

УДК 616.34—007.272—073.75

А. Г. МАИЛЯН

К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ «ЧАШ КЛОЙБЕРА» В РАННЕЙ ФАЗЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Среди дополнительных методов исследования больных, страдающих острой кишечной непроходимостью, определенное место занимает рентгенологическое исследование. Последнее в совокупности с клиническими данными дает возможность подтвердить или исключить наличие острой кишечной непроходимости уже тогда, когда клинически это часто не представляется возможным.

Впервые о рентгенологических признаках острой кишечной непроходимости было сообщено на заседании Парижского медицинского общества в 1906 г. Беклере. Автор демонстрировал рентгенограммы брюшной полости больного, страдающего острой кишечной непроходимостью, на которых были видны «горизонтальные уровни жидкости с газовым пузырем над ними» (по В. И. Петрову [5]).

В 1919 г. Клойбер, используя данные предшественников и собственные наблюдения, подробно описал признак «горизонтальных уровней жидкости с газом над ними» как патогномоничный признак острой кишечной непроходимости. По мнению Клойбера, наличие «горизонтальных уровней жидкости с газом над ними» является достаточным основанием для срочной операции. По его данным, у всех больных, оперированных на основании этого признака, была установлена непроходимость кишок.

В литературу признак «горизонтальных уровней жидкости в просвете кишечника с газом над ними» вошел под названием «чаш Клойбера».

В Советском Союзе рентгенодиагностика острой кишечной непроходимости начала развиваться несколько позже, однако уже 1932 г. появилось множество работ, посвященных этому вопросу [2—12 и др.].

В настоящее время вопрос о ценности рентгенологического исследования при острой кишечной непроходимости не вызывает сомнений и не дискутируется, спор идет о методике исследования больных и рентгенологических признаках при этой болезни. Особое значение приобретают ранние признаки, дающие возможность диагностировать острую кишечную непроходимость еще до полного развития клинической картины заболевания. В отечественной литературе наиболее ранним рент-

генологическим признаком непроходимости кишок, как правило, считается симптом «чаш Клойбера» [2, 3, 5, 7, 12—14].

По В. И. Петрову [4—6], признак «чаш Клойбера» появляется уже через 2—3 ч. после начала болезни, однако это мнение не подтверждается данными других авторов [2, 3, 10, 11], которые указывают, что часто при несомненной клинической картине непроходимости кишок рентгенологическим исследованием «чаши Клойбера» не обнаруживаются. Особенно часто этот признак отсутствует при непроходимости толстой кишки.

Н. И. Рябов [9, 10] описывает 4 больных, у которых рентгенологически непроходимость была исключена из-за отсутствия «чаш Клойбера», в то время как при оперировании у них была выявлена тонкокишечная непроходимость. По данным того же автора, в половине всех случаев непроходимости толстой кишки рентгенологическое исследование не выявило наличия «чаш Клойбера». Подобные же наблюдения приводят и другие авторы.

Такая разноречивость литературных данных побудила нас изучить рентгеносимптоматологию при острой кишечной непроходимости.

Под нашим наблюдением находилось 204 больных. Диагноз у 51 больного при клиническом исследовании сомнений не вызывал, и эти больные рентгенологически не исследовались. Следует отметить, что из указанных больных при оперировании у 5 человек диагноз не подтвердился, что составило 9,8% диагностических ошибок. Остальные 153 больных подвергнуты рентгенологическому обследованию, так как клинический диагноз—кишечная непроходимость—вызывал сомнения.

На основании рентгенологического исследования и клинических данных у 74 больных из 153 было дано заключение о непроходимости кишок, у 79 человек последняя была исключена.

«Чаши Клойбера» нами были обнаружены только в 14,9%, в остальных же 85,1% случаев их не оказалось, однако кишечная непроходимость была подтверждена оперативно или дальнейшим течением болезни. Интересен тот факт, что у одной больной при первом исследовании «чаш Клойбера» не оказалось, однако через 6 ч. при повторном исследовании они уже были выявлены.

Таким образом, мы не можем разделить мнения тех авторов, которые считают, что «чаши Клойбера» появляются в большинстве случаев кишечной непроходимости и могут быть выявлены уже в первые два-три часа после начала заболевания.

Наши исследования показали, что до появления признака «чаш Клойбера» возникает другой рентгенологический признак, который оказывает большую помощь в решении вопроса. Таким признаком кишечной непроходимости является появление атипичных газовых скоплений там, где они в норме не бывают (тонкий кишечник), или отсутствие их там, где они в норме бывают (толстая кишка), и, наконец, чрезмерное скопление газов там, где они в норме хотя и бывают, но не в таком количестве. Разумеется, описанная рентгенологическая картина

приобретает значение только при наличии определенных клинических явлений, вызывающих у врачей подозрение на непроходимость кишечника.

В некоторых случаях, когда операция затягивалась, повторное исследование выявляло «чаши Клойбера» там, где при первом исследовании были выявлены атипичные газовые скопления, на фоне которых позднее выявлялись скопления жидкости в просвете кишки.

Эту картину скопления газов в атипичных для нормы местах или их отсутствие там, где они в норме должны быть, мы условно называли признаком «нарушения газового баланса кишечника». Руководствуясь этим признаком, мы 63 больным дали заключение о наличии острой кишечной непроходимости. Оперативное вмешательство показало, что из 63 больных кишечная непроходимость была у 61, что составляет 96,8%.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что признак «чаш Клойбера» дал возможность поставить правильный диагноз только у 11 больных из 74, а признак «нарушения газового баланса» — у 61 больного из 63, что составило 96,8%, при этом процент диагностических ошибок составил 3,2.

Итак, наши наблюдения показали, что раннее выявление признака «нарушения газового баланса кишечника» имеет большую диагностическую ценность. Это дает нам основание рекомендовать его при рентгенодиагностике острой кишечной непроходимости.

Рентгенологическое отделение
Степанаванской больницы

Поступило 20/IX 1968 г.

Ա. Գ. ՄԱՅԻՆՅԱՆ

ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՍՈՒՐ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՎԱՂ ՇՐՋԱՆՈՒՄ «ԿԼՈՅԵՐՅԱՆ
ԳԱՎԱԹ»-Ի ԱՆՏՈՐՈՇԻՉ ԴԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Աղիքային սուր անանցանելիության ճիշտ և վաղաժամ ախտորոշման գործում լուրջ օգնություն կարող է ցույց տալ ռենտգենոլոգիական քննությունը: Առաջին և բնորոշ ախտանիշը պետք է համարել «աղիների գազային բալանսի խախտումը»:

Մեր ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ այդ ախտանիշը ճիշտ է աղիների բոլոր հատվածների անանցանելիության համար:

Այդ ախտանիշի և կլինիկական տվյալների հիման վրա տրված եզրակացությունները աղիների անանցանելիության առկայության կամ բացակայության մասին հետազայում հաստատվել են 96,8 տոկոսով:

«Կլոյբերյան գավաթ»-ի ախտանիշը մեր տվյալներով եղել է ընդամենը դեպքերի 14,9 տոկոսի մոտ, այն էլ հիվանդության ավելի ուշ շրջանում, իսկ մինչև նրա առաջանալը առկա է եղել «աղիների գազային բալանսի խախտման» ախտանիշը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Балига А. Труды XXVI Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956, стр. 476.
2. Зедгенидзе О. А. Тезисы докладов VII Всесоюзного съезда детских врачей. Л., 1957, стр. 19.
3. Ковалевич М. Д. Сборник тезисов и рефератов к отчетной научной сессии Ростовского медицинского института. Ростов н/Д, 1956, стр. 246.
4. Петров В. И. Вопросы методики рентгенологического исследования. М., 1961, стр. 153.
5. Петров В. И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. М., 1957.
6. Петров В. И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. М., 1964.
7. Пчелина Е. А. Рентгенодиагностика острой кишечной непроходимости. Л., 1947.
8. Рейберг С. А. Очерки военной хирургии. Л., 1942.
9. Рябов Н. И. Труды Ленинградского областного госпиталя. Л., 1948, стр. 134.
10. Рябов Н. И. Экспериментальная острая кишечная непроходимость (рентгенологическое исследование). Л., 1945.
11. Симагина Н. К. Советская медицина, 1950, 10, стр. 16.
12. Финарджян В. А. Руководство по рентгенодиагностике. М., 1951.
13. Финарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта, II. Ереван, 1964.
14. Фельдман Х. И. Инвагинация кишок в детском возрасте. М., 1960.