

УДК 616-073.75+616.33-002.44-06

© А.И. Крадинов, В.А. Черноротов, Е.В. Черноротова, 2012.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

А.И. Крадинов, В.А. Черноротов, Е.В. Черноротова

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. кафедрой – проф. А.И. Крадинов), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.

RADIODIAGNOSIS OF PEPTIC ULCERS AND THEIR COMPLICATIONS

A.I. Kradinov, V.A. Chernorotov, E.V. Chernorotova

SUMMARY

Clinical radiological researches of 250 patients operated for ulcerous illness of stomach and duodenum, poliposis, cancer of stomach and diseases of transverse bowel have been analyzed. The methodology and semiotics of roentgenologic research have been worked out for exposure of postoperative peptic ulcers and their complications.

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПЕПТИЧНИХ ВИРАЗОК І ЇХ УСКЛАДНЕНЬ

О.І. Крадінов, В.О. Черноротов, О.В. Черноротова

РЕЗЮМЕ

Проаналізовані клініко-рентгенологічні дослідження 250 хворих, які прооперовані з приводу виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки, поліпозу, раку шлунку і захворювань ободової кишки. Розроблена методика і семіотика рентгенологічного дослідження для виявлення післяопераційних пептичних виразок і їх ускладнень.

Ключевые слова: резекция желудка, пострезекционные синдромы, пептическая язва, желудочно-кишечные свищи, диагностика.

Резекция желудка, являясь общепризнанным методом хирургического лечения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), в ряде случаев приводит к возникновению нежелательных пострезекционных расстройств.

Частота их наступления, по данным различных авторов, исчисляется в 45 – 60% по отношению к общему числу больных, подвергшихся частичному или полному удалению желудка (Саенко В.Ф., Тодуров Л.С., Белянский Ю.А. и др., 2007 г.).

Проблема патологических состояний после резекции желудка ввиду тяжести проявлений и трудности лечения по праву заслуживает меткого названия «несчастливого» раздела хирургии (Бусалов А.А., Панцырев Ю.М., Саенко В.Ф.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 250 больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка, а также различных заболеваний желудка и ободочной кишки: мужчины – 190, женщины – 60. Наиболее часто диагностированы желудочно-толсто-кишечные свищи – у 15 больных, желудочно-тонко-кишечные свищи – у трёх. Причинами возникновения свищей были пептическая язва анастомоза после резекции желудка по поводу хронической язвы – у 9 больных, по поводу рака – у трёх, пенетрирующая доброкачественная язва желудка – у трёх, язвенный колит – у двух, дивертику-

лит селезеночного изгиба толстой кишки – у одного. Локализация свищей наиболее часто отмечалась в дистальном отделе поперечно-ободочной и в области селезеночного угла толстой кишки. Наиболее эффективным способом в диагностике желудочно-толсто-тонко-кишечных свищей является методически правильно проведенное пероральное введение контрастного вещества с исследованием желудочно-кишечного тракта на всем протяжении. В методике рентгенологического исследования больного с резецированным желудком или без оперативного вмешательства при клиническом подозрении на наличие свища важным является тугое заполнение культи резецированного желудка или желудка неоперированного, так как свищевой канал может располагаться в верхнем отделе желудка. Обязательным является многоосевое исследование больного в горизонтальном положении.

При отрицательных результатах перорального рентгенологического исследования больного с клиническим подозрением на наличие свища в виде неприятного запаха изо рта, рвота с каловым запахом, боли после приема пищи, проводили исследование толстой кишки методом ирригоскопии. Эта методика является необходимой и эффективной при наличии так называемых «клапанных» желудочно-толсто-кишечных свищей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пептическая язва – является самым тяжелым осложнением пострезекционных синдромов:

- Их причина была загадочна
- Была трудна их профилактика и диагностика
- Их лечение было недостаточно надежным.

Пептические язвы возникают и поддерживаются вследствие действия активного желудочного сока на слизистую оболочку кишки:

- Они никогда не встречаются после резекции желудка и гастроэнтеростомий при ахилии.
- Они редки после резекций и анастомозов, сопровождающихся умеренной кислотностью.
- Напротив, пептические язвы часто возникают после резекций, сопровождающихся повышенной кислотностью.

- Причем, чем выше кислотность, тем чаще являются пептические язвы. У этих больных они возникают с частотой до 24% (С.С. Юдин).

У исследованных нами больных общая кислотность желудочного сока колебалась от 20 до 40 единиц.

В связи с тяжелыми осложнениями пептических язв и трудностью их лечения один из лидеров российских гастрохирургов В.В. Успенский говорил:

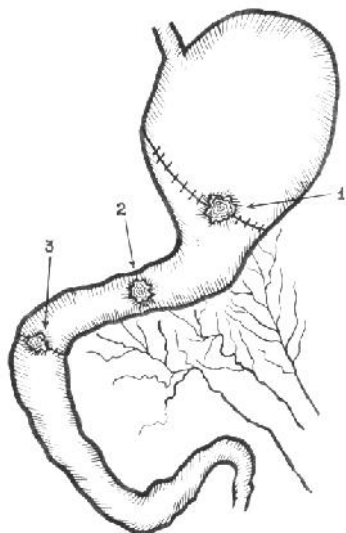
- «Оставьте людям их желудка. Они им нужны» и далее продолжал:

- «Не вырезайте желудков хотя бы у молодых больных».

А сам делал гастроэнтероанастомии и резекции тысячами. Хотя известно, что именно у молодых с язвой и особенно активной желудочной секрецией, риск образования пептических язв в области гастроэнтероанастомозов наиболее высок.

Диагностика пептических язв.

- Клиническая
- Рентгенологическая
- Гастроскопическая



Анализ проведенных исследований позволил разработать схему наиболее частых их локализаций (рис.1):

1. В области гастроэнтероанастомоза
2. В области отводящей тощей кишки
3. В области еюнодуоденального анастомоза.

Рентгенологически:

- типичная круглая пептическая язва в области анастомоза «ulcus rotundum» (рис. 2).



Рис. 2. Рентгенография желудка при тугом пероральном наполнении: круглая язва в области анастомоза.

- хроническая пенетрирующая в отводящей тонкой кишки с конвергенцией складок (рис. 3)

- перфорация в брюшную полость – пневмоперитонеум, в желчные ходы, с образованием внутренних желчных свищей.

Любая перфорация язвы в брюшную полость, желчные ходы, в толстую или тонкую кишку сопровождается сильным болевым синдромом, «кинжальной болью», страхом, возбужденным состоянием.

Первый крик о нестерпимой боли при прободной язве доносится до нас из глубины веков (XIV век) из женских уст, уст дочери английского короля Карла 1 - «Боли охватили тело моё. Боже мой, вынь их из меня», «О, ночь ужасна». А утром, как удар грома, пронеслась новость: «Мадам умерла».

Рентгенологически при внутренних желчных свищах определяется присутствие газа в желчных ходах, при ультразвуковом исследовании (УЗИ) – гиперэхогенные древовидные разветвления, при КТ – присутствие газа в желчных протоках.

Исследование с бариевой взвесью желудка – наиболее оптимальная методика, т.к. уточняет локализацию, длину, ширину, состояние желчных ходов, что важно для хирурга.

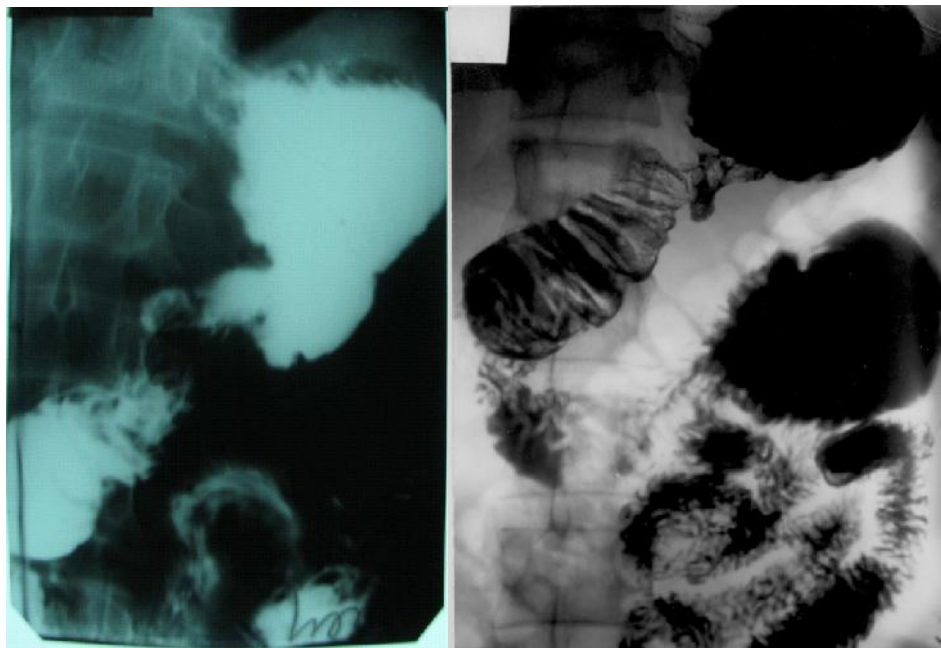


Рис. 3. Рентгенография желудка при тугом пероральном наполнении: пенетрирующая язва в отводящей кишке.

Желудочно-толсто-тонкокишечные свищи.

Причинами возникновения свищей чаще всего была пептическая язва анастомоза после резекции желудка по поводу хронической осложненной язвы (у 9 пациентов). В этиологии пептической язвы играют роль многие факторы. Однако большинство авторов решающее значение придают действию активного желудочного сока на незащищенную слизистую оболочку тонкой кишки.

У двух пациентов причиной образования свищей был рак толстой кишки, у 4 – пенетрирующая доброкачественная язва желудка, у 2 – язвенный колит, у 1 – дивертикулит селезеночного изгиба толстой кишки.

Следует отметить, что, несмотря на все более широкое применение в хирургии эндоскопических исследований, в том числе колоноскопии, рентгенологический метод не утратил своего значения при исследовании патологии толстой кишки по следующим причинам: 1) колоноскопия пока является привилегией крупных клиник; 2) проведение ее сопряжено с целым рядом трудностей: длительностью процедуры, вынужденным положением больного, которое нередко неприемлемо для тяжелых больных и пожилых людей; 3) не все отделы толстой кишки подлежат детальному эндоскопическому исследованию; 4) при эндоскопии не могут быть исследованы околокишечные изменения и функциональные расстройства. Вместе с тем, рентгенологический метод является доступным, достаточно точным и надежным.

Желудочно-толстокишечные и желудочно-тонкокишечные свищи в 85% выявлялись при пероральном приеме контрастного вещества и локализовались главным образом в дистальном отделе поперечной ободочной кишки. Длина желудочно-кишечно-

го свища достигала 2-5 см. Диаметр внутреннего отверстия в желудке и кишке колебался от нескольких миллиметров до двух сантиметров. Рентгенологическое исследование при пероральном исследовании позволяло диагностировать наличие свища, его локализацию, протяженность и диаметр. При наличии желудочно-тонкокишечного свища это исследование позволяло оценить состояние петель тонкой кишки, их деформацию, сужение просвета, смещение, что свидетельствовало о наличии спаечного процесса с клиническими его проявлениями.

Рентгеноскопическое исследование целесообразно начинать с перорального введения водно-бариевой взвеси. После приёма двух-трёх глотков контрастного вещества в желудке определяется высокий столб секреторной жидкости, складки слизистой оболочки утолщенные, извитые (признак «раздраженного желудка»). При внимательном анализе рентгенограммы и при рентгеноскопии от опытного глаза рентгенолога не может ускользнуть наличие незначительных пятен контрастного вещества снаружы от большой кривизны желудка, расположенных выше горизонтального уровня бариевой взвеси в желудке — симптом «промокательной бумаги».

Вышеописанный симптом позволял заподозрить наличие свищевого отверстия, для выявления которого необходимо тугое заполнение желудка (рис. 4) и исследование пациента в горизонтальном положении (рис. 5).

Методически правильно проведенное рентгенологическое исследование, как видно на рис. 4 и 5, позволило выявить наличие желудочно-толстокишечного свища, определить его локализацию, диаметр и длину.

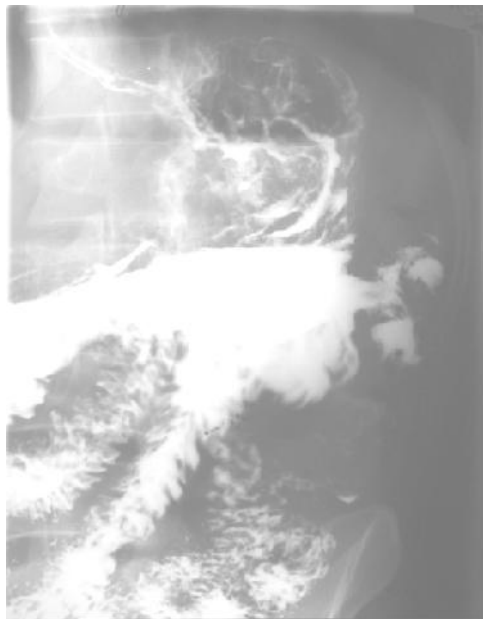


Рис. 4. Больной П., 38 лет. Через 20 мин после дополнительного приема контрастного вещества. По большой кривизне отмечается наличие свищевого канала диаметром 1.2 см, длиной 2 см и поступление бариевой взвеси в поперечно-ободочную кишку и селезеночный угол.

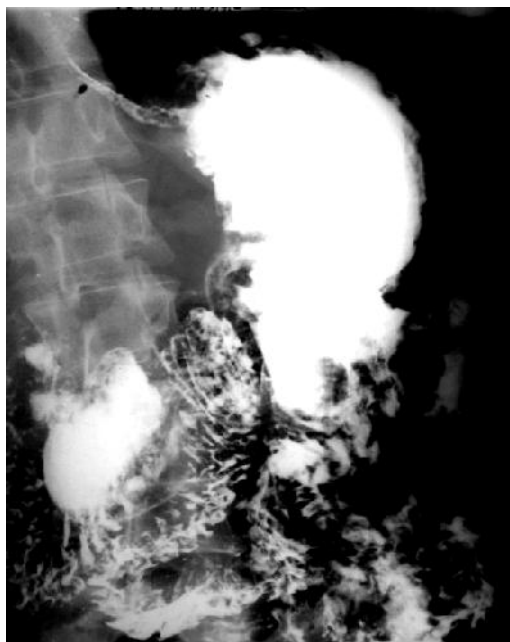


Рис. 5. Тот же больной. Исследование в горизонтальном положении. Хорошо виден свищевой канал и поступление контрастного вещества в толстую кишку.

Динамическое изучение пассажа бариевой взвеси позволило выявить заполнение поперечно-ободочной кишки, селезеночного угла и нисходящей кишки с выраженной гаустрацией (рис. 6), что дало основание сделать заключение о наличии желудочно-толстокишечного свища.



Рис. 6. Тот же больной. Через 1 час 40 минут отмечается дальнейшее заполнение бариевой взвесью толстой кишки с выраженной гаустрацией.

Одновременно с этим, динамическое изучение пассажа бариевой взвеси дает возможность оценить взаимоотношение свища не только с петлями толстой кишки, но и с рядом расположенными петлями тонкой кишки, которые, как видно на рис. 6, представляются деформированными, что свидетельствует о явлениях перивисцерита.

Главная задача после обнаружения свища заключается также в определении скорости пассажа контрастного вещества по кишке, обнаружении его задержки и ее уровня. Получение подробной информации имеет большое значение для планирования хирургического вмешательства, при котором необходимо ликвидировать не только свищ, но и те возможные перегибы, деформации кишки за счет спаечного процесса, а возможно и воспалительного инфильтрата.

У трёх пациентов при клинических проявлениях таких как каловый запах изо рта, рвоты с неприятным запахом, болей после приема пищи, характерных для желудочно-толстокишечного свища, при пероральном введении контрастного вещества он выявлен не был. Этим больным была проведена ирригоскопия.

Ирригоскопическое исследование толстой кишки позволило у трех больных выявить наличие «клапанного» желудочно-кишечного свища, при которых содержимое толстой кишки проникало в оперированный или неоперированный желудок. Такие свищи не диагностировались при пероральном приеме контрастного вещества. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта при пероральном приеме бариевой взвеси оказывается неэффективным в выявлении желудочно-толстокишечного

свища при так называемых «клапанных» свищах, когда «заслонка» прикрывает свищ со стороны желудка. В этих случаях выявление свища может быть только при ирригоскопии (рис. 7, 8). И наоборот, когда «заслонка» прикрывает свищ со стороны толстой кишки, свищевой канал может быть не выявлен при ирригоскопии. Поэтому при клиническом подозрении



Рис. 7. Больной Т., 42 года. Состояние после субтотальной резекции желудка. При ирригоскопии отмечается поступление контрастного вещества через свищевой канал в области гастроэнтероанастомоза в культю резецированного желудка и отводящую кишку. Длина канала 2 см, ширина – 1 см. «Клапанный» свищ.

На рис. 8 четко виден свищевой канал длиной 2 см, диаметром 0,8 см между желудком и дистальным отделом поперечно-ободочной кишки, который не выявлялся при пероральном приеме контрастного вещества. Клинические симптомы были характерны для желудочно-ободочного свища, позволили заподозрить «клапанный» свищ и провести ирригоскопию.

ВЫВОДЫ

Пептические язвы являются тяжелым осложнением среди пострезекционных синдромов. Их своевременная клиническая, эндоскопическая и рентгенологическая диагностика позволяет избежать опасных для жизни больного последствий. Среди последних наиболее часто (3,7 – 8%) встречается образование желудочно-тонко-толстокишечных свищей.

Методически правильно проведенное рентгенологическое исследование с учетом клинических данных, позволяет выявить наличие, локализацию, длину и диаметр желудочно-толсто-тонкокишечных свищей.

желудочно-ободочного свища следует начинать исследование при пероральном введении контрастного вещества. В случае рентгеноотрицательных результатах, следует продолжить исследование методом ирригоскопии. Желудочно-тонко-толстокишечные свищи соединяют желудок, как правило, с левой половиной толстой кишки.



Рис. 8. Больной Д., 36 лет. При ирригоскопии отмечается поступление и заполнение желудка бариевой взвесью через свищевой канал, соединяющий дистальный отдел поперечно-ободочной кишки с верхней третью желудка. «Клапанный» свищ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Усовершенствованный способ пилоропластики при прободных и кровоточащих язвах пилородуоденальной зоны / А.М. Дудин, А.Е. Кузьменко, В.В. Хацко [и др.]. // Труды КГМУ им. С.И. Георгиевского. – 2007. – Т. 143. – Ч. V. – С. 101-111.
2. Крадинов А.И. Актуальные вопросы диагностики оперированного желудка по данным лучевых методов исследования // Променева диагностика, променева терапия. – 2001. – №2. – С. 3-10.
3. Хирургическое лечение патологических синдромов после резекции желудка / В.Ф. Санеко, И.М. Тодуров, Л.С. Белянский [и др.]. // Труды КГМУ им. С.И. Георгиевского. – 2007. – Т. 143. – Ч. V. – С. 220-226.
4. Шаповалов В.А. Рецидивы язвы после стволовой ваготомия, выполненной при перфорации пилородуоденальных язв / В.А. Шаповалов // Труды КГМУ им. С.И. Георгиевского. – 2007. – Т. 143. – Ч. V. – С. 226-238.