

КОМБИНИРОВАННЫЙ РЕНТГЕНОЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ТОНКОЙ КИШКИ

Двойников С.Ю., Тарасенко С.В.

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова,
Сердобская городская клиническая больница

Авторы анализируют диагностическую значимость и преимущества сочетанного рентгеноэндоскопического метода в диагностике различной патологии тонкого кишечника.

Рентгенологические методы играют важную роль в диагностике патологических процессов в тонкой кишке. Клиническими показаниями к исследованию тонкой кишки являются нарушение всасывания, подозрение на опухоль тонкой кишки, энтерит или туберкулез, дивертикулы, язвы, свищи [1, 2].

Наиболее распространено пероральное контрастирование тонкой кишки 200 мл водной взвеси сульфата бария. Главными недостатками этого метода являются недостаточное заполнение кишки барием и длительность исследования (4–6 часов). Существует много способов улучшения контрастирования кишки и ускорения продвижения бариевой взвеси по кишечнику: релаксационная энтерография, двойное контрастирование, фракционный прием, охлаждение бариевой взвеси до 3–5°C, зондовые методы и др. [2].

Большинством рентгенологов используется введение бариевой суспензии непосредственно в тонкую кишку через дуоденальный зонд (Линденбрант Л.Д., Варновицкий Г.И., 1962, Петров В.И., 1964, Пак А.Н. 1986). Недостатками такого метода являются трудности при интраназальном введении зонда в желудочно-кишечный тракт,

необходимость рентгеноскопии, а значит и увеличение лучевой нагрузки для пациента при проведении зонда в тонкую кишку, невозможность исследования при рубцовых и воспалительных процессах в области привратника и в двенадцатиперстной кишке.

Материалы и методы

В течение 2 лет в Сердобской городской больнице разработан и используется метод эндоскопического контрастирования тонкой кишки. За это время обследовано 50 больных в возрасте от 17 до 80 лет. Полученные результаты свидетельствуют о простоте и эффективности такого метода, который заключается в следующем: пациент, в положении на левом боку выполняется фиброгастродуоденоскопия со стандартным осмотром слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Затем эндоскоп проводится в начальный отдел тощей кишки и после осмотра слизистой постепенно через тefлоновый катетер или инструментальный канал вводят 18–20% бариевую взвесь со скоростью 75–100 мл/мин до заполнения всей тонкой кишки или определенной ее части. Среднее количество бариевой взвеси для контрастирования

тонкой кишки – 200–600 мл. При необходимости двойного контрастирования через эндоскоп дополнительно вводится воздух. Осуществляется рентгеноконтроль тонкой кишки. Рентгенограммы выполняются при напряжении 100–120 киловольт. Используется компрессия для дифференцировки отдельных петель кишки и визуализации различных её отделов, а также осмотр и снимки в различных положениях. Во время выполнения исследования дают оценку следующим рентгенологическим критериям состояния тонкой кишки: положение, подвижность и смещаемость петель, тонус и способность к растяжению, воздушный просвет, поверхность, ширина кишечной петли и её содержимое, контуры и расстояние между циркулярными складками, время пассажа контрастной массы.

Результаты и их обсуждение

Проведенными исследованиями установлены средние величины времени заполнения барием различных отделов тонкой кишки после её контрастирования через инструментальный канал фиброгастродуоденоскопа.

- Через 10–15 минут заполнены все отделы тощей кишки.
- Через 30–40 минут следы контраста в дистальных отделах тощей кишки и полное заполнение проксимальных отделов подвздошной кишки.
- Через 1 ч 20 мин–1 ч 50 мин заполнены все отделы подвздошной кишки и илеоцекальная область со следами контраста в слепой кишке.
- Через 2 ч 20 мин–2 ч 50 мин заполнены контрастом слепая кишка, илеоцекальная область, и терминальные отделы подвздошной

кишки. Следы контраста в восходящем отделе толстого кишечника до печеночного угла.

Контрастирование тонкой кишки через эндоскоп позволяет детально изучить рельеф слизистой оболочки и контуры кишки на всем ее протяжении, отдифференцировать стеноз кишки опухолью от спастических сужений, более точно определить протяженность и границы поражения, обнаружить патоморфологические изменения кишки, которые не видны при обычном рентгенологическом исследовании, а также обнаружить патологические процессы в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке, взять материал на цитологическое и гистологическое исследование.

Десятерым больным из 50 рентгеноэндоскопическое исследование выполнено с диагностической целью при клинической картине опухолевого процесса без четкой органной принадлежности, в отсутствие жалоб, связанных с патологией кишечника. У 9 больных рентгенологических изменений в тонкой кишке не выявлено. У 1 больного обнаружена дискинезия тонкой кишки. Из этих 10 больных у 2 обнаружен рак желудка (подтвержден гистологически), у 5 больных – другие патологические процессы в верхних отделах пищеварительного тракта. Никаких изменений не обнаружено у 3 больных.

Сорок обследованных больных предъявляли жалобы, характерные для заболеваний тонкого кишечника. Во время исследования у них были обнаружены: опухоль слепой кишки – у 2 больных, хронический аппендицит – у 1 больного, абсцессы брюшной полости – у 2 больных, рак тонкой кишки (первичный рак тощей кишки) у 2 боль-

ных, дивертикул тонкой кишки – у 1 больного, болезнь Крона – у 1 больного, энтерит – у 4 больных, кишечный свищ – у 1 больного, дискинезии тонкой кишки – у 10 больных, вовлечение тонкой кишки в опухолевый процесс извне – у 2 больных, сдавление тонкой кишки опухолями брюшной полости и забрюшинного пространства – в 4 случаях. Патологический процесс в тонкой кишке всегда сопровождали изменения слизистой верхних отделов пищеварительного тракта (гастрит, дуоденит, рефлюкс-эзофагит, гиперпластические процессы в желудке и луковице двенадцатиперстной кишки (ДПК)).

Существенных патологических изменений в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке при эндоскопическом исследовании и в тонкой кишке при её одновременном контрастировании не было выявлено у 3 больных с клиникой нарушения всасывания и у 1 больного с клиникой энтерита.

У 4 больных при отсутствии патологии тонкой кишки диагностирована язвенная болезнь (в 3 случаях язва луковицы ДПК, в одном – язва угла желудка), у 1 больного – выраженный эрозивный дуоденит. Осуществить исследование оказалось невозможным у 1 больного с язвенным стенозом 2 степени.

Выводы

Преимущества предлагаемой методики перед традиционными методами исследования:

1. Сокращение времени исследования в сравнении с пероральным введением контраста на 1,5–2 часа.

2. Возможность контрастного исследования тонкой кишки почти у 100 % больных за счет применения эндоскопического метода введения. Исключение составляют только больные с полным язвенным или опухолевым стенозом привратника и ДПК.
3. Более полное и более равномерное заполнение и одновременный осмотр всех отделов тонкой кишки.
4. Лучшее в сравнении с другими методиками контрастирование подвздошной и слепой кишки и возможность выявлять патологические изменения в илеоцекальной области.
5. Снижение лучевой нагрузки на больного.
6. Осуществление непосредственного контакта между эндоскопистом и рентгенологом и наиболее эффективное использование рентгенологических данных в процессе диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил.
2. Рябцев В.Г., Джейранов Ф.Д., Горбовицкий Е.Б. и др. Синдром интоксикации у больных острой кишечной непроходимостью // Хирургия. - 1990. - №7. - С. 63-68.

COMBINED RENTGEN-ENDOSCOPIC METHOD IN DIAGNOSTICS OF A PATHOLOGY OF A SMALL BOWEL

Tarasenko S.V., Dvoynikov S.U.

The authors analyze the diagnostic importance and advantages combined rentgen-endoscopic method in diagnostics of a various pathology of a thin intestine.