

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧНО-ТОЛСТО-ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Крадинов А.И., Черноротов В.А., Черноротова Е.В.

Государственное учреждение

"Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского",

г. Симферополь, Украина

Проблема желудочно-кишечной патологии является одной из самых актуальных в современной медицине. В последнее время отмечается значительный рост данной патологии, о чем свидетельствуют статистические данные [1, 2, 5, 7].

Общепризнанно, что в настоящее время резекция желудка, селективная проксимальная ваготомия (СПВ), как и гастроэктомия, широко применяются для лечения рака, полипоза, осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Однако все эти вмешательства не избавлены от ранних и поздних послеоперационных осложнений, независимо от того, производил ли операцию маститый профессор, опытный или начинающий хирург [3, 7, 8, 9].

Актуальность многих аспектов послеоперационных осложнений обусловлена их значением для клинической медицины и прежде всего трудностью своевременного распознавания, а самое главное высокой летальностью у таких больных, которая достигает 60-70% [3, 8, 9].

Среди этих осложнений большой процент приходится на пептические язвы, осложненные образованием желудочно-толсто-тонкокишечных свищей, как правило сопровождающихся спаечным процессом с последующим развитием спаечной болезни, нередко приводящей к механической кишечной непроходимости [1, 2, 4, 5].

Из выше сказанного следует, что во всех случаях послеоперационных осложнений должен быть применен эффективный и подходящий метод исследования, который позволяет своевременно сделать выбор наиболее рационального метода лечения. Особенно это относится к пациентам, у которых имеется клиническое подозрение на наличие желудочно-кишечных свищей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 250 больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, полипоза и рака желудка, из них мужчин — 190, женщин — 60. 85 пациентам произведено рентгенологическое исследование после СПВ по поводу язвенной болезни ДПК с различными осложнениями. У 18 человек из этих пациентов диагностированы желудочно-кишечные свищи, из них у 15 — желудочно-толстокишечные свищи, у 3 — желудочно-тонкокишечные свищи.

Причинами возникновения свищей чаще всего была пептическая язва анастомоза после резекции желудка по поводу хронической осложненной язвы (9 пациентов). В этиологии пептической язвы играют роль многие факторы. Однако большинство авторов решающее значение придают действию активного желудочного сока на незащищенную слизистую оболочку тонкой кишки. "Нет больше сомнений — пептические язвы образуются только при наличии свободной соляной кислоты. Они часты, если кислотность повышена, они редки, если кислотность низкая, их не бывает никогда при ахилии" (С.С. Юдин). У всех обследованных больных с желудочно-толстокишечными свищами после резекции желудка количество общей соляной кислоты колебалось от 20 до 45 единиц. У 2 пациентов причиной образования свищей был рак толстой кишки, у 4 — пенетрирующая доброкачественная язва желудка, у 2 — язвенный колит, у 1 — дивертикулит селезеночного изгиба толстой кишки.

Следует отметить, что несмотря на все более широкое применение в хирургии эндоскопических исследований, в том числе колоноскопии, рентгенологический метод не утратил своего значения при исследовании патологии толстой кишки по следующим причинам: 1) колоноскопия пока является привилегией крупных клиник; 2) проведение её сопряжено с целым рядом трудностей, длительностью процедуры, вынужденным положением больного, которое нередко неприемлемо для тяжело больных и пожилых людей; 3) не все отделы толстой кишки подлежат детальному эндоскопическому исследованию и 4) не могут быть исследованы околокишечные изменения и функциональные расстройства при эндоскопии. Вместе с тем, рентгенологический метод является доступным, безопасным, достаточно точным и надежным.

Наиболее эффективным способом в диагностике желудочно-толсто-тонкокишечных свищей является методически правильно проведенное пероральное введение контрастного вещества с исследованием желудочно-кишечного тракта на всем протяжении. В методике рентгенологического исследования больного при клиническом подозрении свища, важным является исследование больного с резецированным желудком и без оператив-

ного вмешательства, тугое заполнение всей культи резецированного желудка или полное заполнение желудка неоперированного, так как свищевой канал может располагаться в верхнем отделе желудка. Обязательным является многоосевое исследование больного в горизонтальном положении.

При отрицательных результатах перорального рентгенологического исследования больного с клиническим подозрением на наличие свища в виде неприятного запаха изо рта, рвоты с каловым запахом, боли после приема пищи, проводили исследование толстой кишки методом ирригоскопии. Эта методика является необходимой и эффективной при наличии так называемых “клапанных” желудочно-толстокишечных свищей.

Результаты. Желудочно-толстокишечные и желудочно-тонкокишечные свищи в 85% выявлялись при пероральном приеме контрастного вещества и локализовались главным образом в дистальном отделе поперечной ободочной кишки и в области селезеночного угла толстой кишки. Длина желудочно-кишечного свища достигала 2-5 см. Диаметр внутреннего отверстия в желудке и кишке колебался от нескольких миллиметров до двух сантиметров. Рентгенологическое исследование при пероральном исследовании позволяло диагностировать наличие свища, его локализацию, протяженность и диаметр. При наличии желудочно-тонкокишечного свища это исследование позволяло оценить состояние петель тонкой кишки, их деформацию, сужение просвета, смещение, что свидетельствовало о наличии спаечного процесса с клиническими его проявлениями.

Рентгеноскопическое исследование целесообразно начинать с перорального введения воднобариевой взвеси. После приема 2-3 глотков контрастного вещества в желудке определяется высокий столб секреторной жидкости, складки слизистой оболочки утолщенные, извитые (признак “раздраженного желудка”). При внимательном анализе рентгенограммы и при рентгеноскопии от опытного глаза рентгенолога не может ускользнуть наличие незначительных пятен контрастного вещества снаружи от большой кривизны, расположенных выше горизонтального уровня бариевой взвеси в желудке — симптом “промокательной бумаги”. (рис. 1).

Выше описанный симптом позволял заподозрить наличие свищевое отверстие, для выявления которого необходимо тугое заполнение желудка (рис. 2) и исследование пациента в горизонтальном положении (рис. 3).

Методически правильно проведенное рентгенологическое исследование, как видно на рис. 2 и 3, позволило выявить наличие желудочно-толстокишечного свища, определить его локализацию, диаметр и длину.

Динамическое изучение пассажа бариевой взвеси позволило выявить заполнение поперечно-ободочной кишки, селезеночного угла и нисходящей кишки с выраженной гаустрацией (рис. 4), что дало основание сделать заключение о наличии желудочно-толстокишечного свища.



Рис. 1. Больной П, 38 лет. После приема первых порций контрастного вещества определяется повышенное содержание секреторной жидкости в желудке. Складки слизистой отечные, перестроены. Гастроэзофагальный рефлюкс. Кнаружи от большой кривизны, выше горизонтального уровня бариевой взвеси — следы контрастного вещества

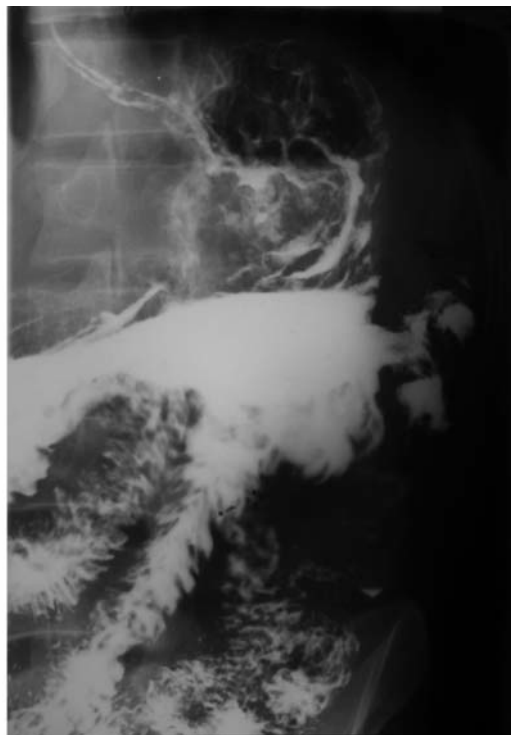


Рис. 2. Тот же больной. Через 20 мин поле дополнительного приема контрастного вещества. По большой кривизне отмечается наличие свищевое канала диаметром 1,2 см, длиной 2 см и поступление бариевой взвеси в поперечно-ободочную кишку и селезеночный угол

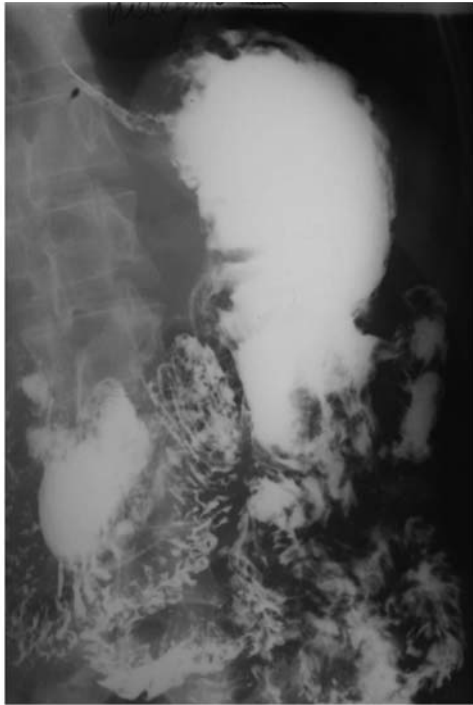


Рис. 3. Тот же больной. Исследование в горизонтальном положении. Хорошо виден свищевой канал и поступление контрастного вещества в толстую кишку



Рис. 4. Тот же больной. Через 1 час 40 минут отмечается дальнейшее заполнение бариевой взвесью толстой кишки с выраженной гаустрацией

Одновременно с этим, динамическое изучение пассажа бариевой взвеси дает возможность оценить взаимоотношение свища не только с петлями толстой кишки, но и рядом расположенными петлями тонкой кишки, которые, как видно на рис. 4, представляются деформированными, что свидетельствует о явлениях перивисцерита.

Главная задача после обнаружения свища заключается также в определении скорости пассажа контрастного вещества по кишке, обнаружении его задержки и уровня ее. Получение подобной информации имеет большое значение для планирования хирургического вмешательства, при котором необходимо ликвидировать не только свищ, но и те возможные перегибы, деформации кишки за счет спаечного процесса, а возможно и воспалительного инфильтрата.

У 3 пациентов при клинических проявлениях таких как каловый запах изо рта, рвоты с неприятным запахом, болей после приема пищи, характерных для желудочно-толстокишечного свища, при пероральном введении контрастного вещества он выявлен не был. Этим больным была проведена ирригоскопия.

Ирригоскопическое исследование толстой кишки позволило у этих больных выявить наличие “клапанного” желудочно-кишечного свища, при котором содержимое толстой кишки проникало в желудок, оперированный или неоперированный. Такие свищи не диагностировались при пероральном приеме контрастного вещества. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта при пероральном приеме бариевой взвеси оказывается неэффективным в выявлении желудочно-толстокишечного свища при так называемых “клапанных” свищах, когда “заслонка” прикрывает свищ со стороны желудка. В этих случаях выявление свища может быть только при ирригоскопии

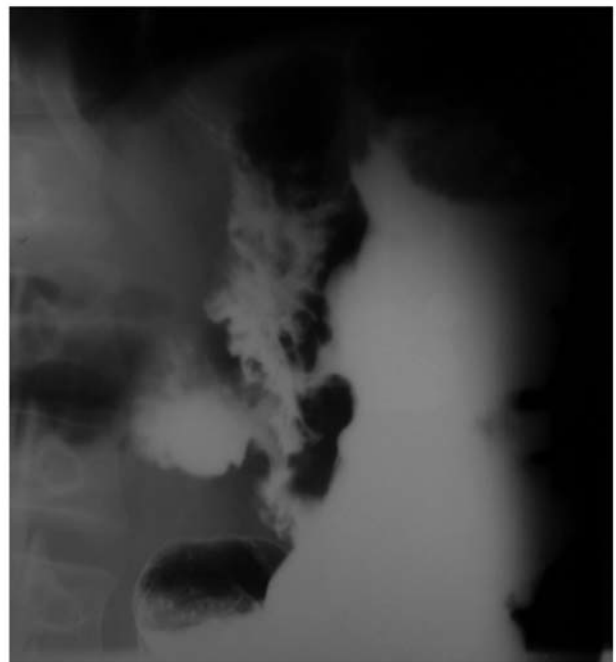


Рис. 5. Больной Т., 42 года. Состояние после субтотальной резекции желудка. При ирригоскопии отмечается поступление контрастного вещества через свищевой канал в области гастроэнтероанастомоза в культю резецированного желудка и отводящую кишку. Длина канала 2 см, ширина — 1 см. “Клапанный” свищ.

(рис. 5).

Как видно на рис. 5, у больного диагностирован “клапанный” свищ. На операции у этого пациента выявлена пептическая язва в области анастомоза, которая явилась причиной формирования фистулы.

Образование желудочно-кишечного свища может быть обусловлено пенетрирующей язвой в полый орган, в том числе и в толстую кишку, и при неоперированном желудке. Об этом свидетельствует выявленный нами “клапанный” свищ у больного при



Рис. 6. Больной Д., 36 лет. При ирригоскопии отмечается поступление и заполнение желудка бариевой взвесью через свищевой канал, соединяющий дистальный отдел поперечно-ободочной кишки с верхней третью тела желудка. “Клапанный” свищ.

ирригоскопии (рис. 6).

На рис. 6 четко виден свищевой канал длиной 2 см, диаметром 0,8 см между желудком и дистальным отделом поперечно-ободочной кишки, который не выявлялся при пероральном приеме контрастного вещества. Клинические симптомы были характерны для желудочно-ободочного свища, позволили заподозрить “клапанный” свищ и провести ирригоскопию.

Заключение. Частота желудочно-тонко-толстокишечных свищей, осложняющих течение постгастрорезекционных пептических язв и других заболеваний колеблется, по данным ряда авторов, от 3,7 до 8 % [1, 5, 6]. Однако одной из причин затрудняющих их диагностику является недостаточная осведомленность рентгенологов об этой патологии и неполное применение методических приемов при

рентгенологическом исследовании этих больных.

Цель настоящей работы — показать возможности существующих и применяемых нами специальных методов исследования, обеспечивающих своевременную эффективную диагностику этого грозного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Бершаденко Д.Д., Лычковский Р.М. Диагностика желудочно-тонко-толстокишечных свищей, осложняющих постгастрорезекционные язвы тощей кишки // *Анналы хирургии.* — 2006. — № 6. — С. 76-78
2. Бершаденко Д.Д., Лычковский Р.М., Тугаринов А.И. Этиопатогенез и клиника желудочно-тонко-толстокишечных свищей при постгастрорезекционной язве тощей кишки // *Анналы хирургии.* — 2001. — № 4. — С. 64-66
3. Бусалов А.А. Агастральная астенция // *Хирургия.* — 1989. — №1. — С. 52-57
4. Иванов В.В., Бершаденко Д.Д. О классификации желудочно-тонко-толстокишечных свищей и некоторых понятиях, связанных с их развитием // *Анналы хирургии.* — 2001. — № 4. — С. 61-64
5. Крадинов А.И. актуальные вопросы диагностики оперированного желудка по данным лучевых методов исследования // *Променева діагностика, променева терапія.* — 2001. — №2. — С. 3-10
6. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта // *М. Медицина.* — 1986. — с. 140
7. Саенко В.Ф., Дикусаров А.В. и др. Рецидивы язвы после селективной проксимальной ваготомии. 10летние результаты // XVI съезд хирургов Украинской ССР. — Киев. — 1988. — С 183.
8. Самсонов М.А., Лоранская Т.Н., Несчертов А.П. Постгастрорезекционные синдромы // *Хирургия.* — 1986. — С.52-57
9. Хазанов А.И., Джанашия Е.А., Некрасова Н.Н. Причины смерти и смертность при заболеваниях органов пищеварения в Российской Федерации и европейских странах // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* — 1996. — № 1. — С. 14-18.

РЕЗЮМЕ. Проблема шлунково-кишкової патології є однією з найактуальніших в сучасній медицині. Нами обстежені 250 хворих, що оперувалися з приводу виразкової хвороби шлунку і ДПК, поліпозу і раку шлунку. У 18 осіб з цих пацієнтів діагностовані шлунково-кишкові свищі. У 85% свищі виявлялися при пероральному прийомі контрастної речовини. Розроблена методика рентгенологічного обстеження хворих з підозрою на наявність шлунково-кишкових свищів.

Ключові слова: рентгенодіагностика, шлунково-кишкові свищі, виразкова хвороба.

RESUME. A problem of gastroenteric pathology is one of most actual in modern medicine. We examined 250 patients, operated concerning ulcerous illness of stomach and duodenum, polyposis and cancer of stomach. For 18 persons from these patients gastroenteric fistulas are diagnosed. At 85% fistulas was educed at the peroral reception of contrasting substance. Methodology of roentgenologic inspection of patients with suspicion in the presence of gastroenteric fistulas is worked out.

Key words: roentgendiagnostic, gastroenteric fistulas, peptic