

Тотиков З.В. ©

К.м.н., доцент, кафедра хирургических болезней №2,  
Северо-Осетинская государственная медицинская академия

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗЕ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

### *Аннотация*

*Представлен анализ результатов использования и эффективности обзорной рентгенографии брюшной полости при диагностике острой обтурационной толстокишечной непроходимости. А также рентгенологические критерии прогноза течения непроходимости на фоне декомпрессионной терапии. Обзорная рентгенография брюшной полости является высокоэффективным способом диагностики острой обтурационной толстокишечной непроходимости, позволяет прогнозировать ее развитие на фоне декомпрессионной терапии.*

**Ключевые слова:** обзорная рентгенография брюшной полости, толстокишечная непроходимость.

**Keywords:** radiography of abdominal cavity, large bowel obstruction.

**Актуальность.** Диагностика обтурационного нарушения проходимости толстой кишки, несмотря на выраженность клинических признаков и высокую эффективность современных диагностических методов представляет определенные трудности [3,6,7,8,9,10,11,12]. Рентгенологическое обследование больных с подозрением на толстокишечную непроходимость, по мнению многих авторов, является обязательным методом исследования [1,5,6,7,8,10,11,12]. Высокая эффективность обзорной рентгенографии брюшной полости подтверждена работами большинства хирургов [1,6,8,12]. В то же время, по мнению целого ряда авторов, информативность данного метода исследования не столь высока, у 25-30% больных рентгенологические методы исследования не позволяют установить точный диагноз и прогнозировать течение непроходимости. [2,4,5].

**Цель исследования.** Разработать рентгенологические критерии прогноза развития острой обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне декомпрессионной терапии.

**Материалы и методы.** Исследование основано на изучении обзорных рентгенограмм брюшной полости 524 больных раком толстой кишки осложненной непроходимостью. Этот метод нами использовался не только для диагностики, но и для контроля за динамикой развития непроходимости на фоне декомпрессионной терапии.

С целью наблюдения за эффективностью терапии, направленной на разрешение острой кишечной непроходимости, контрольные обзорные рентгенографии были произведены у 396 больных дважды, у 73 - трижды, у 38 - четырежды и у 17 - пять раз. Более двух исследований мы, как правило, производили только на ранних этапах работы или при отказе больного от оперативного вмешательства.

В результате ретроспективного изучения обзорных рентгенограмм брюшной полости и производимых в процессе исследования у больных с острыми формами обтурационной толстокишечной непроходимости и сопоставления полученных данных с динамикой развития непроходимости на фоне декомпрессионной терапии нами выявлена прямая связь между результатами этой терапии и динамикой уменьшения объема жидкости и газа на рентгенограммах. Что позволило разработать способ прогнозирования исхода декомпрессионной терапии у больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Суть способа заключается в том, что при поступлении больному производится обзорная рентгенография брюшной полости, после установления наличия непроходимости толстой кишки в течение 6 часов проводится декомпрессионная и корректирующая терапия, за тем выполняется контрольная обзорная рентгенография брюшной полости. Производимые снимки должны быть одинакового размера. За тем сравниваются площади газа на снимках. Уменьшение площади газа над уровнями жидкости более чем на 30% является прогностическим признаком разрешения непроходимости. Уменьшение площади газа над уровнями жидкости менее чем 30% указывало на то, что можно только временно приостановить развитие непроходимости. Увеличение площади газа над уровнями жидкости свидетельствует о неэффективности проводимой декомпрессионной терапии, несмотря иногда даже на улучшение общего состояния и частичное отхождение кишечного содержимого на фоне корректирующей терапии. Для определения объема газа над жидкостью (на рентгенограммах площади газа над жидкостью) мы в начале исследования использовали специальное приспособление, состоящее из прозрачной пластины, расчерченной квадратами размером 1x1 см. Устройство накладывается на рентгенограмму, замеряется площадь газа над жидкостью и сравнивается с размерами площади на контрольных рентгенограммах. В последние годы для определения площади газа над уровнями жидкости и сравнительной оценки используется специальная компьютерная программа, для этого рентгенологическое изображение выводилось на экран компьютера, курсором обводился газ над уровнями жидкости, проводился подсчет его площади с последующим сохранением результатов в базе данных. В соответствии с этими прогностическими критериями определяется и длительность предоперационной подготовки.

**Результаты.** С помощью обзорная рентгенография органов брюшной полости удалось диагностировать острую толстокишечную непроходимость у 479(91,4%) больных. У всех этих больных выявлены уровни жидкости или выраженный пневматоз кишечника. У остальных 45(8,6%) больных с клиникой острой кишечной непроходимости на обзорных рентгенограммах брюшной полости имелось только скопление газа в толстой кишке, что не позволяло с уверенностью подтвердить предполагаемый диагноз.

Из 479 больных с рентгенологическими признаками механического нарушения проходимости толстой кишки, у 427(89,2%) одновременно имелись уровни жидкости и газа в просвете кишечника, а у 52(10,8%) только выраженный пневматоз.

У 352 (67,1%) больных на рентгенограммах выявлены только признаки толстокишечной непроходимости, у остальных 172(32,9%) - толсто-тонкокишечной непроходимости.

Толсто-тонкокишечная непроходимость наиболее часто встречалась с локализацией опухоли в восходящем отделе ободочной кишки (у 50,4% больных), приблизительно одинаково (30,8% и 34,3%) у больных с опухолями поперечной ободочной кишки и нисходящего отдела. При раке сигмовидной и прямой кишок у 18,4% и 16,8% соответственно.

Несколько эффективней обзорная рентгенография брюшной полости была при диагностике острой кишечной непроходимости у больных с опухолями левых отделов ободочной кишки. Так, диагноз острого механического нарушения проходимости толстой кишки с помощью данного исследования был установлен у 87% больных с опухолями восходящего отдела, у всех пациентов с опухолями поперечной ободочной кишки, у 85,3% с опухолями нисходящей кишки, у 94,3% с опухолями сигмовидной кишки и 100% с опухолями прямой кишки.

Несмотря на высокую эффективность обзорной рентгенографии брюшной полости при диагностике толстокишечной непроходимости установить причину и четкую локализацию препятствия в толстой кишке с помощью данного метода исследования, как правило, не представлялось возможным. Только при резком вздутии проксимальных отделов толстой кишки и спавшихся дистальных отделов можно было (у 14,8% больных) предположить локализацию препятствия.

Обзорную рентгенографию брюшной полости при раке нисходящих отделов толстой кишки, осложненном острой непроходимостью мы использовали и для определения локализации правых отделов ободочной кишки при наложении прицельной двуствольной петлевой колостомы.

При изучении обзорных рентгенограмм, производимых в динамике у больных с острым обтурационным нарушением проходимости толстой кишки на фоне планомерно проводимой декомпрессионной терапии, нами выявлены объективные рентгенологические критерии прогнозирования исхода непроходимости. Так из 524 больных, которым производилась контрольная обзорная рентгенография брюшной полости после декомпрессионной терапии, через 4-6 часов, у 171 (32,6%) больного отмечено уменьшение уровней жидкости и объема газа над уровнями жидкости на 30% и более.

У этих больных в последующем на фоне проводимой терапии клинически и рентгенологически отмечена тенденция к разрешению непроходимости. При последующих исследованиях через каждые 6-8 часов уровни жидкости и объем газа над ними уменьшались в таких же пропорциях, и в течение 24 часов явления кишечной непроходимости исчезали у всех больных.

У 156 (29,7%) больных на повторных контрольных рентгенограммах, производимых через 4-6 часов, уровни жидкости и объем газа над ними под воздействием декомпрессионной терапии уменьшились менее чем на 30%, и как показали последующие контрольные рентгенограммы и клиническое течение, ни у одного из этих больных разрешить кишечную непроходимость не удалось. Наряду с этим, следует отметить, что, несмотря на то, что в первые сутки у 9 больных рентгенологическая картина не ухудшалась, клинические и лабораторные исследования показали нарастание метаболических нарушений и интоксикации после кратковременного улучшения самочувствия на фоне инфузионной терапии.

У 197 (37,7%) больных, несмотря на проводимую терапию, рентгенологическая картина непроходимости на всех контрольных исследованиях ухудшалась, хотя у части больных после клизм и слабительных отмечено отхождение кишечного содержимого и газа.

**Заключение:** Обзорная рентгенография брюшной полости является высокоэффективным способом диагностики острой обтурационной толстокишечной непроходимости, позволяет прогнозировать ее развитие на фоне декомпрессионной терапии и является объективным способом определения проекции правых отделов ободочной кишки. Последнее способствует более четкому и быстрому определению места для формирования проксимальной разгрузочной двуствольной петлевой колостомы через минидоступ.

### Литература

1. Бабаджанов Б.Р., Курьязов Б.Н. Хирургическая тактика при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. - Москва. - 2005. - С. 40.
2. Блохин В.Н., Кондратьев А.В., Панков С.М., Чумаков Р.Ю. Обтурационная кишечная непроходимость у больных раком прямой кишки. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. - Москва. - 2005. - С. 43.
3. Воробьев Г.И., Тотиков В.З. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки // Хирургия. - 1993. - № 4. - С. 47-52.
4. Даценко Б.М., Тамм Т.И., Бардюк А.Я. Возможности ранней диагностики и тактика лечения больных острой непроходимостью кишечника. - Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. - Москва. - 2005. - С. 44.
5. Захараш М.П., Захараш Ю.М., Стельмах А.И., Бекмурадов А.Р., Тарасюк Т.В. Перспективы ультразвуковой диагностики обтурационной непроходимости толстой кишки. - I съезд колопроктологов СНГ. - Ташкент. - 2009. - С. 364.
6. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С. Неотложная хирургия ободочной кишки. - М: Миклош. - 2009. - 95 с.
7. Слесаренко С.С., Федоров В.Э. Диагностика острой кишечной непроходимости, обусловленная опухолью толстой кишки. - Научная конференция с международным участием "Актуальные проблемы колопроктологии", посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тез. докл. - Москва. - 2005. - С. 291-293.
8. Тотиков В.З. Хирургическая тактика при обтурационном нарушении проходимости ободочной кишки // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - Москва. - 1993. - 34 с.

9. Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков З.В., Качмазов А.К., Джигоев С.А. Хирургическая тактика при раке прямой кишки, осложненном непроходимостью. // Колопроктология. – 2005. - №2(12). – С.36-39.
10. Тотиков В.З., Тотиков З.В. Рак прямой кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. // Владикавказ. – 2011. – 150 с.
11. Тотиков В.З., Тотиков З.В. Рак ободочной кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. // Владикавказ. – 2013. – 220 с.
12. Тотиков З.В. Пути улучшения результатов лечения больных раком прямой кишки, осложненным острой обтурационной толстокишечной непроходимостью // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Ростов-на-Дону. - 2009. - 21 с.