

4. Григорьев П. Я., Исаков В. А.//Тер. арх.—1991.— № 2.— С. 27—30.
5. Григорьев П. Я., Исаков В. А.//Клин. мед.—1991.— № 10.— С. 93—98.
6. Григорьев П. Я. и др.//Тер. арх.—1992.— № 8.— С. 101—104.
7. Ивашкин В. Г., Минасян Г. А.//Клин. мед.—1987.— № 1.— С. 24—31.
8. Ивашкин В. Т. и др.//Тер. арх.—1993.— № 2.— С. 11.
9. Логинов А. С., Аруин Л. И.//Клин. мед.—1987.— № 8.— С. 20—25.
10. Логинов А. С., Аруин Л. И. Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori* — М., 1993.

11. Ногаллер А. М. и др.//Клин. мед.—1991.— № 10.— С. 16—23.
12. Радбиль О. С.//Клин. мед.—1990.— № 4.— С. 31—38.
13. Рысс Е. С.//Клин. мед.—1990.— № 4.— С. 134—143.
14. Рысс Е. С., Фишзон-Рысс Ю. И.//Тер. арх.—1990.— № 2.— С. 134—136.
15. Цилмерман Я. С.//Сов. мед.—1990.— № 11.— С. 12—16.
16. Шигабутдинова Ф. Г., Агишева К. Н., Закирова В. А. Тезисы докладов «Перспективные проблемы в гастроэнтерологии».—1994.— Т. 3.— С. 161.

Поступила 28.12.94

УДК 616.345—007.271—007.272—073.75

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА СТЕНОЗОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ПРОЯВЛЕНИЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С. И. Авдонин, М. К. Михайлов

Кафедра лучевой диагностики (зав.— проф. М. К. Михайлов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Применение контрастных методов рентгенологического исследования при подозрении на кишечную непроходимость (КН) находит в настоящее время все большее признание среди хирургов и рентгенологов [4, 5, 6, 10, 11], ибо открывает реальные возможности для более точной диагностики указанной патологии. Вместе с тем дооперационное выяснение этиологической принадлежности КН продолжает оставаться сложной и недостаточно разработанной проблемой.

Данное сообщение посвящено вопросам дифференциальной рентгенодиагностики довольно часто встречающегося в практике синдрома органического сужения просвета толстой кишки, сопровождающегося явлениями непроходимости. На нашем материале из 237 больных с различными видами механической КН с острым и более медленным развитием синдром органического сужения (стеноза) был выявлен путем перорального или ретроградного контрастирования кишки у 87 (36,7%) больных. На операции с последующим патоморфологическим исследованием были верифицированы следующие причины стеноза: раковая опухоль (86,2%), осложненная форма дивертикулярной болезни (5,8%), болезнь Крона (4,6%), лимфо- и ретикулосаркомы (2,3%), ретроперитонеальный фиброз (1,1%).

Среди причин непроходимости толстой кишки наибольший удельный вес составляли раковые стенозы, что согласуется с данными литературы [3, 7,

9]. По материалам крупных хирургических клиник, рак занимает среди причин КН второе место после спаек. Закономерна и следующая постановка вопроса: действительно ли рак чаще осложняется явлениями КН по сравнению с другими заболеваниями? Для выяснения этого вопроса нами был проанализирован многолетний клинко-рентгенологический архив по четырем заболеваниям — болезни Крона, рака, лимфо- и ретикулосаркомы, дивертикулярной болезни (за исключением ретроперитонеального фиброза, относящегося к казуистике). Оказалось, что наиболее часто явлениями КН осложняются болезнь Крона, несколько реже рак и далее в убывающем порядке следует лимфо- и ретикулосаркомы, дивертикулярная болезнь. В то же время среди причин непроходимости толстой кишки доминируют в силу большей распространенности рак, а затем дивертикулярная болезнь.

Успех хирургического лечения определяется своевременностью распознавания не только самого факта КН, но и по возможности причинного фактора. Использование с этой целью рентгеноконтрастных методов исследования отвечает поставленным требованиям. Выбор метода контрастирования — перорального или контрастной клизмы — определялся нами на основе данных клинического обследования и обзорной рентгенографии брюшной полости [2, 8, 12]. При не-

обходимости применялся метод двойного контрастирования.

Анализ данных рентгеноконтрастных методов исследования для выяснения диагностической ценности как отдельных симптомов, так и их комплексов проводился по следующим позициям: локализация, протяженность, количество, характеристика контуров, эластичность стенок, смещаемость, состояние рельефа слизистой оболочки зоны (зон) стеноза. Кроме того, изучались участки кишки, прилегающие к зоне (зонам) стеноза и по возможности соседние петли кишечника.

Локализация. Стенозы левой половины толстой кишки чаще возникали на почве осложненной формы дивертикулярной болезни (хронический дивертикулит с периколитом) и стенотической формы рака, а стенозы правой половины — на почве болезни Крона и лимфо- и ретикулосарком. При двух последних имели место изменения и в тонкой кишке, прежде всего в подвздошной. Локализация поражения не является решающим дифференциально-диагностическим признаком, однако знание ее в известной степени помогает в решении вопроса о природе стеноза.

Протяженность зоны стеноза. На нашем материале наиболее протяженные зоны стеноза (более 7—10 см) чаще отмечались при болезни Крона и дивертикулярной болезни. Вместе с тем на основании длины пораженного участка не представляется возможным судить о причинном факторе.

Количество зон стеноза — признак, имеющий довольно большую диагностическую ценность [2]. Множественные зоны сужения на протяжении толстой кишки определялись при болезни Крона (рис. 1), а также при лимфо- и ретикулосаркомах (рис. 2). Особенностью болезни Крона является концентрический характер зон сужения просвета кишки; при лимфо- и ретикулосаркомах сужения имеют эксцентрический характер, то есть в виде краевого дефекта наполнения.

Контур. Изучению контуров в рентгенологии придается большое значение, однако на нашем материале этот признак не оказался существенным в распознавании природы патологического процесса. В большинстве случаев (в 78 из 87) контуры зоны стеноза

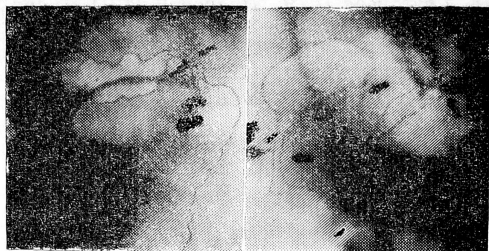


Рис. 1. Рентгенограммы правой и левой половины толстой кишки в условиях двойного контрастирования больной С., 52 лет, с клинической картиной острой КН. Три зоны стеноза в восходящем, поперечном и нисходящем отделах кишки (→ ←). Конусовидная форма «переходных зон», симптом «булжистой мостовой». Операция: обходные анастомозы. Биопсия: болезнь Крона.

Рис. 2. Рентгенограмма кишечника после перорального приема бариевой взвеси больной К., 43 лет, с клинической картиной подострой КН. Множественные зоны стеноза, симптомы дислокации (раздвигания) петель тонкой кишки и «мыльной» пены». В ходе операции выявлены множественные опухоли в просвете тонкой и толстой кишок. Биопсия: лимфосаркома.

были неровными. Ровные контуры отмечались лишь у 5 больных с раковой опухолью (из 75), у 2 — с болезнью Крона (из 4), у одного — с лимфосаркомой (из 2) и у одного — с ретроперитонеальным фиброзом.

Эластичность стенок в зоне стеноза. Ригидность стенок в зоне поражения, наблюдаемая при всех заболеваниях, была обусловлена в первую очередь органической природой стеноза и в меньшей степени присоединением воспалительных и функциональных изменений. Поскольку количественный анализ потери эластичности стенки кишки в зоне стеноза представляется весьма сложным (без спазмолитических препаратов), можно лишь отметить, что меньшая степень ригидности наблюдается при дивертикулярной болезни.

Смещаемость. В большинстве наблюдений (в 77 из 87) имели место ограничения смещаемости зоны сужения: у всех больных с осложненной формой дивертикулярной болезни и ретроперитонеальным фиброзом, у 3 из 4 — с болезнью Крона и у 67 из 75 — с раковой опухолью. Таким образом, изучение смещаемости стенозированного участка кишки не является решающим в дифференциальном диагнозе.

Состояние рельефа слизистой оболочки в зоне стеноза имеет наиболее

важное значение в решении вопроса о природе патологического процесса. При стенозах ракового генеза отмечается так называемая злокачественная перестройка рельефа слизистой оболочки в виде хаотичности, прерывания складок вплоть до полного их разрушения. На рельефе может наблюдаться «депо» бариевой взвеси неправильной округлой формы, обусловленное изъязвлениями.

Для болезни Крона характерны перестройка рельефа по типу «булыжной мостовой» (рис. 1), а также «язвы-трещины». При лимфо- и ретикулосаркомах в зонах сужения кишки и в соседних участках среди неравномерно утолщенных складок на рельефе выявлялись полипообразные возвышения, напоминавшие «мыльную пену» (рис. 2). Менее выраженные изменения имели место при стенозе на почве осложненной формы дивертикулярной болезни. Они проявлялись умеренным утолщением и поперечной перестройкой складок слизистой оболочки (рис. 3). При ретроперитонеальном фиброзе изменений слизистой оболочки не отмечалось [1].

Состояние участков кишки, примыкающих к зоне стеноза. Изучение контуров и рельефа слизистой оболочки указанных переходных зон дает ценную диагностическую информацию. Так, раковые стенозы характеризуются резким, ступенеобразным отграничением патологических и неизменных

участков кишки и по диаметру просвета, а также по состоянию рельефа слизистой оболочки (рис. 4). При этом может наблюдаться нависание «здоровых» стенок кишки над зоной стеноза — симптом «воротника».

При болезни Крона переходные зоны чаще имели конусовидную форму (рис. 1); изменения рельефа слизистой в виде «булыжной мостовой» дифференцировались достаточно отчетливо.

Переходные зоны при лимфо- и ретикулосаркомах могут иметь как конусовидную, так и ступенеобразную форму (рис. 2). Кроме того, при поражении лимфатических фолликулов на рельефе слизистой выявлялись множественные полипообразные возвышения, а при увеличении лимфатических узлов брыжейки — дислокация соседних петель кишечника. Степозы на почве осложненной формы дивертикулярной болезни отличались постепенным переходом в неизменные отделы кишки (рис. 3).

Применение рентгеноконтрастных методов исследования при подозрении на КН позволяет не только определять уровень непроходимости, но и в большинстве случаев решать вопросы этиологического и патогенетического

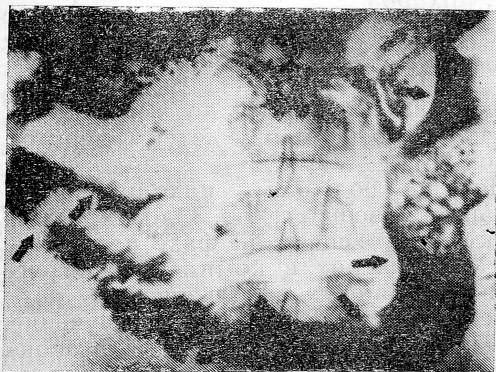


Рис. 3. Рентгенограмма прямой и сигмовидной кишок (бариевая клизма) больного К., 54 лет, с клинической картиной медленно развивающейся КН. Две зоны стеноза сигмовидной кишки, поперечная перестройка рельефа слизистой оболочки (→ ←). В ходе операции выявлены периколит, утолщение стенок сигмы. Наложена трансверзостомия.



Рис. 4. Фрагмент рентгенограммы толстой кишки после ретроградного контрастирования больного К., 45 лет. Клиническая картина подострой КН. Резко отграниченное сужение просвета кишки в области левого ее изгиба, ступенеобразная форма «переходных зон» (→ ←). Операция: левосторонняя гемиколэктомия. Гистологическое исследование: коллоидный рак.

диагноза в дооперационном периоде. При этом необходимо учитывать весь комплекс рентгенологических симптомов, но наиболее важные дифференциально-диагностические признаки выявляются при изучении рельефа слизистой оболочки в зонах стеноза и состоянии переходных зон.

Применение и выбор метода рентгеноконтрастного исследования должны определяться на основе данных клиники и обзорной рентгенографии брюшной полости.

Среди причин непроходимости наибольший удельный вес составляют раковые опухоли, дающие клиническую картину медленно развивающейся КН, особенно у лиц пожилого возраста, поэтому проведение рентгеноконтрастного исследования способствует выявлению и более успешному хирургическому лечению заболевания до развития тяжелой картины острой непроходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдонин С. И. // Вестн. рентгенол. и радиол.— 1974.— № 4.— С. 86—88.
2. Авдонин С. И. Тезисы докладов XI Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов.— М.— Обнинск.— 1984.
3. Горбатко А. И. и др. // Вестн. хир.— 1982.— № 5.— С. 115—120.

УДК 616.381—002—053.2—085.849.19

ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

В. Ф. Жаворонков, А. И. Захаров

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав.— проф. В. Ф. Жаворонков)
Казанского государственного медицинского университета

В последнее время широкое применение при лечении хирургических больных получило внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК). Клиницистов привлекают широкий спектр его биологического действия, быстро достигаемый и стойкий терапевтический эффект, отсутствие осложнений, ограниченное число противопоказаний. Отмечены его противовоспалительное, дезинтоксикационное, улучшающее реологические свойства крови и микроциркуляционное действия [1—3]. Однако многие стороны действия ВЛОК еще недостаточно изучены, особенно в детской практике.

Целью работы являлась оценка

4. Датхаев Ю. И. и др. // Вестн. рентгенол. и радиол.— 1978.— № 6.— С. 32—35.
5. Земляной А. Г. // Клини. хир.— 1982.— № 4.— С. 42—44.
6. Зюбрицкий Н. М. и др. // Клини. хир.— 1985.— № 4.— С. 16—17.
7. Кочнев О. С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта.— Казань, 1984.
8. Михайлов М. К., Акберов Р. Ф. // Вопр. охр. мат.— 1988.— № 7.— С. 18—23.
9. Мышкин К. И., Алипов В. В. // Вестн. хир.— 1981.— № 4.— С. 45—49.
10. Утешев Н. С. Кишечная непроходимость.— Сборник научных трудов НИИ скорой помощи им. Склифосовского.— М., 1986.
11. Шапошников Ю. Г. и др. // Хирургия.— 1981.— № 7.— С. 33—37.
12. Щербатенко М. К., Береснева Э. А. Непроходимость рентгенодиагностика заболеваний и повреждений органов брюшной полости.— М., 1977.

Поступила 01.11.94.

DIFFERENTIAL RADIODIAGNOSIS OF LARGE INTESTINE STENOSES WITH ILEUS SYMPTOMS

S. I. Avdonin, M. K. Mikhailov

Summary

It is shown that the use of radiopaque investigation methods with suspicion on ileus allows not only to determine the ileus level but also for the most part to solve the problems of etiologic and pathogenetic diagnoses in presurgical period and accordingly to perform surgical treatment of the disease before the development of the clinical picture of acute ileus more successfully.

эффективности ВЛОК по клинко-лабораторным данным у детей с перитонитом.

Под наблюдением находились 30 больных в возрасте от 3 до 14 лет в реактивно-токсической фазе перитонита. У 15 из них в комплексе интенсивной терапии использовалось внутрисосудистое лазерное облучение крови, остальные получали инфузионно-трансфузионную, антибактериальную и симптоматическую терапию. Причинами перитонита были деструктивные формы аппендицита, острая кишечная непроходимость, несостоятельность швов анастомоза. Тяжесть состояния больных определялась по клиническим и лабораторным данным.