

Р. М. КАСПАРЯН

О РЕНТГЕНОСИМПТОМАТОЛОГИИ И
ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ СПАЕЧНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ

За последние 10 лет в печати появляется все больше сообщений об операции интеропликации по Ноблю при спаечной непроходимости кишечника. Это обстоятельство делает актуальным вопрос рентгенологической диагностики указанной патологии, тем более, что клиника не располагает доступными методами ее распознавания. Выявление спаечных процессов между петлями тонкого кишечника остается одной из трудных задач рентгенологической диагностики органов брюшной полости.

В госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института операция Нобля производится с 1960 г. и названа операцией направленного спайкообразования.

Учитывая большое количество больных со спаечной болезнью живота, мы поставили задачу изучить рентгенодиагностику спаечного процесса между петлями кишечника. Наш опыт по указанному вопросу, накопленный в течение последних четырех лет, обобщен в настоящей статье.

В обширной литературе вопросу кишечной непроходимости рентгеносимптоматологии спаечного процесса в брюшной полости посвящено сравнительно мало работ [8, 12, 13, 16, 17]. Специальных исследований, посвященных рентгенологической диагностике непроходимости кишечника, нет, за небольшим исключением [1].

Как известно, вопрос об абсолютной длине тонкой кишки остается спорным. Она колеблется от 4,97 м [5] до 8 м [7]. Ширина кишки колеблется от 2,5 до 4 см в верхних отделах и от 2 до 3 см в нижних. Положение петель тонкой кишки у разных людей различное, даже у одного и того же человека оно может меняться в течение дня. Несмотря на это отмечается определенная закономерность в положении петель кишок. В левой половине живота располагаются в основном петли тощей кишки, которые в большинстве случаев находятся в вертикальном положении. Петли подвздошной кишки располагаются в области правого подвздошно-крестцового сочленения. Направление их в основном горизонтальное. Петли тощей и подвздошной кишки соединяются отрезком кишки, который «пересекает» второй поясничный позвонок слева, снизу вверх и направо. Указанный отрезок в определенных случаях может считаться границей при дифференциации групп петель тонких кишок.

Клиника спаечной болезни живота имеет весьма разнообразную симптоматиологию. У одних больных заболевание протекает диспептическими расстройствами с болевым синдромом, у других—превалирует симптомокомплекс кишечной непроходимости.

Учитывая трудности диагностики спаечной болезни живота, мы поставили перед собой задачу заняться рентгенологическим изучением спаечной болезни живота. Мы динамически наблюдали положение петель тонкой кишки у группы больных, их форму, а также движения «головного» конца бариевой взвеси путем поэтапной серийной рентгенографии тонкой кишки до ее полного опорожнения. Снимки производились в положении больного лежа на животе, при этом положении отмечается минимальное наложение петель друг на друга.

Наблюдая за картиной тонкой кишки, мы одновременно следили и за временем опорожнения желудка от контрастной массы, при этом какой-либо закономерности не отмечалось. Как видно из данных рис. 1, полное опорожнение желудка происходило в период от 15 мин. до 5 ч. Первые 4 снимка делались с интервалом в 15 мин., последующие—в 30 мин., 1 ч. и 24 ч. Каждый снимок строго нумеровался. Рентгенограммы тот час же обрабатывались. Это давало возможность изменить тактику рентгенологического исследования. В некоторых случаях мы использовали латеропозиции. По окончании эвакуации из желудка контрастной массы больному разрешалось принять легкий завтрак с целью создания стабильности моторики тонкой кишки и снятия фактора голода.

Учитывая, что для получения графического представления о динамичности того или иного отдела тонкой кишки, в частности движения «головного» конца бариевой взвеси, необходимо произвести много снимков, мы для облегчения ориентировки положения петель прибегли к условному разделению брюшной полости и таза на области по Надь, дополнительно разделив каждую область на более мелкие участки, создав, таким образом, 10 условных областей (рис. 3).

Как показывает динамическое исследование кишечника, бариевая взвесь, попав в начальные отделы тонкой кишки здорового человека, устремляется вперед, беспрестанно меняя очертания и место, иногда кратковременно останавливаясь на каком-нибудь уровне. При спаечных процессах же в брюшной полости отмечается постоянность формы и положения отдельных групп петель кишечника на ряде снимков. Плотность заполнения барием спаенных петель неоднородна, наблюдается картина разнокалиберной зернистости, так называемый симптом «галактики», но чаще всего сгруппированные петли образуют тесный клубок с атипичной стабильной локализацией на ряде рентгенограмм. Продвижение бария по петлям кишки задерживается. Если в норме первые порции бария появляются в слепой кишке через 2,5—3 ч., то при спаечных процессах—через 6—8 ч. Время прохождения бария по тонким кишкам в норме колеблется в пределах 45—150 мин. (в среднем 88 мин.), а при наличии спаек оно колеблется в пределах от 90 до 188 мин., в среднем 138 мин. (цит. по И. Х. Геворкяну [5]).

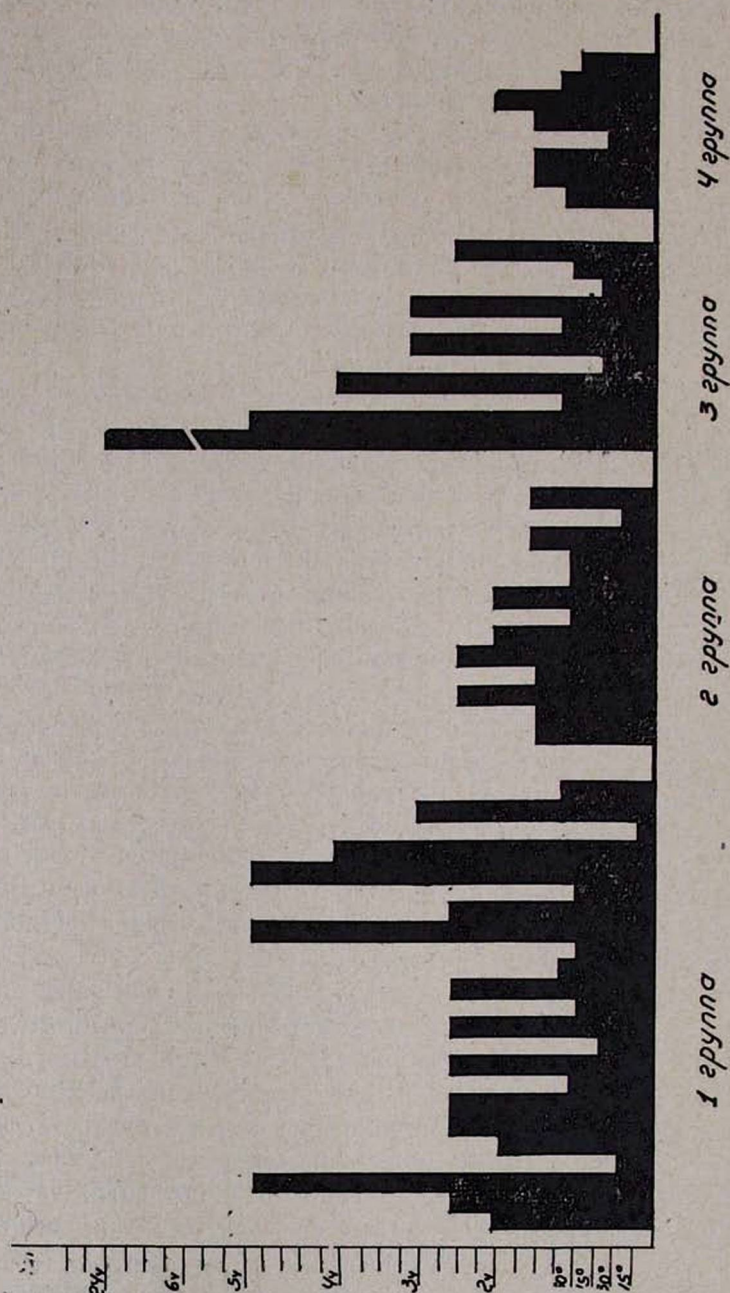


Рис. 1.

Как видно из рис. 3, спазмические процессы наиболее часты между петлями дистальных отделов тонкой кишки. Так, задержка продвижения бария в левой подвздошной области—6-ой отмечается на 46 рентгенограммах, 9-ой—на 28, 1-ой—на 9 рентгенограммах, где, по-видимому, наблюдается чаще перивисцериты.

Рентгенологическому исследованию были подвергнуты 55 больных, из которых 36 чел.—с клиническим диагнозом: спаечная болезнь живота. Больные были разбиты нами на 4 группы. В I группу вошли 23 чел., которые поступили в клинику с диагнозом: спаечная болезнь живота. Эти больные рентгенологически обследовались и были подвергнуты оперативному вмешательству. Во II группу вошли 13 больных, страдающих спаечной болезнью, которые обследовались рентгенологически, но по

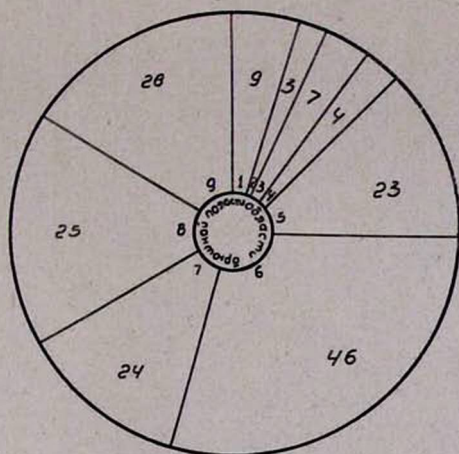


Рис. 2.

разным причинам не были оперированы. III группу составили 11 чел. с различными заболеваниями органов брюшной полости. В IV группу вошли 8 чел., заболевания которых не были связаны с органами брюшной полости. Эту группу мы условно назвали контрольной.

Возрастная характеристика исследуемых больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Группа	Возраст больных				
	10—20	21—30	31—40	41—50	51—60
I	—	3	8	5	7
II	1	2	6	3	1
III	1	3	5	2	—
IV	1	3	4	—	—

Распределение больных по полу представлено в таблице 2.

В I группе нерезко выраженная гипохромная анемия и лейкопения отмечались у одной больной, лейкоцитоз—у 4, выраженный лимфоцитоз—у 2, ускоренное РОЭ—у 3, эозинофилия—у 1 и лимфопения у 1 больного. У остальных картина крови была в пределах нормы.

Таблица 2

Группа	Мужчины	Женщины
I	7	16
II	5	8
III	7	4
IV	6	2

Совпадение рентгенологического и клинического диагнозов имело место у 18 больных из 23. В 4 случаях рентгенологически отрицалась спаечная болезнь, при операции же оказался полный спаечный процесс у 1 больного и частичный (локальный)—у 3. У одного больного рентгено-

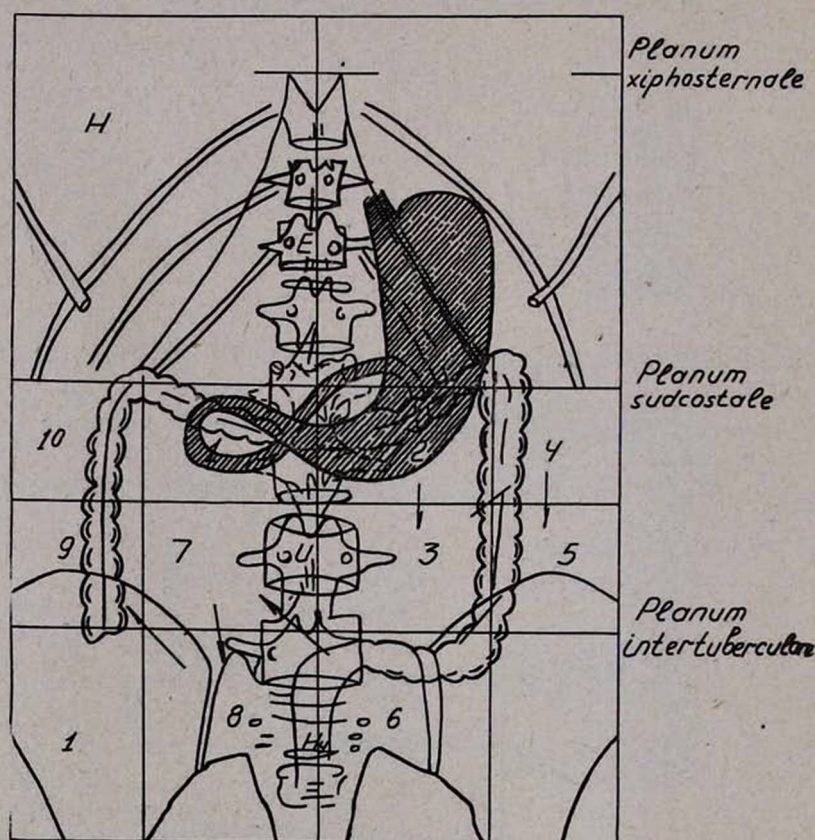


Рис. 3.

логически было установлено наличие спаек, но при операции спаяк не оказалось.

Из больных данной группы ранее были оперированы 19 чел. по поводу следующих заболеваний: аппендицит—2, внематочная беременность—2, непроходимость кишечника—2, грыжа брюшной стенки—2, пе-

ритонит неясной этиологии—1, ранение живота—3, спаечный процесс—2, киста яичника—3, киста сигмы—1.

Описываем истории болезни двух больных.

Больная М. А., 43 года. Поступила 4/1 61 г. с диагнозом: хронический аппендицит. Жалобы на боли в правой подвздошной области, отдающие в поясницу и в нижнюю половину живота. Боли носят постоянный характер, временами усиливаются. Считает себя больной с 1947 г. после двухкратного чревосечения по поводу внематочной беременности. Принимала физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение, но безуспешно.

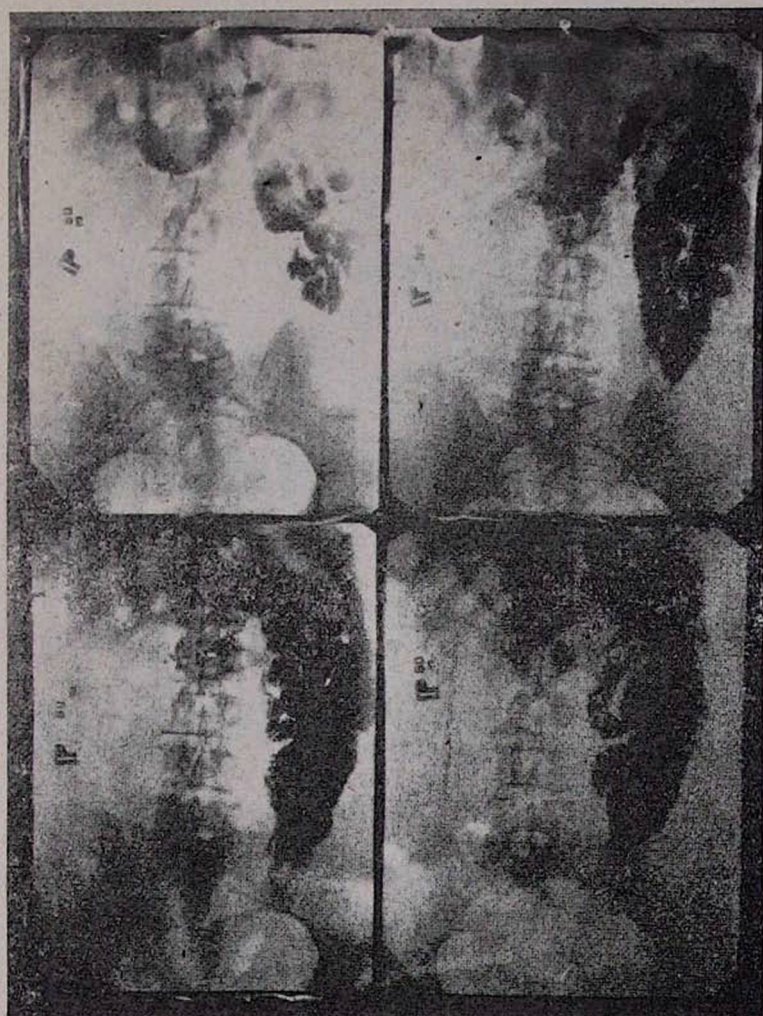


Рис. 4.

Органы грудной клетки без видимых патологических отклонений; живот овальной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Поверхностная пальпация живота безболезненна, при глубокой пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах живота.

Рентгенологическое исследование показало быстрое и последовательное заполне-



Рис. 5.

ние петель тонкой кишки, расположенных в левом подреберье. Начиная с 45 мин., проходимость бария замедляется. Петли кишки сгруппировываются в левой половине живота, «головной» конец бария задержался в секторе 5 по нашей схеме. Положение петель дистального отдела тонкой кишки и их форма на ряде поэтапно произведенных снимков без изменений. По мере наполнения нижних петель тонкой кишки просвет их увеличивается, контуры сливаются, образуя тесный клубок.

Больная оперирована. Сальник на всем протяжении спаян с передней брюшной стенкой. Подвздошная кишка вместе с сигмовидной образует конгломерат, плотно спаянный с тазовой брюшной и половыми органами. Имеются множественные спайки между петлями кишки и сальником. Произведена операция направленного спайкообразования. Образована «батарея» в 6 этажей по 20 см.

Больной П. М., 55 лет. Поступил с диагнозом—грыжа передней стенки живота справа, левосторонняя паховая грыжа, спаечная болезнь. Жалобы на боли в правой подвздошной области, которые усиливаются при ходьбе. Считает себя больным 1 год

после попытки удалить аппендикулярный отросток, но из-за инфекции был наложен лишь дренаж. В 1962 г. была произведена резекция желудка.

Органы дыхания и кровообращения без изменений. Живот овальной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Со стороны нервной системы отклонений от нормы нет. Температура нормальная. Рентгенологическое исследование: петли среднего отдела тонкой кишки располагаются по средней линии живота, «головной» конец бария задержался на границе секторов 6 и 8, где по мере заполнения образуется тесный клубок стабильного положения. Спустя 24 ч. бариевая взвесь заполняет терминальные отделы тонкой кишки. На контрольных рентгенограммах, сделанных через две недели после операции, на всем протяжении отмечается четкая дифференциация петель тонкой кишки, своевременное прохождение бария по петлям. Через 5 ч. тонкая кишка освобождается (рис. 5).

Произведена операция. Сальник и петли тонкой кишки спаяны с передней брюшной стенкой. После мобилизации брюшной стенки произведена ревизия, которая показала картину выраженного процесса, в частности обширные плоскостные спайки между петлями тонкой кишки. Произведена операция направленного спайкообразования. (Образована «батарея» в 14 этажей по 25 см.).

Имеющиеся у нас материалы дают основание считать, что при целеустремленном рентгенологическом исследовании тонкой кишки в большинстве случаев имеется возможность распознать спаечную болезнь живота.

Анализируя наши наблюдения, мы считаем, что для решения вопроса, имеется ли спаечная болезнь, достаточно 5—6 серийных снимков с интервалом 30 мин. через 1 ч. после перорального приема бария.

Атипичность расположения петель тонкой кишки, задержка продвижения «головного» конца бария, стабильность сгруппированных петель на ряде поэтапных рентгенограмм, слабое или полное отсутствие дифференциации отдельных петель кишки, картина зернистости—все это может явиться критерием наличия спаечного процесса брюшной полости.

Кафедра госпитальной хирургии

Ереванского медицинского института

Поступило 3/VII 1967 г.

Н. В. ԳԱՍՊԱՐՅԱՆ

ԿՊՈՒՄԱՅԻՆ ԾԱԳՈՒՄ ՈՒՆԵՅՈՂ ԱԷԻՔԱՅԻՆ ԽՐՈՆԻԿ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՌԵՆՏԳԵՆԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԻ ԵՎ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Կպումային ծագում ունեցող աղիքային անանցանելիության ժամանակ ռենտգենոլոգիական ախտանիշները չափազանց բազմազան են: Սույն աշխատությունը հիմնված է 55 հիվանդների կլինիկո-ռենտգենոլոգիական զուգակցված ուսումնասիրությունների վրա: Դրանցից 8-ը պատկանում են կոնստրիկտիվին:

Նշված 55 հիվանդների մոտ կատարվել են որովայնախորշի էտապային ռենտգեն նկարահանումներ: Նրանց մոտ նախօրոք պերորալ ճանապարհով

աղիքները կոնտրաստավորել ենք բարիումի խիմուսով: Ռենտգեննկարահանումները կատարվել են որոշակի ընդմիջումներով: Յուրաքանչյուր նկարահանում կատարվել է հիվանդի երեսնիվայր՝ փորի վրա պառկած վիճակում: Այս դիրքում աղիքների դարսվածությունը միմյանց վրա հասնում է միմյանում: Ստացված արդյունքների վերլուծության ժամանակ հաշվի է առնվել աղեգալարների դասավորությունը, նրանց ձևը, բարիումի խիմուսի տեղաշարժերը և նրանց անցումը «պլասային» հատվածից, աղելուսանցքների լցվածության խտությունը և այլն:

Աղեգալարների դասավորությունը և նրանց տեղադրությունը հեշտությանը նկարագրելու համար օգտագործել ենք նադի կողմից առաջարկված որովայնախորշի պայմանական ստորաբաժանումները. դրանք լրացուցիչ, մանր սահմանագծումով հասցրել ենք 10 ռեգիոնների:

Կպումային հիվանդության ժամանակ որովայնախորշում նշմարվում են որոշ աղեգալարների մնայուն ձևեր և կայուն դասավորություն: Խմբավորված աղեգալարները կապում են սերտ կծկավորումներ՝ առիպիկ, կայուն տեղադրումներով, որոնք կրկնվում են մի շարք ռենտգենյան նկարներում:

Այս հիվանդության ժամանակ աղեգալարներում առաջանում է բարիումի խիմուսի տեղաշարժման արգելակում: Աղիքների կպումային պրոցեսների ժամանակ բարիումի խիմուսի առաջին բաժինները կույր աղիքում հայտնաբերվում են 6—8 ժամից հետո միայն:

Հաճախ կպումային պրոցեսը ընկերկում է բարակ աղիքների դիստալ հատվածները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Басова В. Г. Вестник хирургии, 1965, 3, стр. 48.
2. Брайцев В. Р. Вестник хирургии и пограничных областей, 1929, т. 19, 54, стр. 29.
3. Войташевская Я. В., Рождественская А. А. Врачебное дело, 1951, 2, стр. 183.
4. Воробьев В. П. Атлас анатомии человека. М., 1930, стр. 95.
5. Геворкян И. Х. Известия Академии наук Арм. ССР (мед. н.), 1961, т. I, стр. 55.
6. Зернов Д. Труды физико-медицинского общества, т. I. М., 1894.
7. Иванова Е. М. Вестник рентгенологии и радиологии, 1962, I, стр. 30.
8. Надь Д. Рентгеновская анатомия. Будапешт, 1961, стр. 290.
9. Петров В. И., Телегин И. В. Клиническая медицина, 1955, II, стр. 70.
10. Петров В. И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости (методика исследования и симптоматика). М., 1957.
11. Симонян К. С. Вестник хирургии, 1962, 88, I, стр. 68.
12. Тагер И. Л. Вестник рентгенологии и радиологии, 1960, 5, стр. 58.
13. Фанарджян В. А. Перивесцирит. БМЭ, т. 23.
14. Штерн Б. М. Рентгенологическое наблюдение над морфологией и функцией тонкого кишечника. Л., 1939.
15. Bernard G., Ticcora M. D., Roslyn F. A. Heights. The American Journal of gastroenterology, 1957, 28, 5, 560.
16. Golgen R. Ann. Radiol., 1961, 7, 559.
17. Robert D., Slann. An. J. Raentg., 1959, 82, 978.