

УДК 616-075-(083.74)+616.34-007.272

© А. И. Крадинов, Е. Б. Чемоданов, В. В. Жебровский, 2009.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОПОМЕТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. И. Крадинов, Е. Б. Чемоданов, В. В. Жебровский

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. – проф. А. И. Крадинов) и кафедра хирургических болезней №1 (зав. – проф. Жебровский В.В.) Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь.

KLINICAL SABCET TOPOMETRIC DIAGNOSTICS OF ACUTE BOWEL OBSTRUCTION

A. I. Kradinov, E. B. Chemodanov, V. V. Gebrovsky

SUMMARY

In modern X-ray diagnostics of acute bowel obstruction & adhesive disease traditional X-ray, ultrasound & CT –examinations are to be perspective & claimed. It is necessary to know sequence & integrated approach of these methods in complex with "contrast" marks in every case of urgent diagnostics.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ТОПОМІТРИЧНОЇ ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

О. І. Крадінов, Є. Б. Чемоданов, В. В. Жебровський

РЕЗЮМЕ

У сучасній променевої діагностиці гострої кишкової непрохідності та злукової хвороби перспективним і затребуваним залишаються традиційні рентгенологічні, ультразвукові й при необхідності комп'ютерно-томографічні дослідження. Доцільну послідовність і комплексність вживання цих методів у комплексі з „контрастними” мітками слід розглянути щодо невідкладної діагностиці та хірургічного лікування кожного окремого хворого.

Ключевые слова: топометрическая диагностики, острая кишечная непроходимость.

Достоверная и своевременная диагностика острой кишечной непроходимости (ОКН), как заболевания с высоким неблагоприятным прогнозом, остается до настоящего времени весьма сложной проблемой, летальность больных при котором колеблется от 16 до 30% [2, 4, 5].

Данные литературы свидетельствуют, что в большинстве случаев развитию спаечной кишечной непроходимости, предшествуют оперативные вмешательства на органах брюшной полости, а каждая последующая операция, как показали наши исследования и литературные данные влекут за собой прогрессирование спаечной болезни [1, 2, 5].

Проведен анализ историй болезни 200 больных после первичной резекции желудка по поводу рака желудка – 35, полипоза – 6, язвенной болезни желудка – 109, язвенной болезни 12-ти перстной кишки -50. Возраст больных колебался от 26 до 72 лет. 100 больным в возрасте от 30 до 50 лет после повторных операций, чаще по поводу демпинг-синдрома с первичной резекцией преимущественно по Бильрот-2. После первичного оперативного лечения (резекции желудка) в раннем периоде (до 30 дней после операции) у 20 больных из 200 (10%) диагностированы анастомозиты с типичной клинико-рентгенологической картиной. После повторных операций анастомозиты встречались в 1,7 чаще (17%). Послеоперационный воспалительный инфильтрат локализовался в области желудочно-кишечного анастомоза. В поздние сро-

ки у этих больных контуры отводящей кишки представлялись нечеткими, деформированными, что свидетельствовало о наличии перивисцерита.

В отдаленном периоде у 50% больных, перенесших в раннем периоде анастомозит, развивалась спаечная болезнь в различной степени с явлениями кишечной непроходимости.

Клинико-рентгенологическое исследование проведено 42 больным с кишечной непроходимостью.

Клиническая хирургия не располагает в настоящее время достоверными **топометрическими** методами диагностики острой кишечной непроходимости, т.е. определения места задержки пассажа содержимого в петлях кишечника. Поэтому основной задачей данной работы по замыслу авторов явилась попытка изучить и доказать возможность сонографии, спиральной компьютерной томографии в комплексе с «контрастными метками» определение места препятствия в кишечнике.

Обзорный снимок брюшной полости в вертикальном положении больного является оптимальным исследованием при поступлении больного в клинику. Как видно на рис. 1, у больного определяется 2-3 чаши Клойбера, при появлении первых клинических симптомов 3-4 часа назад. Применение динамического рентгеноконтрастного исследования у больных с «затушеванной» клинической картиной не всегда проявляется убедительными симптомами непроходимости (рис.2).



Рис. 1 Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Единичные горизонтальные уровни со свободным газом над ними (чаша Клойбера).

Хотя этот метод при динамическом исследовании когда определяется поступление контрастного вещества в восходящий и другие отделы толстой кишки через 8 и более часов после приема водно-бариевой взвеси позволяет исключить непроходимость в тонкой кишке (О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский и др.).

Предложенная методика сотрудниками Харьковского НИИ (Ю.Л. Шальковым, А.И. Гамидовым, Ш.М. Жургенбаевым и рентгенологом Левендюком А.М.) с применением «контрастных меток» по мнению авторов и нашим исследованиям в большей степени «решило проблемы ранней диагностики спечной болезни». Мы применяли «контрастные метки» в виде округлой формы гранул из фосфат-цемента диаметром 5-6 мм. Больной принимал эти «метки» с интервалом через один час. Рентгеновский снимок производили через 4-6 часов после приема последней гранулы.

Признаком кишечной непроходимости на обзорной рентгенограмме является группировка «контрастных меток» в участках кишки перед местом сужения (рис.3).

УЗ-исследование с «контрастными метками» повышает диагностические возможности в определении локализации непроходимости. Эхографическое исследование следует проводить в зоне наибольшей болезненности, в зоне группировки «контрастных меток». Эхограмма больного со спаечной бо-



Рис. 2 Рентгенограмма с введением рентгеноконтрастного вещества (сернистого бария). Петли тонкой кишки расширены, свидетельствующие о наличии пареза.

лезью с применением «контрастных меток» (рис.4) позволяет определить «контрастные метки» в виде эхопозитивных образований, гиперпневматоз петель кишечника, расширение кишки перед суженным участком, возвратно-поступательные движения содержимого кишки и «контрастных меток», определить наличие свободной жидкости в брюшной полости.

УЗ-исследование с «контрастными метками» повышает диагностические возможности в определении локализации непроходимости. Эхографическое исследование следует проводить в зоне наибольшей болезненности, в зоне группировки «контрастных меток». Эхограмма больного со спаечной болезнью с применением «контрастных меток» (рис.4) позволяет определить «контрастные метки» в виде эхопозитивных образований, гиперпневматоз петель кишечника, расширение кишки перед суженным участком, возвратно-поступательные движения содержимого кишки и «контрастных меток», определить наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Завершающим этапом исследования больных с клиническими симптомами ОКН является спиральная компьютерная томография (СКТ) с предварительным введением «контрастных меток». СКТ исследование с реконструктивным изображением в прямой и боковой проекциях может подтвердить или опровергнуть диагноз острой кишечной непроходимости, а главное позволяет определить топографию, т.е. место расположения непроходимости по отно-



Рис. 3 Обзорная рентгенограмма. Место группировки «контрастных меток» свидетельствует о наличии непроходимости в кишечнике.

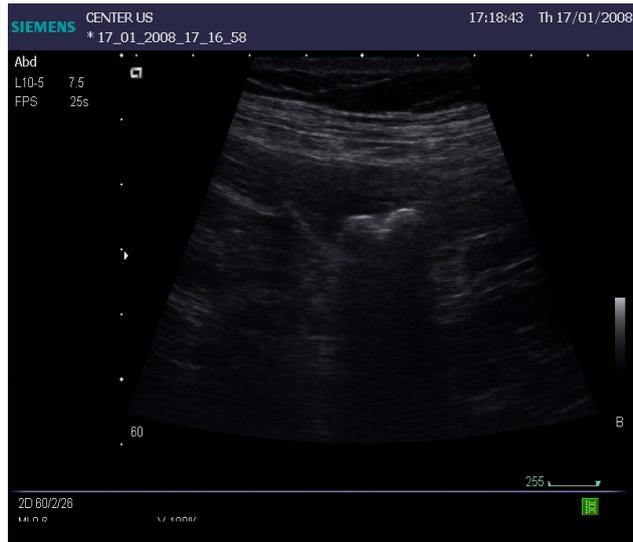


Рис. 4 Эхограмма больного со спаечной болезнью. Эхопозитивные образования «контрастные метки» с эхонегативной «дорожкой».



Рис. 5 На реконструктивном изображении СКТ исследования с «контрастными метками» в боковой проекции определена глубина и место (топометрия) уровня стеноза по отношению к передней кожной поверхности.



Рис. 6 Рентгеноконтракция СКТ исследования с «контрастными метками» в прямой проекции. Определено расположение места стеноза-непроходимости по отношению к срединной линии.

шению к срединной линии и глубину его расположения (рис.5 - 6).

СКТ исследование с «контрастными метками» помогает предположить ее причину. Это имеет практическое значение, т.к позволяет хирургу вносить определенные коррективы в планировании оперативного вмешательства наметить пути подхода к месту непроходимости, определить объем предстоящего хирургического вмешательства.

Таким образом, анализ результатов сонографического и спирально-компьютерно-томографического исследования в комплексе с «контрастными метками» больным с клиническими симптомами кишечной непроходимости позволяет определить топометрическую локализацию места непроходимости по отношению к передней брюшной стенке, глубину ее расположения, отношение к срединной линии, выработать комплексный диагностический подход при

исследовании больных с этой патологией, а также внести коррективы при составлении плана хирургического лечения.

Учитывая отсутствие инвазивности, лучевой нагрузки при УЗИ, широкую доступность ультразвукового исследования брюшной полости, простоту применения «контрастных меток», большую информативность СКТ исследования с метками, следует шире рекомендовать комплекс предложенных методов диагностики при этой достаточно распространенной и весьма серьезной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь.-М., 1989.
2. Зединидзе Г.А., Линденбрaten Л.Д. Неотложная рентгенодиагностика.
3. Крадинов А.И., Жебровский В.В., Чемоданов Е.Б. Стандартизация диагностического процесса больных с острой кишечной непроходимостью на этапе хирургического лечения. Тр.КГМУ им. С.И. Георгиевского, 2008, т.144, ч.1, с.160-165.
4. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М., «Медицина», 1990, с.45.
5. Петров В.И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. М., 1964.
6. Шальков Ю.Л., Миндюк А.М., Галидов А.Н., Жургенбаев Ш.М. Исследование «контрастной метки» - решение проблемы ранней диагностики спаечной непроходимости.- Хирургия, 1991, №4,- С.- 134-137.