

2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. / Под ред. А.М. Вейна. – М., 2000. – С 44–70.

3. А.Н. Изосимов, В.В. Плечев, А.А. Гумеров, С.А. Пашиков. Способ определения превалирующих вегетативных реакций у детей с хирургической и соматической патологией (ксантинола никотинатовая проба (патент на изобретение № 2260372, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 20 сентября 2005г., заявка № 2003138279).

4. Плечев В.В., Кунафин А.С., Корнилов П.Г. Тезисы III Всероссийской научно-практической конференции “Новые технологии в хирургии”. – Уфа, 1998. – С. 257–258.

5. Южаков С.Д. Абсава Г.И. // Клин. мед. – 1984. – № 11. – С. 30–34.

Поступила 23.11.07.

УДК 616.36-003.4-073.432.19-089.48

3D ЭХОГРАФИЯ В ЧРЕСКОЖНОМ ТРАНСПЕЧЕНОЧНОМ ДРЕНИРОВАНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ РЕТЕНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

А.М. Байтимилов, С.Б. Сангаджиев, К.Ф. Юсупов, М.А. Бичурин,
А.Ю. Анисимов, А.Ф. Галимзянов

Кафедра медицины катастроф (зав. – проф. Ш.С. Каратай), кафедра лучевой диагностики (зав. – проф. М.К. Михайлов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования,

Межрегиональный клинико-диагностический центр (ген. директор – канд. мед. наук Р.Н. Хайруллин) МЗ РТ, г. Казань

В большинстве публикаций последнего десятилетия, посвященных приоритету различных видов хирургического лечения больных с доброкачественными ретенционными образованиями печени (ДРОП) малой и средней величины (3-5 см), прослеживается отчетливая тенденция к их устранению мини-инвазивным способом [2, 7]. Однако в отношении выбора способа воздействия на большие (свыше 5 см) и гигантские (10 см и более) ДРОП существуют различные точки зрения, нередко приобретающие полярный характер [3, 5].

Наш клинический опыт и литературные данные [1, 4, 6] свидетельствуют о том, что применение двухмерной эхографии (2D) как самого дешевого и распространенного метода контроля чрескожных вмешательств на органах гепатобилиарной зоны сдерживается необходимостью точной навигации пункционного оборудования во всех трех плоскостях во время процедуры. В то же время существует

XANTHINOL-NICOTINIC TEST IN CHILDREN WITH ACUTE SURGICAL PATHOLOGY OF THE ABDOMEN

A.N. Izosimov, V.V. Plechev, A.A. Gumerov

Summary

The usage of vasodilators along with the xanthinol-nicotinic test promotes the improvement of blood circulation and microcirculation of the intestine, increases the motor function of the intestine during no less than 5 hours. Introducing into clinical practice of the criteria of individualized reaction of the patient's autonomic nervous system makes it possible to ensure adequate vascular therapy and promotes early and effective restoration of the intestinal peristalsis, allowing timely prophylaxis of adhesions of the abdominal cavity.

мнение, что трехмерная (3D) эхография в реальном времени способна сделать мини-инвазивные вмешательства проще и безопаснее. 3D реконструкция ультразвукового изображения, заключающаяся в получении параллельных или расположенных под заданными углами сканов с последующим объединением их в единый визуальный массив, подобно МРТ, позволяет получить изображение объекта исследования в третьей виртуальной плоскости [8 – 10].

Целью настоящего исследования являлось изучение возможностей чрескожного транспеченочного дренирования ДРОП под контролем 3D эхографии.

Мы наблюдали 5 пациентов с ДРОП, комплексная лечебная программа которых предусматривала проведение чрескожного транспеченочного дренирования под контролем 3D эхографии в режиме реального времени. У 2 больных были гигантские солитарные кисты печени, у 2 – поликистоз печени, у одного – абсцесс печени.

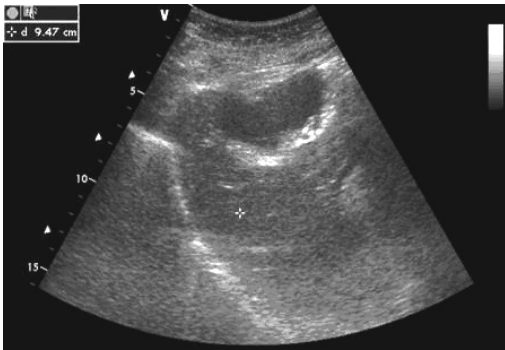


Рис. 1. УЗИ больной М. 75 лет до дренирования кисты печени.



Рис. 2. УЗИ больной М. 75 лет через 2 суток после дренирования кисты печени.

Чрескожные вмешательства проводили под внутривенным наркозом техникой свободной руки с использованием иглы 18G длиной 30 см и набора для дренирования (Cook, Дания). Полученную при пункции жидкость собирали в стерильный контейнер для измерения объема и последующего микробиологического и цитологического исследований.

3D эхографию выполняли на аппарате Voluson 730 Expert BT05 (GE Healthcare, США) механическим конвексным датчиком объемного сканирования RAB 48P с частотой от 4 до 8 МГц, применяя методику трехмерной реконструкции в реальном времени Thick-Slice, TUI, Inversion Mode, Surface Rendering в режиме B, Color Flow Mapping, Power Angio, High Definition Flow с использованием трансабдоминального сканирования. Полученные 3D эхограммы отображали в форме 4-сторонней пирамиды со срезанной вершиной в области расположения датчика. Изображение получали на дисплее монитора немедленно, со скоростью 35–40 объемов в секунду. Первоначально использовали режим мультиплоскостного сканирования. При этом на мониторе отображались три плоскости сканирования – коронарная, сагиттальная и аксиальная. Для более точного позиционирования применяли режим томографического сканирования – TUI. При этом получали несколько параллельных эхограмм через заданный шаг сканирования. Для расчета объема кист применяли методику VOCAL II. Параллельно производили запись объемов с

передачей на рабочую станцию и последующим анализом полученных объемов с применением программы Sonview 4D View 5.0 (GE Healthcare).

Во всех наблюдениях при чрескожных транспеченочных вмешательствах каких-либо интра- и послеоперационных осложнений не возникло. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии с положительной клинической и сонографической динамикой. Последующие ретроспективные исследования через 3 месяца после выписки ни в одном случае не выявили рецидивов ДРОП.

В качестве примеров приводим два клинических наблюдения.

1. М. 75 лет поступила в клинику 25.06. 2007 г. с диагнозом: непаразитарная гигантская киста левой доли печени с угрозой перфорации.

После падения около 5 лет назад на правый бок появились умеренные боли в правом подреберье. Спустя год после травмы при УЗИ органов брюшной полости была обнаружена киста левой доли печени с последующей тенденцией к росту. За 2–3 недели до обращения возникло ощущение распирания в правом подреберье.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, адекватна. Кожные покровы физиологической окраски. Гемодинамика стабильная. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Пальпируется выступающая из-под края реберной дуги левая доля печени, плотная на ощупь, безболезненная. УЗИ органов брюшной полости: печень – контуры ровные, границы отчетливые, край притуплен. Структура повышенной эхогенности, среднезернистая, неоднородная. Переднезадний косой размер правой доли – 141 мм, левой – 100 мм. Гепатохоледох – 4 мм. Очаговые изменения: практически всю долю занимает округлое анэхогенное образование (97х84х80 мм) с четкими ровными контурами, без признаков кровотока (рис. 1).

С учетом высокого риска перфорации 4.07. 2007 г. было выполнено чрескожное наружное дренирование кисты левой доли печени с последующим склерозированием ее полости. Под 3D ультразвуковым контролем



Рис. 3. УЗИ больной С. 34 лет до дренирования кисты печени.

произведена чрескожная пункция кисты левой доли печени в правой подреберной области с последующим введением дренажного катетера Pig-tail диаметром 8,5 F. Во время процедуры обратила на себя внимание высокая разрешающая способность метода трехмерной реконструкции ультразвукового изображения. Кончик иглы отчетливо визуализировался по отношению к трубчатым структурам печени. Было эвакуировано 300 мл жидкого, прозрачного, белесоватого цвета, без запаха содержимого. Выполнена дренажная интраоперационная цистография. Сообщения полости кисты с трубчатыми структурами печени не обнаружено. Далее в полость кисты было введено 100,0 мл 96% этилового спирта, который через 2 минуты был эвакуирован. Полость кисты спалась с объема 300 мл до 8 мл. Катетер зафиксирован к коже для динамического контроля за суточным дебитом содержимого.

Режим больной после манипуляции в первые сутки: голод, обезболивающие препараты, вторые сутки: разрешено употреблять пищу. 06.07.2007 г. при повторном УЗИ дренированная киста имела размеры 43x24x65 мм (рис. 2). Дебит содержимого составил 10 мл в сутки. 09. 07. 2007 г. больной повторно введен этанол в объеме 40,0 мл с последующей его эвакуацией. Повторные УЗИ выявили спадение стенок полости кисты, дренаж удален на 5-е сутки. На 20-е сутки больную выписали в удовлетворительном состоянии.

2. С. 34 лет доставлена в клинику 2.10. 2006 г. с диагнозом абсцесса печени бригадой скорой медицинской помощи из 1-й городской больницы, где она получила лечение по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. Жалобы на боли в животе, повышение температуры тела до 40°C.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, адекватна. Кожные покровы физиологической окраски. Гемодинамика стабильная. Живот симметричный, не вздут, пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. При УЗИ органов брюшной полости: печень – контуры отчетливые, ровные. Край притуплен. Структура изоэхогенная, мелкозернистая, однородная. Переднезадний косой размер правой доли – 157 мм, левой – 78 мм. Гепатохоледох – 4 мм. Очаговые изменения: в 6-м сегменте анэхогенное образование размерами 65x38x46 мм (рис. 3).

С учетом клинической картины 4.10.2006 г. под 3D ультразвуковым контролем выполнено чрескожное наружное дренирование абсцесса печени.

06.10.2006 г. на контрольном УЗИ в 6-м сегменте остается анэхогенное образование (25x18x26 мм)

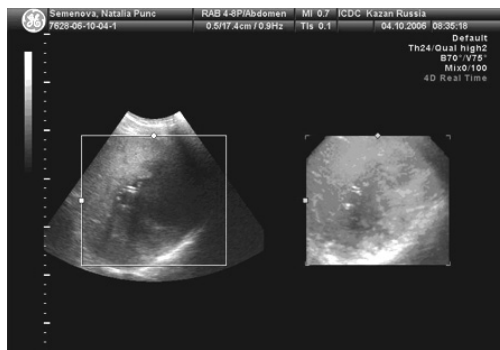


Рис. 4. Контрольное УЗИ больной С. 34 лет через 2 суток после дренирования кисты печени.

объемом 6,2 см³ с гипоехогенным венчиком. Катетер сохраняет свое положение, в области его нахождения – гиперэхогенная структура, полость вокруг катетера отсутствует. 13.10.06 г. при контрольном УЗИ в 6-м сегменте сохраняется анэхогенное образование до 4 мм в диаметре пониженной эхогенности с кровотоком, внутри которого имеется анэхогенная полость (13x9x6 мм) объемом 0,4 см³. Повторные УЗИ показали спадение полости абсцесса, в месте дренирования абсцесса печени патологических образований не выявлено, дренаж удален на 14-е сутки (рис. 4). На 25-е сутки больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что использование чрескожного транспеченочного дренирования ДРОП под контролем трехмерной эхографии является перспективным направлением мини-инвазивных высоких технологий, позволяющим адекватно решать сложные клинические ситуации.

К достоинствам 3D эхографии следует отнести возможность постоянной визуализации кончика иглы и ее пространственного взаимоотношения с тканями, точного определения объема, в том числе образований неправильной формы, сокращения времени на проведение вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин М.А., Красильников Д.М., Зайнуллин И.В. и др. // Анн. хир. гепатол. – 2004. – № 2. – С. 74–75.
2. Борсуков А.В., Бельков А.В., Алибеков Р.А. и др. // Анн. хир. гепатол. – 2004. – № 1. – С. 79–88.
3. Гаврилин А.В., Вишневский В.А., Журенкова Т.В. В кн. "Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы". Мат. научн. конф. (с участием специалистов стран ближнего и дальнего зарубежья). – М., 2005.
4. Blonski W.C., Campbell M.S., Faust Th., Metz D.C. // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12. – P. 2949–2954.
5. Eriguchi N., Aoyagi S., Tamae T. et al. – 2001. – Vol. 48. – P. 193–195.
6. Kornprat P., Cerwenka H., Bacher H. et al. //

- Langenbecks Arch. Surg. – 2004. – Vol. 389. – P. 289–292.
 7. *Pozniczek M., Wysocki A., Bobrzynski A. et al. // Dig. Surg. – 2004. – Vol. 21. – P. 452–454.*
 8. *Won H.J., Han J.K., Do K.H. et al. // J. Ultrasound Med. – 2003. – Vol. 22. – P. 215–220.*
 9. *Rose S.C., Roberts A.C., Kinney T.B. et al. // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2003. – Vol. 14. – P. 451–459.*
 10. *Rose S.C., Nelson J.R., Deutsch R. // J. Ultrasound Med. – 2004. – Vol. 23. – P. 1465–1473.*

Поступила 25.11. 08.

3D ECHOGRAPHY IN TRANSHEPATIC DRAINING OF BENIGN RETENTIONAL GROWTHS

A.M. Baitimirov, S.B. Sangadjev, K.F. Jusupov, M.A. Bichurin, A.U. Anisimov, A.F. Galimzyanov

Summary

Shown are the results of transcutaneous transhepatic draining of benign retentional masses under control of three dimensional echography. The transcutaneous interventions were carried out under intravenous anesthesia using a "free hand" technique with a special drainage kit. 96% ethanol was used as a sclerotic agent. Proposed mini-invasive method allows adequate medical intervention in complex clinical cases.

УДК 616.34-008.18:[611.344+611.346]:616.34-002-079.4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕКОИЛЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В.И. Мухин, И.В. Фёдоров

*Кафедра эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии (зав. – проф. А.Н. Чугунов)
 Казанской государственной медицинской академии последипломного образования,
 Республиканская клиническая больница (главврач – А.И. Мухин), г. Йошкар-Ола*

Дифференциальная диагностика цекоилеальной рефлюксной болезни и другой патологии толстой кишки является достаточно сложной задачей. Ряд заболеваний, поражающих илеоцекальный отдел кишечника, сопровождается воспалением баугиниевой заслонки и терминальной петли подвздошной кишки. Воспаление илеоцекального отдела кишечника может вызвать как зияние баугиниевой щели и ее несостоятельность, так и сужение вплоть до стриктуры и непроходимости кишечника [3].

В практике экстренной хирургии часты обращения больных с выраженным болевым синдромом в правой подвздошной области, который не укладывается в рамки клинических симптомов острого аппендицита. Как правило, применение спазмолитических средств приводит к стиханию болевого синдрома, и большинство больных без углубленного обследования илеоцекального отдела кишечника направляют в поликлинику. К сожалению, судьба пациентов в большинстве случаев не прослеживается. Часть больных про-

должает обследование в поликлинике до определения окончательного диагноза. Другие, после стихания болевого приступа, при рецидиве болевого синдрома в правой подвздошной области вынуждены вновь обращаться за экстренной помощью и нередко им выполняют напрасную аппендэктомию [3].

Кроме острого аппендицита, илеоцекальный отдел кишечника достаточно часто поражают болезнь Крона, кишечный туберкулез и иерсиниоз. Причины избирательного воздействия на илеоцекальный сегмент многих возбудителей окончательно не изучены [1, 6]. К примеру, известно, что туберкулез желудочно-кишечного тракта преимущественно поражает участки, богатые лимфоидной тканью, а также зоны наибольшего стаза. Туберкулезный илеотифлит в конечном итоге часто приводит к развитию явлений периколита с исходом в спаечную болезнь брюшины [5,7]. В подобных случаях слепая кишка не может ответить на поступление химуса адекватным расширением, что еще в большей степени усиливает не-