

прямой и сигмовидной кишки мы производим подшивание сигмовидной кишки по линии будущего анастомоза к дистальному отрезку прямой кишки без предварительной ее резекции. Затем приводящую и отводящую петли складываем вместе и накладываем твердый кишечный зажим. Под этим зажимом одновременно пересекаем прямую и сигмовидную кишку (рис. 1).

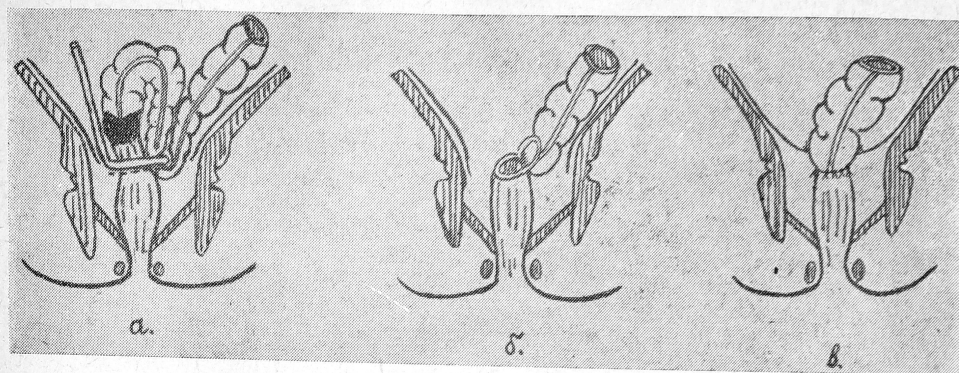


Рис. 1. Схема резекции прямой и части сигмовидной кишки: а — сигмовидная кишка подшита к прямой ниже опухоли без предварительного отсечения пораженного участка (пунктиром обозначена линия резекции); б — петля отсечена. Начало наложения анастомоза; в — ректосигмоидальный анастомоз в законченном виде.

Отодвигая сигмовидную кишку, удерживаем анастомоз у поверхности раны. Накладываем узловые швы на заднюю и на переднюю губы анастомоза. Затем накладываем второй ряд узловых швов. Над анастомозом ушиваем тазовую брюшину. Брюшную полость закрываем наглухо. Для дренирования полости малого таза делаем дополнительный разрез на промежности. Подобной методикой выполнено 4 операции с благоприятными ближайшими результатами. У одной тучной больной операция прошла в трудных анатомических условиях, ввиду неуверенности в надежности анастомоза ей была наложена цекостомия для декомпрессии.

Особое значение в настоящее время приобретает применение комплексного метода лечения рака прямой кишки. В последние 3 года мы не производим операций без пред- и послеоперационной глубокой рентгенотерапии, а в последний год мы стали применять и химиотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Усова М. М. Вопр. онкол., 1964, 2. — 2. Холдин С. А. Злокачественные новообразования прямой кишки. Медгиз, Л., 1955.

УДК 616—073.75—616.33

ДВОЙНОЕ КОНТРАСТИРОВАНИЕ — НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

А. А. Зяббаров

Кафедра рентгенологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Общеизвестно, что результаты лечения опухолей желудка зависят прежде всего от своевременного их выявления. Рентгенологическое исследование, признанное одним из доступных и объективных методов изучения этого органа, далеко не всегда обеспечивает надежную диагностику ранних форм рака. Это побуждает продолжать поиски способов его усовершенствования.

Ранее (1957) нами была предложена модификация двойного контрастирования желудка, позволяющая при помощи приготовленных по специальной прописи газообразующих контрастных масс расправлять этот орган. Применяемая при этом техника перемещения дает возможность равномерно распределить контрастную взвесь по поверхности слизистой. Изображение желудка в таких условиях значительно отличается от обычного и, как оказалось, обладает рядом преимуществ.

К моменту опубликования предыдущей работы число наших наблюдений было недостаточным для обобщений. С тех пор проведены многие сотни исследований, которые позволили более объективно оценить возможности двойного контрастирования при опухолях желудка. Ниже приведены результаты изучения последней серии больных в 115 чел. 113 чел. подверглись хирургическому лечению. Препараты оперированных желудков мы сопоставляли с рентгеновскими теневыми изображениями. В одном случае произведена гастроскопия.

У 18 чел. (из 115) благодаря применению двухконтрастного метода были получены дополнительные сведения. В зависимости от характера полученных данных эти больные подразделены на три группы. Первую группу составили 3 больных. Каждому из них при предшествующем обычном рентгеновском исследовании было выдано заключение об отсутствии изменений со стороны желудка. Однако неблагоприятная клиническая картина в последующем побудила врача-рентгенолога произвести повторное просвещение с применением двойного контрастирования. В результате у всех 3 больных была обнаружена опухоль в желудке.

Во вторую группу включено также 3 больных. Обычное исследование и у них не выявило изменений в желудке. Однако на этот раз уже какие-то детали в самом теневом изображении заставили рентгенолога провести повторное исследование с применением двойного контрастирования. У всех 3 больных была установлена опухоль в желудке, подтвержденная на операции.

Приводим следующее наблюдение.

У Ш., 59 лет, при обычном рентгеновском исследовании отмечена зубчатость большой кривизны. Пальпаторно признаков нарушения эластичности выявить не удалось, и зубчатость была объяснена петлистостью утолщенных складок слизистой (рис. 1, см. вклейку). Однако у рентгенолога в оценке состояния большой кривизны возникли сомнения. Было решено вызвать больную для повторного просвечивания. В результате исследования, проведенного двухконтрастным методом, там, где обратила на себя внимание зубчатость большой кривизны, рисунок рельефа остался стабильным, в то время как во всех других отделах складки сгладились. Между обрывами плавных очертаний большой кривизны стенка желудка оказалась деформированной, ригидной (рис. 2). Заключение: раковая опухоль желудка. Больная госпитализирована. При гастроскопии на передней стенке и на большой кривизне желудка в нижней трети его тела выявлена плоская опухоль с четко очерченным валикообразным бугристым краем и изъязвлением в центре (рис. 3). При пробной лапаротомии найдена раковая опухоль 4×10 см, располагающаяся в области тела желудка. Имеются метастазы.

В приведенном наблюдении неровность большой кривизны, вызванная распространявшейся на большую кривизну плоской опухолью, при обычном исследовании терялась на фоне окружающих переходных складок.

У 12 больных (третья группа) методика двойного контрастирования способствовала уточнению локализации, протяженности и анатомо-морфологических особенностей обнаруженных изменений. При обычном исследовании стенки желудка находятся в относительно расслабленном состоянии. Слизистая оболочка образует складчатость, многообразный рисунок которой нередко маскирует даже сформировавшиеся опухоли. Пытаясь разобраться в сложной картине рельефа, рентгенолог постоянно испытывает потребность увидеть желудок в динамике, в изменившихся условиях, при ином наполнении, когда стенки этого органа, а также складки его слизистой расправлены. Пораженные опухолью места на фоне динамичного нормального рельефа выделяются постоянным рисунком. Двойное контрастирование, искусственно вызывающее эволюцию рентгеновской картины, позволяет обнаружить ригидные, деформированные участки, отличить опухолевый рисунок от рисунка нормальной слизистой. Именно в этом заключается сущность эффекта двойного контрастирования.

В других случаях опухолевый процесс проявляется обрывом плавных очертаний желудка. Как правило, контрастная масса, равномерно покрывающая новообразование, показывает не только протяженность поражения, но и форму опухоли, позволяет видеть ее как бы в пространственном изображении. На фоне газа опухолевая масса обуславливает перепад в интенсивности тени желудка. Иногда инфильтрация стенки желудка проявляется несимметричной перистальтикой.

При двойном контрастировании с помощью снимков в двух проекциях можно определить, на какой стенке желудка (на передней или задней) локализуется новообразование. Обычное исследование, как правило, ответа на этот вопрос не дает.

Рентгенологам известны трудности просвечивания гиперстеников, полных субъектов, отличающихся высоким расположением желудка и мощной брюшной стенкой. Двуконтрастный метод и в данном случае — в условиях, ограничивающих или исключающих применение пальпаторного исследования, — позволяет получить необходимый минимум сведений.

Результаты исследований всецело зависят от качества снимков. Для получения полноценных рентгенограмм при перемещении контрастной массы важно соблюдать определенную последовательность. Так, перед тем, как перевести трохоскоп в вертикальное положение, больного нужно уложить на живот. Этим обеспечивается беспрепятственный сток контрастной взвеси из верхних участков. Для расправления газом выходного отдела штатив следует опускать в положении больного на левом боку с последующим поворотом на спину.



Рис. 1.

Рис. 1. Рентгенограмма больной Ш. На прицельном снимке желудка определяется зубчатость большой кривизны. Пальпаторно признаков нарушения эластичности здесь уловить не удалось.

Рис. 2. Двуконтрастная рентгенограмма той же больной, выполненная в положении лежа. Там, где была отмечена зубчатость большой кривизны, картина осталась стабильной. Между разрывами плавных очертаний большой кривизны стенка желудка деформирована, ригидна. Раковая опухоль желудка.

Рис. 3. Гастрограмма той же больной. На передней стенке и на большой кривизне желудка в нижней трети его тела определяется плоская опухоль с четко очерченным валикообразным бугристым краем и изъязвлением в центре.

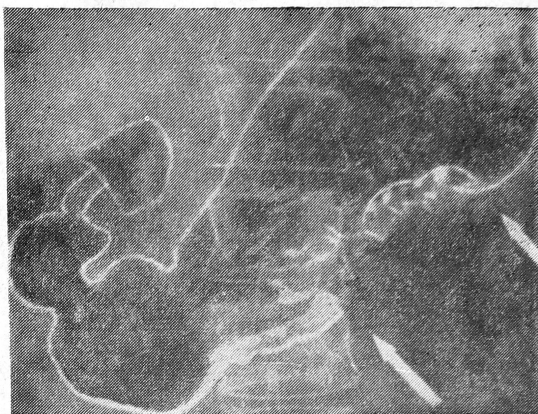
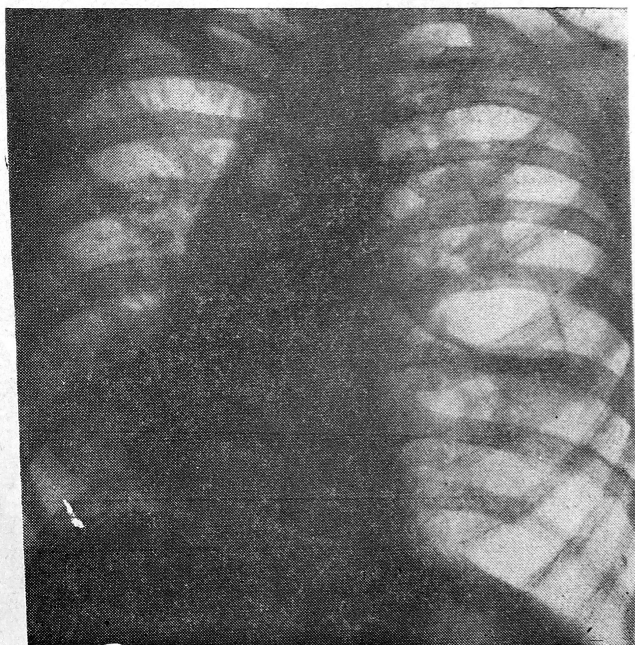


Рис. 2.



Рис. 3.

Рис. 1. Обзорная рентгенограмма больной К., 15 лет. Поликистоз левого легкого с клапанным механизмом, органы средостения резко смещены вправо.



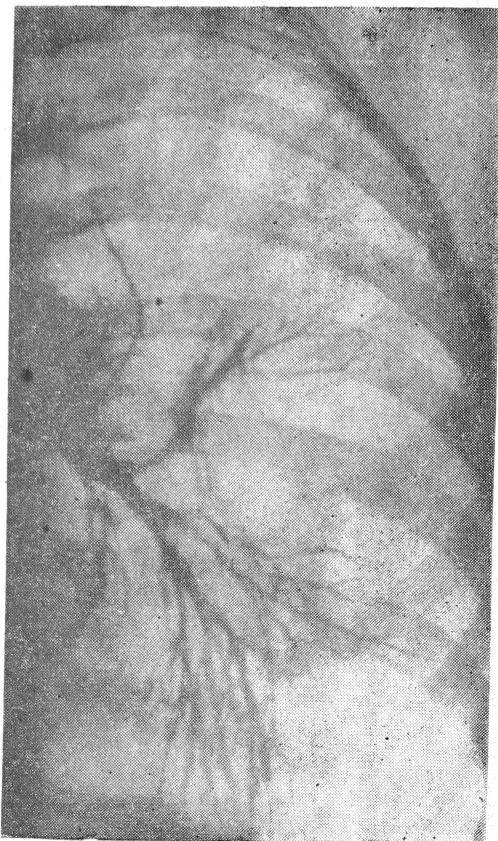


Рис. 2. Левосторонняя бронхограмма той же больной. Кисты не дренированы, полости их огибаются деформированными бронхами.

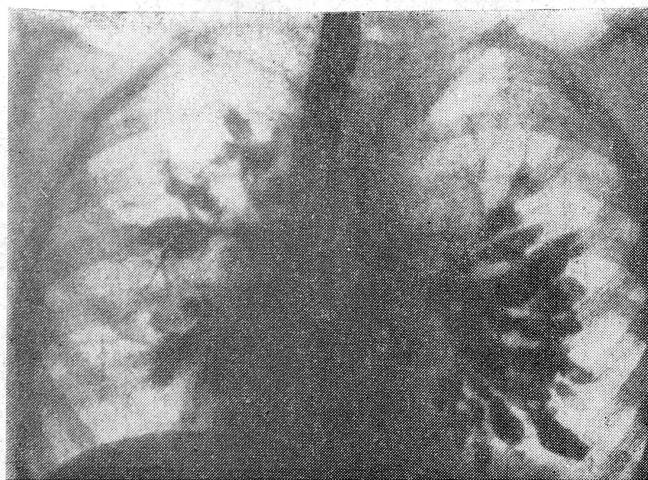


Рис. 3. Двухсторонняя одномоментная бронхограмма больного Г., 8 лет. Тотальный поликистоз обоих легких. Обзорное рентгенологическое исследование характерных признаков поликистоза не выявило.

Двойное контрастирование принято рассматривать как техническое дополнение к стандартному методу, используемое лишь эпизодически, в тех случаях, когда интерпретация каких-то деталей изображения желудка вызывает затруднение. Однако при обычном исследовании в ряде случаев, как это было видно на примере больных первой группы, опухоль может ничем себя не проявить и быть обнаруженной только благодаря применению двойного контрастирования. Принимая во внимание это обстоятельство, мы во всех случаях, когда может быть заподозрена раковая опухоль (пожилой возраст, вызывающий беспокойство анамнез и т. д.), к исследованию желудка приступаем так, как в первую фазу двойного контрастирования, то есть с изучения рельефа слизистой кислой контрастной взвесью. Такое начало позволяет в случае возникновения малейшей неясности тотчас же произвести снимки двойным контрастированием.

В целях повышения надежности рентгеновского исследования желудка предложенная нами модификация двойного контрастирования должна найти более широкое применение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зяббаров А. А. Тр. ин-та онкологии АМН СССР. М., 1957, т. 1.

УДК 616—006.2—616.24—616—073.75

БРОНХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКОГО

А. П. Максимов

Казанская дорожная больница № 2 (нач. — В. Г. Колчин)

В последние годы, в противовес существовавшему ранее мнению, установлено, что кисты легкого не являются редким заболеванием. Клиницистам и рентгенологам довольно часто приходится встречаться с полостными образованиями в легких, сопровождающимися симптомами хронического неспецифического воспаления. С развитием легочной хирургии, которая дает возможность радикального излечения таких больных, возросло внимание к рентгенологическому методу диагностики, в частности к бронхографии.

С июня 1961 г. по апрель 1967 г. мы наблюдали 65 мужчин и 57 женщин с кистозными изменениями легких. У 33 больных была одиночная киста, у 89 — множественные кисты. В возрасте от 2 до 10 лет было 17 больных, от 11 до 20 лет — 28, от 21 до 30 лет — 24, от 31 до 40 лет — 33, от 41 до 50 лет — 12 и старше — 8. У большинства больных не представляется возможным установить начало патологического процесса. В течение многих лет больные могут даже не подозревать об имеющемся у них заболевании. Часто оно проявляется клинически лишь с присоединением осложнений, а иногда его случайно обнаруживают при профилактическом осмотре или обследовании по поводу другого заболевания.

Данные о локализации кист в легких у наших больных представлены в табл. 1.

Рентгенологические симптомы кист легкого в значительной мере были обусловлены количеством кистозных образований (одиночная полость или множественные), наличием перифокальных воспалительных изменений, а также содержимым кисты (воздух или жидкость). Из 33 больных с одиночными кистами легких у 11 кисты были заполнены жидкостью. При обзорном рентгенологическом исследовании у этих больных определялась интенсивная, однородная, с четким, ровным контуром тень округлой или овальной формы, диаметром от 4 до 10 см. В окружающей легочной ткани изменений не отмечалось. В некоторых случаях одиночные заполненные кисты легкого приходилось дифференцировать от других округлых образований легкого (рак, туберкулез, фиброма и т. д.).

У 9 больных диагноз одиночной воздушной кисты, не осложненной воспалением, не представлял трудностей. Обзорная рентгенограмма выявляла тонкостенную, четко очерченную полость без изменений в окружающей легочной ткани.

У 9 больных кисты были осложнены воспалительным процессом и содержали жидкость с горизонтальным уровнем. Стенки их более толстые, неровные, нечеткие. Прилежащие отделы легкого были негомогенно затемнены вследствие воспалительной инфильтрации, ателектаза и склеротических изменений.

У 4 больных с одиночными воздушными кистами при обзорном рентгенологическом исследовании не удалось их выявить, они были обнаружены лишь бронхографически.

Таким образом, из 33 больных с одиночными кистами легких у 11 на обзорных рентгенограммах были определены заполненные кисты, у 9 — воздушные кисты без признаков воспаления, у 9 — воздушные кисты, осложненные воспалительным процессом, и у 4 кисты на рентгенограммах не выявлялись.