
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Т.Б. Легостаева, Н.Ю. Классовская

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Серпуховская городская больница им. Н.А. Семашко

Как известно, острая кишечная непроходимость – одно из наиболее распространенных заболеваний, входящих в рубрику острых неотложных состояний. Сегодня ни у кого не может вызывать сомнений тот факт, что результаты борьбы с этим «хирургическим недугом» напрямую зависят от правильной, а главное – ранней диагностики острой кишечной непроходимости. В настоящее время разработаны весьма эффективные методики и семиотика диагностики этой патологии, базирующиеся, в основном, на классической рентгенологии, которая является основным методом диагностики кишечной непроходимости.

Между тем, современная лучевая диагностика объединяет целый ряд методов и методик, среди которых «ультразвук» явился одной из первых «добавок» в эту специальность. Однако по-прежнему чаще всего в диагностике кишечной непроходимости пользуются рентгенологией – теперь это раздел лучевой диагностики.

Исходя из вышесказанного, основной целью нашей работы явилась демонстрация возможностей обычной трансабдоминальной сонографии в диагностике различных форм кишечной непроходимости, определение роли УЗИ и, прежде всего, ультразвуковой ирригоскопии в выявлении толстокишечной непроходимости.

Для достижения этой цели необходимо было решить ряд задач:

- разработать методику УЗИ для больных с подозрением на тонкокишечную непроходимость и изучить симптоматику и возможности разграничения странгуляционной и обтурационной непроходимости тонкой кишки;

- изложить детальную характеристику методики и ультразвуковой симптоматики острой непроходимости толстой кишки при проведении обычной трансабдоминальной сонографии;

- выработать методические аспекты и показать семиотику толстокишечной непроходимости при проведении ультразвуковой ирригоскопии, а у группы больных с различными формами толстокишечной непроходимости провести сравнительную оценку возможностей ультразвуковой и рентгенологической ирригоскопий.

Решение этих задач осуществлялось путём анализа результатов ультразвуковых исследований 218 больных с диагнозом острой тонкокишечной и толстокишечной непроходимости. В результате комплексного исследования в 141 наблюдении было установлено наличие острой тонкокишечной непроходимости (странгуляционной и обтурационной), у 77 больных – непроходимость толстой кишки различной этиологии.

При проведении УЗИ использовались диагностические приборы, работающие в режиме реального времени, с применением линейных и конвексных датчиков с частотой от 3,0 до 4,0 МГц.

При поступлении больного с подозрением на кишечную непроходимость предварительная оценка проводилась по данным стандартизованного трансабдоминального ультразвукового исследования по общепринятой методике, без предварительной подготовки. Дополнительно проводилось ис-

следование подвижности листков брюшины в зоне наибольшей болезненности и в остальных отделах брюшной полости на фоне форсированного «дыхания животом».

У пациентов с нетипичной клинической картиной, с нечеткими первичными данными инструментальных исследований был использован принцип динамического ультразвукового наблюдения.

У больных с клиникой толстокишечной непроходимости первым этапом исследования являлось проведение трансабдоминальной сонографии в режиме реального времени. При обнаружении участка толстой кишки с опухолевой инфильтрацией стенки определяли его протяженность, наличие или отсутствие подвижности на фоне форсированного «дыхания животом».

В дополнение к обычной методике трансабдоминальной сонографии применялась ультразвуковая ирригоскопия толстой кишки с включением разработанных методических приёмов. Ультразвуковая ирригоскопия использовалась для установления наличия, причины и степени выраженности толстокишечной непроходимости.

УЗ-исследование толстой кишки с применением контрастного раствора проводилось у пациентов с предположительно низкой локализацией опухоли, после очистительных клизм, без предварительной подготовки. В качестве контрастного вещества использовался 2-3% раствор крахмала в количестве 1,5-2 л. Для достижения анальгезирующего и антиспастического эффекта контрастной среды в раствор добавляли 5,0 мл баралгина. Контрастное вещество вводилось через прямую кишку под контролем постоянного сканирования. Визуализация осуществлялась по мере заполнения контрастом просвета кишки. В зависимости от уровня непроходимости для проведения ирригоскопии требовалось различное количество контрастного вещества. У пациентов с опухолевой обтурацией дистальных отделов толстой кишки было достаточно введение 200-300 мл контраста, для заполнения же всей кишки необходимо от 1 до 2 л контрастного раствора.

После заполнения дистальных отделов толстой кишки и выявления зоны обтурации введение раствора прекращалось. Следующим этапом исследования являлось определение протяженности и степени опухолевого поражения, выраженности стеноза внутреннего просвета кишки, состояния вышележащих сегментов толстой кишки.

Под нашим наблюдением находились 69 больных со спаечной непроходимостью тонкой кишки, из них у 37 пациентов непроходимость сопровождалась нарушением питания стенки кишки, у 32 – преобладал обтурационный компонент нарушения пассажа кишечного содержимого.

Критерием спаечной странгуляционной непроходимости являлось наличие в зоне наибольшей болезненности при дозированной компрессии датчиком абсолютно акинетической, расширенной петли тонкой кишки, заполненной жидкостным содержимым с расслоением на уровни: жидкость и химус. При лапаротомии эти петли соответствовали участку кишки с нарушением иннервации и кровоснабжения кишечной стенки различной степени. В просвете проксимально расположенных петель тонкой кишки движение эхо-включений в составе содержимого было маятникообразным, перистальтика петель – поверхностной, учащенной. Дистальнее зоны странгуляции петли тонкой кишки во всех случаях спавшиеся.

В зонах с ограничением подвижности петель кишечника относительно передней брюшной стенки выявлялись висцеро-париетальные спайки.

Трансабдоминальная сонография позволяла выявить характер изменений не только в просвете кишки, но и в окружающих её тканях брюшной поло-

сти, что облегчало установление причины непроходимости. У всех пациентов с толстокишечной непроходимостью отмечалось повышение пневматизации толстой и тонкой кишки.

Вторым этапом исследования больных с непроходимостью толстой кишки являлось проведение ультразвуковой ирригоскопии. Цель её заключалась в установлении факта толстокишечной непроходимости, выявлении её причины и уровня.

Признаками опухолевого поражения кишки при ультразвуковой ирригоскопии являлись: локальное утолщение, неровность контуров стенки, нарушение дифференциации на слои, отсутствие гаустрации, сужение просвета и ригидность пораженного участка.

Дополнение трансабдоминальной сонографии ультразвуковой ирригоскопией позволяло уточнить состояние тканей, окружающих пораженный опухолью участок кишки.

Сочетание обычного ультразвукового исследования и ультразвуковой ирригоскопии по предлагаемой нами методике с введением контрастного вещества значительно повышает чувствительность метода.

Исходя из вышеописанного, можно констатировать следующее.

1. Ультразвуковое исследование у пациентов с подозрением на острую кишечную непроходимость должно выполняться сразу после поступления больного в стационар.

2. После исключения во время УЗИ острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства, особое внимание следует уделять поиску ультразвуковых признаков странгуляции тонкой кишки, наличия в брюшной полости висцеро-париетальных спаек.

3. Если клинические и инструментальные данные первичного исследования оказались сомнительными, необходимо применять принцип динамического ультразвукового наблюдения.

4. У пациентов с клиникой толстокишечной непроходимости трансабдоминальную сонографию следует дополнять ультразвуковой ирригоскопией, проводимой по разработанной нами методике.

Использование (наряду с общепринятыми) рекомендованных нами методических приёмов проведения ультразвукового исследования и, прежде всего, ультразвуковой ирригоскопии, позволяет эффективно выявлять различные формы кишечной непроходимости.

Таким образом, учитывая результаты нашего исследования, а также определённые преимущества «ультразвука» по сравнению с рентгенологическим исследованием (отсутствие лучевой нагрузки, возможность использования вне зависимости от тяжести состояния больного, простота выполнения и др.), ультразвуковую диагностику следует считать одним из ведущих методов выявления острой кишечной непроходимости.

РОЛЬ СПЕЦИАЛЬНОГО СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ

О.В. Полякова, Н.В. Будникова, Е.Д. Рухлядко
МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Рак молочной железы, несмотря на предпринимаемые меры в борьбе с ним, сохраняет тенденцию к увеличению частоты, причем значительную долю среди заболевших занимают женщины социально активного возраста. Сегодня во всем мире признано, что рак молочной железы у женщин вы-