

Лучевая диагностика отграниченного перитонита при «прикрытых» перфорациях двенадцатиперстной кишки

М. А. Васильева*,^{1,2}, Е. А. Егорова¹

¹ ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития РФ

² Городская клиническая больница № 50, г. Москва

Beam diagnostics of the focal peritonitis at «covered» perforating duodenal ulcer

M. A. Vasil'eva, E. A. Egorova

Реферат

Данная статья посвящена результатам ультразвукового и компьютерно-томографического исследований пациентов с «прикрытой» перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, со стертыми клиническими проявлениями заболевания. Сравнительный анализ результатов лучевых методов исследования показал, что при прицельном ультразвуковом исследовании выявляется измененная двенадцатиперстная кишка, жидкость, инфильтрат за ее пределами и изменения синтопичных органов. В диагностике данной патологии мультиспиральная компьютерная томография является уточняющей методикой, позволяющей определить локализацию и размеры язвенного дефекта, подтвердить наличие перфорации, оценить распространенность отграниченного перитонита и состояние окружающих структур.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, компьютерная томография, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, отграниченный перитонит.

Abstract

This article discusses the results of ultrasound and multispiral computer tomography investigations of patients presenting with a «covered» perforating duodenal ulcer with muffled clinical signs of the disease. A comparative analysis of the results of radiological investigative methods showed that a targeted ultrasound examination identified a pathologically changed duodenum, fluid, and infiltrate beyond its borders as well as changes in the syntopic organs. A multispiral computer tomography provides clarification and details for diagnosing of the disease allowing to localize and determine the size of the ulcerating lesion, prove the presence of perforation, and conclude about the spread of focal peritonitis and condition of surrounding structures.

Key words: ultrasound, multispiral computer tomography, perforating duodenal ulcer, focal peritonitis.

* **Васильева Мария Александровна**, канд.мед.наук, заведующая отделением ультразвуковой диагностики ГКБ № 50, ассистент кафедры лучевой диагностики ГОУ ВПО «МГМСУ» Минздравсоцразвития РФ. Адрес: 125206, Москва, ул. Вучетича, д. 21, ГКБ № 50, отделение ультразвуковой диагностики. Тел.: +7-903-7636120; электронная почта: masha_vasilieva@mail.ru

Актуальность

Язвенная болезнь двенадцатиперстной (12-перстной) кишки – одно из наиболее распространенных заболеваний у лиц молодого трудоспособного возраста. По данным М. И. Кузина (2002), 8–12 % взрослого населения страдают язвенной болезнью, причем в России в последние годы наметилась тенденция к увеличению заболеваемости на 2,2–2,4 %.

Одно из наиболее грозных осложнений язвенной болезни 12-перстной кишки – перфорация язвы, которая представляет собой развитие сквозного дефекта в стенке желудка или кишки с выходом содержимого в свободную брюшную полость. Различают перфорации язвы «свободные» и «прикрытые».

При «прикрытой» перфорации отверстие на уровне язвы бывает obturировано соседним органом (большим сальником, печени, поджелудочной железой и т.д.), или прикрыто изнутри складкой слизистой оболочки, кусочком плотной пищи. Диагностика «прикрытых» перфораций, в отличие от «свободных», нередко вызывает трудности и требует комплексного клиничко-лучевого подхода.

Основной и наиболее доступный из инструментальных методов – ультразвуковое исследование (УЗИ), обладающее высокой информативностью при минимальных затратах времени и отсутствии лучевой нагрузки. Однако в условиях перитонита, сопровождающегося парезом кишечника, диагностические возможности УЗИ ограничены и клиницистам приходится использовать весь арсенал средств лучевой диагностики.

Цель: определить возможности УЗИ и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике «прикрытых» перфораций 12-перстной кишки.

Материалы и методы

Проанализированы результаты обследования 17 пациентов, поступивших в хирургический стационар в связи с усилением болевого синдрома в верхних отделах живота, при верифицированном обострении язвенной болезни 12-перстной кишки. Средний возраст составил $35,4 \pm 6,4$ года. После клинического осмотра выполнены лучевые исследования на:

- рентгеновских аппаратах TUR 800 (Германия);
- ультразвуковых сканерах B&K Medikal Howk (Дания), Falcon (Дания), iU-22 (Philips, Голландия) и Toshiba Aplio (Toshiba, Япония) с использованием конвексных датчиков для абдоминальных исследований 2,5–5 МГц и линейных датчиков 5–8 МГц;
- мультиспиральном компьютерном томографе Brilliance 64 (Philips, Голландия).

Результаты и их обсуждение

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости убедительных данных о наличии перфорации полых органов получено не было.

Рутинное УЗИ не выявило патологии паренхиматозных органов.

В связи с неясной клинической картиной было выполнено прицельное УЗИ зоны наибольшей болезненности, при котором отмечались утолщение стенок 12-перстной кишки, наличие за ее пределами свободной жидкости и выраженная аэроколия, обусловленная реактивным парезом кишечника (рис. 1, 2).

Кроме того, у 6 больных отмечалось утолщение стенок желчного пузыря и инфильтрация перипузырной клетчатки (рис. 3).

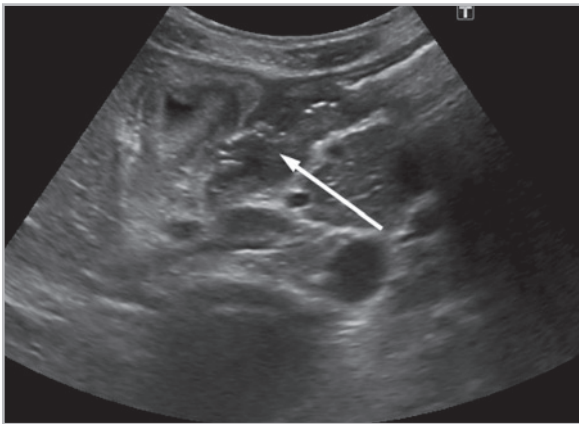


Рис. 1. На эхограмме визуализируется измененная 12-перстная кишка (стрелка) с утолщенными стенками

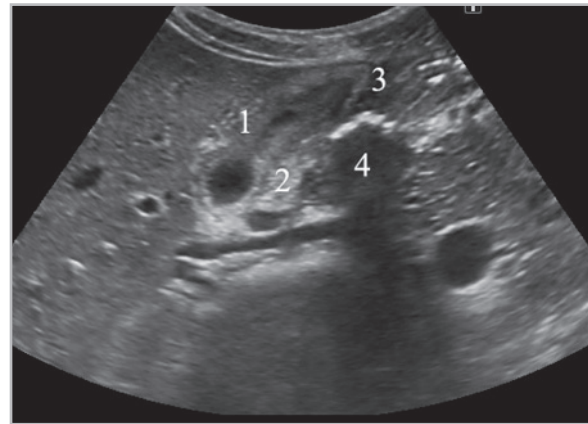


Рис. 3. На эхограмме отмечаются утолщенные стенки желчного пузыря (1), инфильтрация перипузырной клетчатки (2) и незначительное количество мутной жидкости (3) вокруг измененной 12-перстной кишки (4)

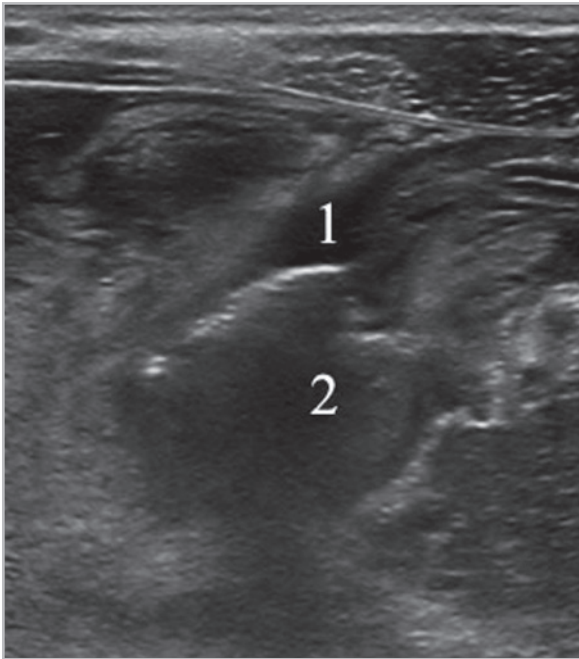


Рис. 2. На эхограмме определяется незначительное количество свободной жидкости (1) за пределами измененной 12-перстной кишки (2)

Данные УЗИ позволили высказать предположение о «прикрытой» перфорации 12-перстной кишки.

Для подтверждения ее наличия, определения размеров и локализации язвен-

ного дефекта и характера изменений синтопичных органов всем пациентам была выполнена МСКТ с пероральным контрастированием желудка и 12-перстной кишки (рис. 4, 5).

По результатам МСКТ достоверно подтверждались признаки «прикрытой» перфорации, что проявлялось выходом контрастного препарата и газа за пределы 12-перстной кишки (рис. 6, 7).

Выводы

1. Сопоставление данных прицельного УЗИ с клиническими проявлениями заболевания поможет выявить признаки «прикрытой» перфорации 12-перстной кишки.
2. При «прикрытых» перфорациях УЗИ является высокоинформативным методом диагностики инфильтратов и абсцессов брюшной полости.
3. МСКТ с более высокой точностью дает возможность определить локализацию и размеры язвенного

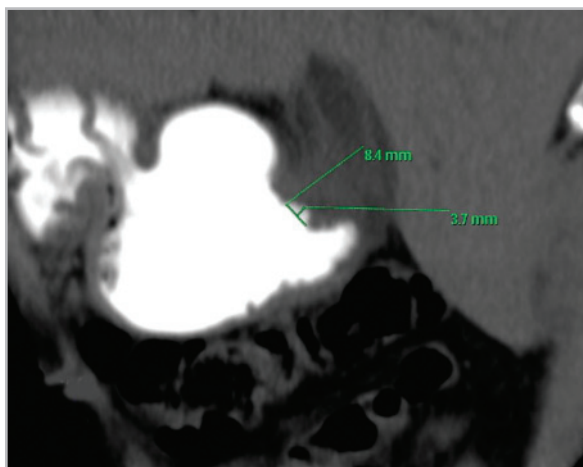


Рис. 4. Компьютерная томограмма брюшной полости пациента Ч. — на задней стенке 12-перстной кишки отмечается язвенная ниша размерами 3,7 × 8,4 мм, с нечеткими, размытыми, закругленными краями

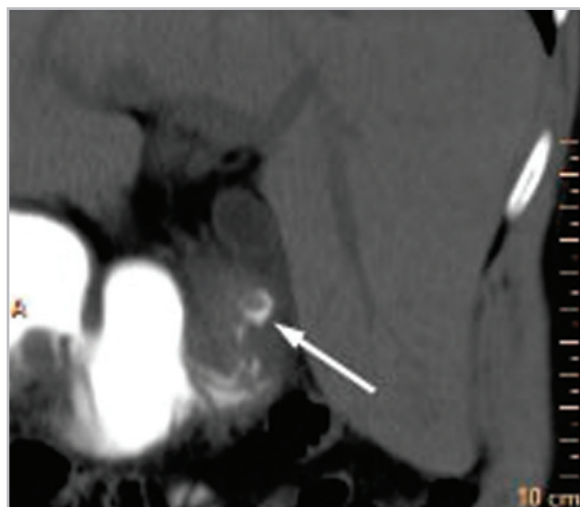


Рис. 6. Инфильтрат содержит высокоплотные включения (*стрелка*) — контрастное вещество, вышедшее за пределы стенки 12-перстной кишки

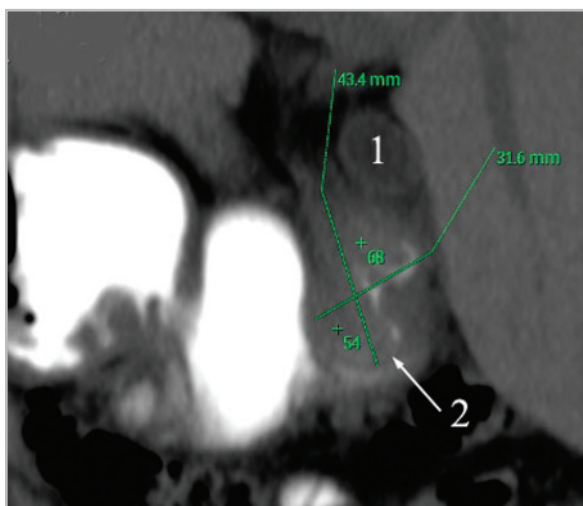


Рис. 5. У этого же пациента при компьютерной томографии отмечаются инфильтративные изменения перипузырной клетчатки (инфильтрат (2) размерами 43,4 × 31,6 мм, прилежащий к стенке желчного пузыря (1), граница между ними плохо дифференцируется)

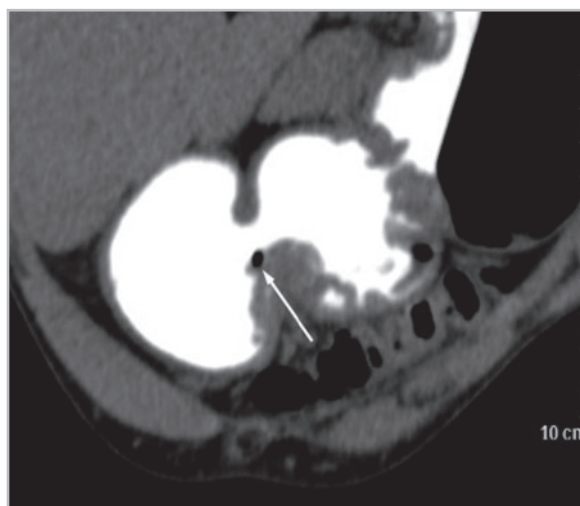


Рис. 7. Инфильтрат содержит пузырьки газа (*стрелка*)

дефекта, подтвердить наличие перфорации, оценить распространенность отграниченного перитонита и состояние синтопичных органов.

Список литературы

1. *Прокоп М., Галански М.* Спиральная и многослойная компьютерная томография. М.: МЕДпресс-Информ, 2009. 712 с.
2. *Кузин М. И., Шкроб О. С., Кузин Н. М. и др.* Хирургические болезни: Учеб. / Под ред. М. И. Кузина. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 784 с.
3. Перитонит: Практик. руководство. / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. М.: Литера, 2006. 208 с.