

УДК 616.342-002.44-007.271-07

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЯЗВЕННЫХ СТЕНОЗОВ

А.А. Призенцов, Ю.П. Шпаковский

Гомельский государственный медицинский университет,
Гомельская городская клиническая больница №3

Произведено ультразвуковое исследование желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки у 38 больных язвенным пилородуоденальным стенозом. Выявлен критерий дифференциальной диагностики различных форм стеноза.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стеноз, ультразвуковая диагностика.

ULTRASONIC SCANNING IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF VARIOUS FORMS OF ULCERAL STENOSIS

A. Prisentsov, Y.P. Shpakovski

The ultrasonic scanning of the stomach and initial parts of the duodenum at 38 patients with ulceral pyloroduodenal stenosis is made. The criterion of differential diagnostics of the various forms of the stenosis is revealed.

Key words: peptic ulcer, stenosis, ultrasonic scanning.

Введение

Общепринятая классификация подразделяет язвенной стеноз на компенсированный, суб- и декомпенсированный [3,5], однако такая градация не отражает всех клинических и патоморфологических его проявлений. Субстратом стеноза является сочетание периульцерозной инфильтрации и рубцевания. Анализ клинических данных, результатов комплексного обследования больных и сопоставление их с данными интраоперационной ревизии пилоробульбарной зоны и данными гистологического исследования операционных препаратов позволили нам выделить 3 основных формы стеноза: инфильтративную, инфильтративно-рубцовую и рубцовую [1]. Учет этих форм необходим для аргументированного выбора оптимальной хирургической тактики. При выявлении преобладающей инфильтрации помимо общепринятых мер в предоперационную подготовку необходимо включать противоязвенное лечение, на фоне которого инфильтративный компонент

купируется, что обеспечивает оптимальные условия для операции [1].

Материалы и методы

Эндоскопическое и рентгенологическое исследования не позволяют в полной мере диагностировать инфильтративный компонент, выявляя, как правило, такой косвенный его признак, как активный язвенный процесс в сочетании с нарушением эвакуации. Для получения дополнительной информации к эндоскопическому и рентгенологическому методам мы производили ультразвуковое исследование желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки [2, 4]. Исследование выполняется натощак. За 10—15 мин до него больному дают внутрь 600—800 мл дегазированного изотонического раствора хлорида натрия. После этого производится ультразвуковое сканирование пилородуоденальной зоны. Необходимо использовать аппарат ультразвуковой диагностики с широким диапазоном рабочей частоты датчиков (3,5—7,5 МГц). Пациент обследуется в двух основных положениях: лежа на спине и правом боку. Для лучшей визуализации

может применяться положение лежа на левом боку, сидя прямо или с наклоном вперед, стоя. Наилучшая визуализация достигается в момент прохождения контраста (дегазированный раствор) по участку стеноза. Особое внимание нами уделялось изучению непосредственного места сужения, оценивалась его протяженность, наружный и внутренний диаметр, толщина и экзогенность стенки кишки, вовлеченность в процесс близлежащих органов. Наиболее важным критерием, характеризующим

инфильтративный процесс, является утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза, что определяется в миллиметрах по ширине ее гипоехогенной инфильтрации.

Результаты и обсуждение

Нами по данной методике обследованы 38 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом. Выявленные признаки в зависимости от формы стеноза представлены в табл. 1.

Таблица 1

Выявленные при ультразвуковом исследовании желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки признаки в зависимости от формы стеноза

Признак	Форма стеноза			Риск ошибки
	Инфильтративный стеноз (n=11)	Инфильтративно-рубцовый стеноз (n=13)	Рубцовый стеноз (n=14)	
Увеличение желудка, абс./ (%)	8 (72,7%)	12 (92,3%)	12 (85,7%)	p>0,05* p>0,05**
Ослабление перистальтики, абс./ (%)	2 (18,2%)	6 (46,2%)	3 (21,4%)	p>0,05* p>0,05**
Толщина стенок антрального отдела желудка, мм	5,2±0,3	4,9±0,2	5,0±0,3	p>0,05* p>0,05**
Толщина стенок луковицы ДПК, мм	6,9±0,3	6,0±0,3	3,1±0,2	p>0,05* p<0,001**
Ширина просвета луковицы ДПК, мм	8,7±1,0	8±0,8	11,1±0,8	p>0,05* p>0,05**

Примечание. * — достоверность при сравнении инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм. ** — достоверность при сравнении инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм с рубцовой формой.

У 11 больных была инфильтративная, у 13 инфильтративно-рубцовая и у 14 рубцовая формы. Все больные были в последующем оперированы, что позволило сопоставить данные ультразвукового исследования и интраоперационные находки. Достоверных различий в частоте увеличения желудка, ослаблении перистальтики, толщине стенок антрального отдела желудка выявлено не было. Для характеристики непосредственно зоны стеноза использовались 2 признака — ширина просвета луковицы двенадцатиперстной кишки и толщина стенки луковицы

двенадцатиперстной кишки. В ширине просвета при различных патоморфологических формах статистической достоверности выявлено не было. В качестве дифференциально - диагностического критерия нами была избрана толщина стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в месте наибольшего сужения, определяемая по ширине гипоехогенной инфильтрации стенки. Этот показатель в норме не превышает 2—2,5 мм. На рисунке показано утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза до 9,9 мм.



Рис. Ультрасонограмма луковицы двенадцатиперстной кишки.

У больных с инфильтративной формой пилородуоденального стеноза толщина стенки при ультразвуковом сканировании составила $6,9 \pm 0,3$ мм (при минимуме 6,0 и максимуме 9,5 мм), при инфильтративно-рубцовой — $6,1 \pm 0,3$ мм (при минимуме 4,7 и максимуме 8,3 мм), при рубцовой — $3,1 \pm 0,2$ мм (при минимуме 2,0 и максимуме 4,0 мм). Толщина стенки луковицы двенадцатиперстной кишки была достоверно больше у больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами, чем у больных с рубцовой формой ($p < 0,001$). Достоверных различий по этому показателю при сравнении инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм не было. Из полученных результатов следует, что при толщине стенки луковицы двенадцатиперстной кишки более 5 мм можно говорить о преимущественно инфильтративной патоморфологической форме стеноза. Данная методика существенно дополняет общепринятое инструментальное исследование и позволяет в большей мере индивидуализировать выбор оптимальной лечебной тактики у больных,

минимизировать объем оперативного пособия до органосохраняющих вмешательств, и тем самым снизить его непосредственный риск и обеспечить высокое качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Выводы

1. Для дифференциальной диагностики различных форм стеноза в общепринятое обследование следует включать ультразвуковое исследование выходного отдела желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки.

2. Наиболее важным признаком, выявляемым на УЗИ, является гипозоногенная инфильтрация стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза.

3. Утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки более 5 мм свидетельствует о преимущественно инфильтративной форме стеноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобанков В.М., Призенцов А.А., Слизко С.И. Клинико-морфологическая классификация язвенных пилородуоденальных стенозов // Актуальные проблемы медицины: Сборник научных статей. Вып. 4. — Гомель, 2003. — С. 152—153.

2. Михайлова Н.А. Влияние типов нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка на течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... к.м.н. — Минск, 2002. — 20 с.

3. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза. // Хирургия. — 2003 — №2. — С.18—21.

4. Пиманов С.И., Шиленок А.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. / Методические рекомендации. — Минск, 1996. — 29 с.

5. Mulholland M.W. Peptical ulcer disease. Digestive tract surgery.-Ed. Bar L.H., Rikkers L.F., Mulholland M.W. — Lippencot-Raven. — 1996. — P. 188—190.

УДК 612.171.7+616.711]-007-053.1-053.1-073.48-073.75

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОМПОНЕНТОВ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

А.М. Юрковский

Гомельская городская детская поликлиника №1
Гомельский государственный медицинский университет

Проанализированы данные эхокардиографических исследований 22 пациентов (от 7 до 14 лет) с диспластическими изменениями компонентов позвоночного столба. Отмечена высокая частота малых аномалий развития сердца у детей данной группы (95,5%). Наиболее часто выявлялись аномальные (диагональные) трабекулы, причем в 1/3 случаев множественные. Проплап митрального клапана диагностирован в 40,9% случаев и, как правило, сочетался с микроаномалиями хорд. Сопоставление результатов эхокардиографических и данных рентгенологических исследований выявили наличие взаимосвязи между некоторыми диспластическими изменениями компонентов позвоночника и малыми аномалиями развития сердца. Высокая частота малых аномалий сердца у детей с диспластическими изменениями позвоночника может свидетельствовать о значении соединительно-тканной дисплазии в генезе развития этих состояний и позволяет предполагать наличие единых механизмов их развития.

Ключевые слова: малые аномалии развития сердца, диспластические изменения компонентов позвоночного столба, соединительно-тканная дисплазия.

THE ECHO-CARDIOGRAPHY AND RENTGENOLOGY PARALLELS OF THE MINOR CARDIAE ANOMALIES AND DYSPLASIA OF THE SPINE

Yurkovskiy A.M.

The data of the echocardiographycal examination of 22 patients (from 7 to 14 years old) with dysplasia of the spine are analysed. High frequency of minor cardiaes anomalies among the patients of this group is noted (95,5%). Diagonal trabeculae are the most frequent among minor cardiac anomalies (68%), moreover in 1/3 of the cases multiple diagonal trabeculae are noted. Mitral valve prolaps is diagnosed in 40,9% of cases, as a rule with abnormal chordae fixation. The connection between some dysplasia of the spine and some minor cardiac anomalies development are revealed. Hitg incidence of minor cardiac anomalies in children with displasia of the spine may prove the role of connective tissue dysplasia in genesis of this state and suppose common mechanisms of these states development.

Key words: minor cardiaes anomalies, dysplasia of the spine, connective tissue dysplasia.