

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Р. А. Акберов, В. И. Морозов, Ж. С. Айнуллов

Кафедра рентгенологии (зав. — проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, кафедра детской хирургии (зав. — проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей часто характеризуется рвотой, задержкой стула (мекония), вздутием живота, видимой усиленной перистальтикой в первые часы заболевания. Однако эти симптомы неспецифичны и могут наблюдаться не только при хирургических, но и при соматических, терапевтических заболеваниях: сепсисе, отитах, пневмониях, кишечных инфекциях. Сопутствующие им осложнения, нередко сочетание нескольких пороков развития пищеварительного тракта, сердца и, наконец, позднее поступление ребенка в хирургический стационар значительно затрудняют клиническую диагностику врожденных, приобретенных, функциональных и органических нарушений проходимости желудочно-кишечного тракта. По данным М. Ф. Дешевкиной [2], внутричерепная травма является наиболее частой причиной возникновения динамической непроходимости пищеварительного тракта у новорожденных. В первые дни жизни у новорожденных нередко бывают срыгивания и рвота. Часто рвота принимает упорный характер и в сочетании с задержкой стула дает основание заподозрить кишечную непроходимость, пилоростеноз. Выраженность клинических симптомов зачастую приводит детей в хирургический стационар, и в ряде случаев больные подвергаются оперативному вмешательству, однако хирурги грубых анатомических причин непроходимости не обнаруживают. Обычно при этом выявляется функциональная дискинезия с преобладанием спазма или атонии кишечника.

В литературе высказываются различные мнения по поводу происхождения дискинезий кишечника и пилороспазма у новорожденных. Родовая травма в анамнезе отмечена у 20% новорожденных с функциональными расстройствами тонкого и толстого кишечника [3].

При выяснении причины срыгивания и рвоты у новорожденных, до настоящего времени окончательно не установленной, проведении дифференциальной диагностики между врожденной и функциональной непроходимостью желудочно-кишечного тракта большое значение придается рентгенологическому исследованию [1—6]. Однако до сих пор нет оптимально подходящей и эффективной схемы использования этого метода при обследовании новорожденных и грудных детей, страдающих непроходимостью пищеварительного тракта.

Задачей настоящей работы являлось изучение связи между натальной травмой шейного отдела спинного мозга и функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, сравнительный анализ клинко-рентгенологических показателей в диагностике непроходимости и на основании этих данных разработка оптимальной последовательности рентгенологического исследования пищеварительного тракта новорожденных и грудных детей, страдающих непроходимостью пищеварительного тракта.

Исходя из собственного опыта и данных литературы, авторы приняли следующую схему обследования детей: во-первых, методом опроса родителей и клинического исследования устанавливались характер, время появления, частота, количество рвотных масс, наличие в них примесей желчи, крови, мекония. Во-вторых, на основании тщательного изучения хирургического и неврологического статусов определялись вид (частичная, полная) и уровень (высокая, низкая) непроходимости. В-третьих, избирались объем и способы рентгенологического исследования.

Было выполнено клинко-рентгенологическое обследование 357 новорожденных и грудных детей в возрасте от 2 дней жизни до 7 мес. Из них у 20 детей была атрезия пищевода, у 23 — пилоростеноз, у 9 — атрезия, стеноз двенадцатиперстной кишки, у 9 — атрезия тощей кишки, у 4 — ущемление тонкой кишки в эмбриональной пупочной грыже, у 3 — синдром Ледда, у 11 — парез и паралич кишечника, у 17 — пилороспазм, у 47 — функциональные дискинезии тонкой кишки, у 13 — недостаточность кардии, у 23 — аганглиоз, у 5 — муковисцидоз, у 3 — целиакия, у 3 — меконияльный илеус, у 167 — инвагинация.

Основными клиническими симптомами при атрезиях пищевода являлось обильное истечение изо рта и носа новорожденного слизи и слюны (у 13); рвота после первого кормления несвернувшимся молоком, сопровождавшаяся приступами кашля и цианоза (у 15). При рентгенологическом обследовании этих детей контрастированием йодолиполом (1,0 мл) через введенный резиновый катетер в 19 из 20 случаев были выявлены различные типы атрезий с трахеопищеводными свищами и наличием газа в пищеварительном тракте. У 17 из них были признаки аспирационной пневмонии, у 3 детей симптомы атрезии пищевода сочетались с врожденным пороком сердца. У одного ребенка с атрезией проксимального конца пищевода без фистулы с трахеей обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости показала полное отсутствие газа в пищеварительном тракте. Для иллюстрации приводим рентгенограмму ребенка с атрезией пищевода (рис. 1).

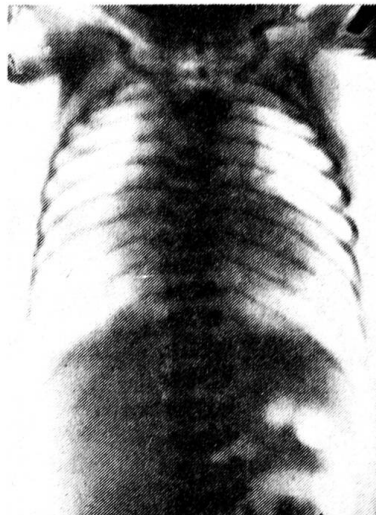


Рис. 1. На обзорной рентгенограмме органов грудной и брюшной полости после введения через резиновый катетер 1 мл йодолипола определяется атрезия проксимального отрезка пищевода. Наличие газа в петлях кишечника указывает на трахеопищеводный свищ дистального отрезка пищевода.

В наших исследованиях случаи пилоростеноза характеризовались такими клиническими показателями, как рвота фонтаном с 20—25-го дня жизни ребенка (у всех 23 детей), видимая перистальтика желудка (у 17), нарастающий дефицит массы тела (у 19), запоры и редкое мочеиспускание (у 23). Рентгенологически отмечались удлинение пилорического канала в виде усиков, антрального клюва, пунктирной линии (у 13), задержка эвакуации из желудка от 12 до 24 ч (у 22), скудное количество газа в кишечнике (у 13). Приводим рентгенограмму желудочно-кишечного тракта ребенка с врожденным пилоростенозом желудка (рис. 2).

Из общего числа 357 обследованных детей у 83 новорожденных были выявлены функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта в форме беспорядочных срыгиваний с первых дней жизни, изредка рвота фонтаном, запоры, вздутие живота, динамическая непроходимость, плохая прибавка массы тела. При неврологическом исследовании у 63 из 83 больных определялись клинические признаки натальной травмы цервикального отдела спинного мозга и позвоночных артерий.

Рентгенологическое исследование 63 новорожденных с отчетливо выраженными клиническими признаками натальной травмы цервикального отдела спинного мозга и позвоночных артерий позволило обнаружить пилороспазм у 17 детей, парез и паралич кишечника у 11, инвагинацию у 7, спастический тип дискинезии тонкой кишки у 47 и недостаточность кардии у 13. У этих же новорожденных на спондилограммах шейного отдела позвоночника определялись признаки родовой травмы: псевдоспондилолистез С₃, С₄ (у 13), снижение высоты тела С₃ (у 2).

У 15 из 17 детей с высокой кишечной непроходимостью рвота с примесью желчи наблюдалась в первые дни жизни, у 9 больных рвота была постоянной. У них же были дефицит массы тела, отсутствие мекония в первые дни жизни. У всех детей на обзорных рентгенограммах желудочно-кишечного тракта были видны два горизонтальных уровня жидкости разных размеров соответственно расширению желудка и двенадцатиперстной кишки, что служит основанием для прекращения рентгенологического обследования [1, 3]. Для иллюстрации приводим рентгенограммы желудочно-кишечного тракта детей с атрезией двенадцатиперстной кишки (рис. 3).

При частичной непроходимости двенадцатиперстной кишки целесообразно изучение пассажа контрастной взвеси в течение первых 2 часов. Только после тугого заполнения этого отдела кишки можно поставить диагноз. При предполагаемом завороте тонкой кишки желателно по согласованию с хирургом проведение ирригографии для определения положения слепой кишки и подтверждения синдрома Ледда.

У 13 новорожденных с низкой врожденной непроходимостью тонкой кишки рвота возникала чаще всего к концу 2—3-х суток жизни. Рвотные массы содержали примесь желчи и вскоре приобретали мекониевый характер. Среди основных клинических симптомов были также отсутствие мекония, равномерное вздутие живота,



Рис. 2. На обзорной рентгенограмме брюшной полости ребенка 2 мес после приема контрастной взвеси определяется скудное количество газов в петлях кишечника. Желудок увеличен в объеме, видима перистальтика, отсутствие эвакуации бариевой взвеси из желудка. Пилоростеноз.

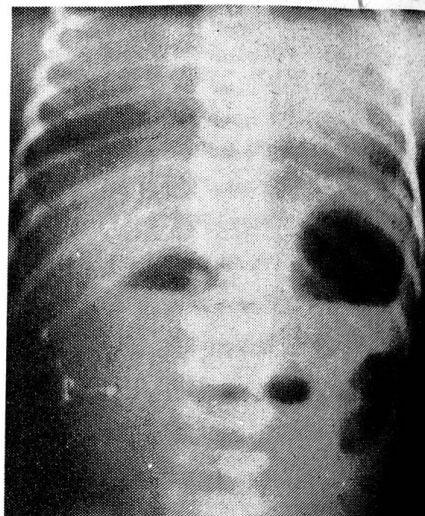


Рис. 3. На обзорной рентгенограмме ребенка 2 дней жизни выявляются два горизонтальных уровня жидкости соответственно расширенному желудку и двенадцатиперстной кишке. Атрезия двенадцатиперстной кишки.

усиление видимой перистальтики кишечника в первые дни заболевания. При низком уровне атрезии, в отличие от высокой непроходимости кишечника, на обзорных рентгенограммах часто обнаруживалось множество горизонтальных уровней жидкости в растянутых газом петлях кишечника. В нашей практике нередко возникали дифференциально-диагностические трудности при установлении причин непроходимости, так как атрезия подвздошной кишки, болезнь Гиршпрунга, кишечная



Рис. 4. На контрастной ирригограмме ребенка месячного возраста определяется участок сужения в ректосигмоидальном переходе с неровными, зубчатыми контурами протяженностью около 3—5 см, обусловленный аганглионарной зоной (оперативное подтверждение).

форма муковисцидоза, мекониевый илеус, целиакия и динамическая кишечная непроходимость у новорожденных, особенно в сочетании с последствиями натальной травмы шейного отдела спинного мозга, проявлялись почти одинаковой клинико-рентгенологической картиной. В таких случаях целесообразно проведение контрастной ирригографии.

Вопросы диагностики и лечения инвагинации кишечника остаются одними из наиболее острых и актуальных проблем в детской хирургии. Наблюдения за 167 детьми с инвагинацией позволили выделить 4 стадии течения заболевания. Для первой стадии клинического течения были характерны следующие наиболее выраженные симптомы: двигательное беспокойство (93,2%), рвота с примесью желчи (48,4%), вздутие живота (3,3%), напряжение передней брюшной стенки (1,6%), наличие «опухлей» в брюшной полости (72,5%), кишечное кровотечение (24,2%). При рентгенологическом исследовании методом воздушной ирригографии были выявлены головка инвагината в форме клешни рака (23%), серпа (33%), шара (17%), двузубца (13%).

Острую форму болезни Гиршпрунга мы обнаружили у 20 из 23 новорожденных. У 3 детей 7-месячного возраста была установлена хроническая форма болезни. Клинически болезнь Гиршпрунга проявлялась запорами, рвотой с примесью желчи, резким увеличением живота. Рентгенологические исследования выявили у них аганглионарную зону в ректосигмоидальном переходе

(у 14), а также в сигмовидной и нисходящем отделе толстой кишки (у 6). Для иллюстрации приводим рентгенограмму брюшной полости новорожденного с аганглиозом (рис. 4).

Итак, комплексное клинико-рентгенологическое исследование у новорожденных и детей раннего грудного возраста позволило установить анатомическую причину непроходимости пищеварительного тракта в 303 из 357 наблюдений.

На основании анализа собственного материала и изучения литературных данных предлагаем схему последовательности рентгенологического исследования новорожденных, страдающих непроходимостью пищеварительного тракта (табл.).

Схема последовательности рентгенологического исследования пищеварительного тракта новорожденных

Клинические симптомы	Клинический диагноз	Метод рентгенологического исследования
Обильное истечение изо рта и носа новорожденного пенистой слизи и слюны. Рвота несвернувшимся молоком после первого же кормления, сопровождающаяся приступами кашля, цианоза	Атрезия пищевода	Исследования пищевода резиновым катетером с введением йодолипола (1,0 мл). Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости
Частые беспорядочные срыгивания с первых дней жизни свернувшимся молоком, иногда рвота фонтаном. Масса тела устойчивая, редко дефицит массы, анемия, изредка примесь крови в рвотных массах. Неврологические проявления натальной травмы спинного мозга и позвоночных артерий	Натальная травма спинного мозга и позвоночных артерий Пилороспазм	Рентгенография грудной клетки и брюшной полости после приема 30% бариевой взвеси на материнском молоке. Водносифонная проба, спондилография шейного отдела позвоночника
Рвота фонтаном, чаще с 5—25-го дня после рождения, без примеси желчи. Резкое беспокойство при кормлении. Видимая перистальтика желудка в форме песочных часов. Дефицит массы тела. Задержка стула. Редкое мочеиспускание	Пилоростеноз	Контрастное исследование желудка: рентгенография через 6—12 ч, при необходимости — через 24 ч
Рвота с примесью желчи в первые дни после рождения. Дефицит массы тела. Отсутствие мекония	Высокая кишечная непроходимость	Обзорный снимок брюшной полости. При необходимости исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью
Рвота с примесью желчи, которая вскоре приобретает мекониальный характер, возникает через 12—18 ч или на вторые сутки жизни новорожденного. Задержка в отхождении мекония с первых дней жизни. Усиленная перистальтика кишечника	Врожденная низкая непроходимость кишечника	Обзорная рентгенография брюшной полости (множественные чаши Клойбера в отличие от высокой непроходимости кишечника)
Выраженное беспокойство ребенка при кормлении. Рвота с примесью желчи, затем с каловым запахом, выделение крови из анального отверстия, наличие пальпируемого инвагината («опухли» брюшной полости)	Инвагинация	Воздушная дозированная ирригография
Упорные запоры. Резкое увеличение живота. Рвота с примесью желчи	Болезнь Гиршпрунга	Обзорная рентгенография брюшной полости. Контрастная ирригография для выявления аганглионарной зоны
Резкое вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие перистальтики кишечника	Динамическая непроходимость кишечника. Натальная травма спинного мозга и позвоночных артерий	Обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости. Динамическое наблюдение в течение 2 ч для решения вопроса об устранимости непроходимости консервативными мероприятиями. Спондилография шейного отдела позвоночника

При комплексном исследовании новорожденных следует обращать особое внимание на их неврологический статус, поскольку натальная травма шейного отдела спинного мозга и позвоночных артерий вызывает функциональную непроходимость пищеварительного тракта в форме пилороспазма, недостаточности кардии, спастической дискинезии тонкой кишки, динамической непроходимости кишечника. Спастическая форма дискинезии тонкой кишки может способствовать возникновению инвагинации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. // Неотложная хирургия детей. — М., Медицина, 1984. — 2. Дещкина М. Ф. // Внутречерепная родовая травма новорожденных. — Автореф. докт. дисс. — М., 1969. — 3. Долецкий С. Я., Пугачев А. Г. // Непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей. — М., Медицина, 1980. — 4. Зедгенидзе Г. А., Осипова Т. А. // Неотложная рентгенодиагностика у детей. — Л., Медицина, 1980. — 5. Тагер И. Л. // Рентгенодиагностика заболеваний органов пищеварения у детей. — М., Медицина, 1974. — 6. Фомиш Г. Б. // Клиническая рентгенодиагностика врожденных стенозов привратника и двенадцатиперстной кишки детей грудного возраста. — Автореф. канд. дисс. — М., 1962.

Поступила 19.02.85.

УДК 616.89 — 008.441.13 — 084.4

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ АЛКОГОЛИЗМА

К. К. Яхин, В. Д. Менделевич

*Кафедра психиатрии (зав. — проф. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Поиск способов объективизации диагностического процесса является одной из ведущих проблем современной психиатрии и наркологии. Основной упор в диагностике психических заболеваний делается на выявление симптомов, специфичных для той или иной нозологической формы, причем оценка наблюдаемых психопатологических феноменов дается по данным клинко-описательного метода исследования. Последнее обстоятельство может приводить к субъективизации диагностики, так как одни и те же симптомы могут по-разному трактоваться исследователями.

Большое социальное значение имеет дифференциальная диагностика алкоголизма как болезни с неумеренным употреблением спиртных напитков в форме бытового пьянства, являющегося предвестником алкоголизма. Значимость поставленной проблемы заключается в том, что правильная дифференциация этих состояний открывает перспективы в отношении разработки профилактических мероприятий. Истинная (первичная) профилактика алкоголизма проводится у лиц, которые еще не перешли границы, отделяющей пьянство как распушенность от пьянства как болезни. Достоверные различия этих качественно различных друг от друга состояний лежат в основе деления профилактики на два этапа. На первом осуществляется первичная профилактика алкоголизма, о которой уже упоминалось, способствующая снижению уровня заболеваемости алкоголизмом; на втором — вторичная, приводящая к не менее значимым результатам — предупреждению дальнейшего усугубления алкоголизма и развитию стойких ремиссий у больных, леченных от алкоголизма.

Больные, страдающие хроническим алкоголизмом, а зачастую и их родственники не видят принципиальной разницы между алкоголизмом и бытовым пьянством, что затрудняет диагностику заболевания, отодвигает сроки начала лечения и ухудшает прогноз.

В последние годы в связи с улучшением антиалкогольной пропаганды многие больные алкоголизмом познакомились с основными признаками данного недуга, что привело к возрастанию числа лиц, диссимулирующих болезнь, то есть скрывающих или пытающихся скрыть от медицинского персонала основные ее симптомы. Вследствие этого затруднилось выявление врачом в непосредственной беседе с больным признаков заболевания: больные часто уклоняются от ответов на прямые вопросы врача, пытающегося уточнить алкогольный анамнез (например, на такие: «Опохмеляетесь ли Вы?», «Бывают ли у Вас запои?», «Нет ли у Вас тяги к спиртному?» и т. д.). Объективные методы диагностики, включающие