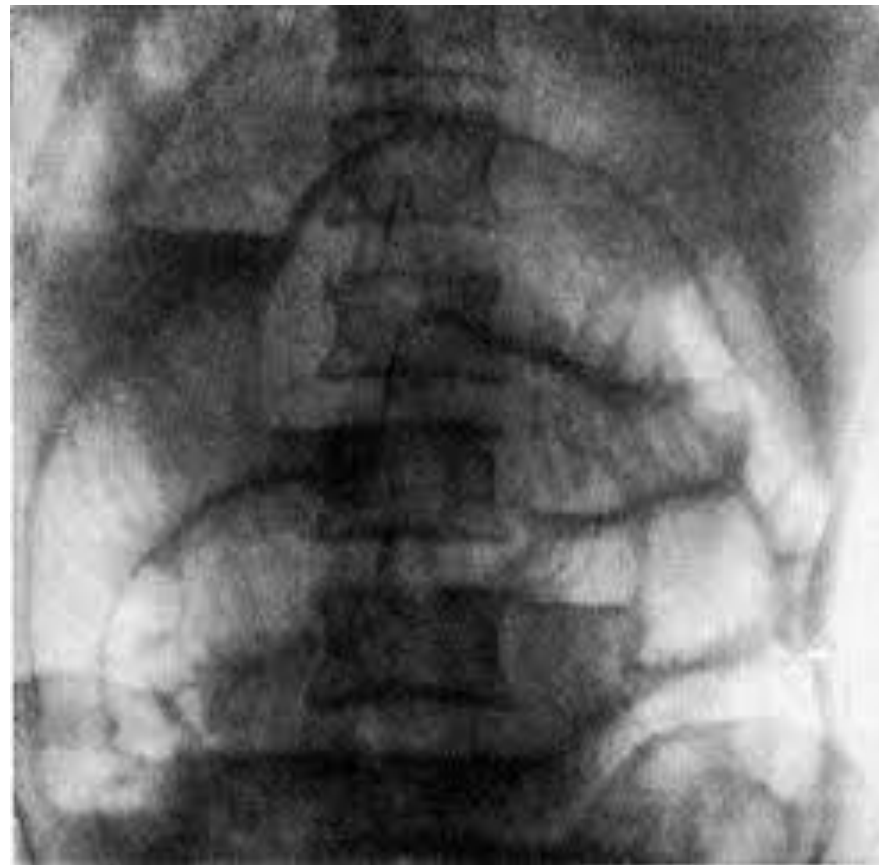
Рентгенологическое исследование брюшной полости

Наличие чаш Клойбера, названных по имени автора, описавшего этот признак в 1919 г. считается классическим рентгенологическим признаком механической кишечной непроходимости. Они представляют горизонтальные уровни жидкости, находящиеся в растянутых петлях кишечника, которые обнаруживаются спустя 2-4 часа от начала заболевания. Обращается внимание на соотношение высоты и ширины газовых пузырей над уровнем жидкости и их локализация в брюшной полости, что имеет значение для дифференциальной диагностики видов ОКН. Однако, следует помнить, что чаши Клойбера могут образовываться и после очистительных клизм, а также у ослабленных больных, длительно находящихся в постели. Горизонтальные уровни видны не только при вертикальном положении больного, но и в



Рентгенологическое исследование брюшной полости

Симптом поперечной исчерченности просвета кишки, обозначаемый как симптом Кейса (1928), «растянутой пружины», «рыбьего скелета». Этот симптом рассматривается как проявление отека керкринговых (циркулярных) складок слизистой тонкой кишки. В тощей кишке указанный симптом проявляется более рельефно, чем в подвздошной, что связано с анатомическими особенностями рельефа слизистой этих отделов кишечника... Отчетливо видимые складки тонкой кишки являются доказательством удовлетворительного состояния ее стенки. Стертость складок свидетельствует о значительном нарушении интрамуральной гемодинамики.



В случаях, когда диагностика ОКН представляет большие затруднения, применяют второй этап рентгенологического исследования с использованием контрастных методов.

Рентгеноконтрастный способ. Показания к его использованию могут быть сформулированы следующим образом:

Обоснованные сомнения на наличие у больного механической формы ОКН. Начальные стадии спаечной кишечной непроходимости, когда состояние пациента не внушает опасения и имеется надежда на ее консервативное разрешение

Динамическое наблюдение за продвижением контрастной массы необходимо сочетать с клиническим исследованием состояния больного и проведением консервативных лечебных мероприятий, направленных на разрешение кишечной непроходимости. В случае усугубления местных признаков ОКН и нарастания эндотоксикоза исследование прекращается и ставится вопрос о проведении неотложного оперативного вмешательства.

При проведении перорального контрастирования и интерпретации получаемых данных необходимо учитывать сроки продвижения контрастного вещества по кишечнику. У здорового человека бариевая взвесь, выпитая *per os*, достигает слепой кишки через 3-3,5 часа, правого изгиба толстой кишки — через 5-6 часов, левого изгиба — через 10-12 часов, прямой кишки — через 17-24 часа.

Использование пероральных рентгеноконтрастных методов не показано при толстокишечной непроходимости ввиду их малой информативности. В таких случаях выполняется экстренная колоноскопия.

УЗИ

- **Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости** дополняет рентгенологическое исследование, особенно в ранние сроки ОКН. Оно позволяет многократно наблюдать за характером перистальтических движений кишечника, не подвергая больного радиационному излучению, определять наличие и объем выпота в брюшной полости, исследовать больных в раннем послеоперационном периоде. Наиболее важными признаками в оценке стадии ОКН является диаметр кишки, который может находиться в интервале от 2,5 до 5,5 см. и толщина ее стенки, составляющая от 3 до 5 мм. наличие свободной жидкости в брюшной полости. При развитии деструктивных изменений петель кишечника толщина из стенки может достигать 7-10 мм, а ее структура становится неоднородной с наличием включений в виде тонких эхонегативных полосок.



Развитие эндоскопических методов исследования в неотложной хирургии позволило использовать лапароскопию в диагностике ОКН. Ряд отечественных и зарубежных авторов указывают на возможности метода для дифференциальной диагностики механической и динамической формы ОКН, для рассечения единичных спаек. Однако, как показывает накопленный нами опыт лапароскопии, применять ее в условиях выраженного пареза кишечника и спаечного процесса в брюшной полости в большинстве случаев не только малоинформативно, но и опасно в связи с возможным возникновением тяжелых осложнений. Поэтому, основным показанием к использованию лапароскопии при ОКН являются объективные трудности в дифференциальной диагностике острой хирургической патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1984. — 228 с.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - М.: Медицина, 1989. — 228 с.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. — М., «Триада-Х», 2005. — 640 с.
4. Щекотов Г.М. Непроходимость кишечника и ее лечение. - М.: Медицина, 1966. — 394 с.
5. Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки. — М.: Медицина, 1988. - 320 с.