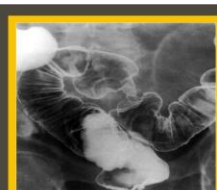
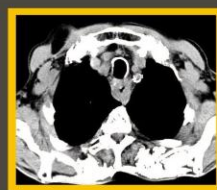


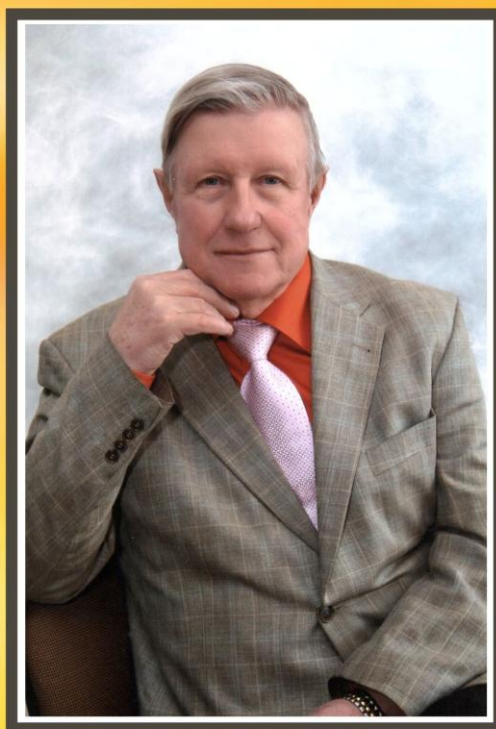
А.Н. Михайлов

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА

основных болезней
пищеварительного
тракта



Минск 2014



Академик **А.Н. Михайлов** является заведующим кафедрой
лучевой диагностики БелМАПО.

Известный ученый, внесший большой вклад в развитие
медицинской науки и обогативший ее трудами первостепенного
научного значения.

Его научные исследования охватывают широкий спектр
проблем кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии,
остеологии,
ангиологии, урологии
и других областей медицины.

Автор более 600 научных работ и 40 патентов на изобретения.

ISBN 978-985-499-672-1



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	3
Раздел I Глотка и пищевод.....	7
ГЛАВА 1. Анатомо-физиологические особенности глотки и пищевода. Методики рентгенологического исследования	8
1.1. Анатомо-физиологические особенности глотки и пищевода.....	8
1.2. Методики рентгенологического исследования пищевода.....	22
ГЛАВА 2. Функциональные заболевания пищевода.....	31
2.1. Дисфагия.....	33
2.2. Кардиоспазм.....	35
2.3. Халазия кардии.....	39
2.4. Дисфункция верхнего пищеводного сфинктера.....	41
2.5. Эзофагоспазм.....	43
2.6. Парез и паралич пищевода.....	48
ГЛАВА 3. Воспалительные заболевания пищевода.....	52
3.1. Эзофагиты.....	52
3.2. Язва пищевода.....	56
3.3. Гастроэзофагиальный рефлюкс с эзофагитом.....	62
ГЛАВА 4. Опухолевые заболевания пищевода.....	65
4.1. Доброкачественные опухоли пищевода.....	65
4.1.1. Лейомиома пищевода.....	65
4.1.2. Кисты пищевода.....	69
4.1.3. Невринома пищевода.....	71
4.1.4. Полипы пищевода.....	71
4.2. Рак пищевода.....	72
ГЛАВА 5. Дивертикулы, варикоз и ожоги пищевода.....	92
5.1. Дивертикулы пищевода.....	92
5.1.1. Глоточно-пищеводные дивертикулы (дивертикулы Ценкера).....	93
5.1.2. Бифуркационные дивертикулы.....	98
5.1.3. Эпифренальные дивертикулы.....	102
5.2. Варикоз пищевода.....	105
5.3. Ожоги пищевода.....	112

Раздел II Желудок	118
ГЛАВА 1. Анатомо-физиологические особенности желудка.	
Методики рентгенологического исследования.....	119
1.1. Анатомо-физиологические особенности желудка.....	119
1.2. Методики рентгенологического исследования.....	127
ГЛАВА 2. Воспалительные заболевания желудка	152
2.1. Хронический гастрит.....	152
2.2. Язвенная болезнь.....	172
ГЛАВА 3. Доброкачественные опухоли желудка	202
3.1. Эпителиальные опухоли желудка.....	202
3.2. Неэпителиальные опухоли желудка.....	216
3.2.1. Лейомиома желудка.....	217
3.2.2. Фиброма желудка.....	221
3.2.3. Невринома желудка.....	223
3.2.4. Липома желудка.....	224
3.2.5. Сосудистые опухоли желудка.....	225
3.2.6. Лимфома желудка.....	226
ГЛАВА 4. Рак желудка	228
Раздел III. Тонкая кишка	267
ГЛАВА 1. Анатомо-физиологические особенности тонкой кишки.	
Методики рентгенологического исследования.....	268
1.1. Анатомо-физиологические особенности тонкой кишки.....	268
1.1.1. Двенадцатиперстная кишка.....	269
1.1.2. Тощая и повздошная кишки.....	273
1.2. Методики рентгенологического исследования тонкой кишки.....	276
1.2.1. Классическая методика рентгенологического исследования.....	276
1.2.2. Методика трехкратной энтерографии.....	277
1.2.3. Методика релаксационной дуоденографии.....	279
1.2.4. Релаксационная зондовая дуоденография.....	280
1.2.5. Релаксационная пероральная энтерография.....	280
1.2.6. Релаксационная ретроградная илеоцекография.....	281
1.2.7. Релаксационная энтерография по А.Н. Михайлову.....	281
ГЛАВА 2. Болезни двенадцатиперстной кишки	282
2.1. Дискинезии 12-перстной кишки.....	282
2.2. Дуодениты.....	285

2.3. Дивертикулы 12-перстной кишки.....	288
2.4. Артерио-мезентеральная непроходимость.....	294
2.5. Опухоли 12-перстной кишки.....	295
2.5.1. Рак 12-перстной кишки.....	296
2.5.2. Доброкачественные опухоли 12-перстной кишки	299
2.6. Язвы 12-перстной кишки.....	300
ГЛАВА 3. Основные болезни тощей и повздошной кишок.....	304
3.1. Дискинезии тонкой кишки.....	304
3.2. Хронический энтерит.....	309
3.3. СПРУ.....	313
3.4. Болезнь Уиппла.....	315
3.5. Болезнь Крона.....	316
Раздел IV. Толстая кишка.....	319
ГЛАВА 1. Анатомо-физиологические исследования толстой кишки.	
Методики рентгенологического исследования.....	320
1.1. Анатомо-физиологические особенности толстой кишки.....	320
1.2. Методики рентгенологического исследования.....	327
1.2.1. Пероральное контрастирование толстой кишки.....	328
1.2.2. Ретроградное контрастирование толстой кишки.....	329
1.2.2.1 Ретроградное одномоментное двойное контрастирование.....	332
ГЛАВА 2. Колонодискинезии и синдром раздраженной толстой кишки.....	336
2.1. Колонодискинезии.....	336
2.2. Синдром раздраженной толстой кишки.....	341
ГЛАВА 3. Хронические колиты.....	350
3.1. Хронический неязвенный колит.....	350
3.2. Язвенный неспецифический колит.....	361
ГЛАВА 4. Колоректальный рак.....	379
ГЛАВА 5. Доброкачественные новообразования толстой кишки.....	389
ГЛАВА 6. Дивертикулярная болезнь толстой кишки.....	400
Литература.....	410
Содержание.....	422

А.Н. Михайлов

**РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА
ОСНОВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

Минск
«БелМАПО»
2014

УДК 616.329/34 – 073.75 (035)

ББК 53.6

М 69

Рекомендовано в качестве учебного пособия УМС Белорусской
медицинской академии последипломного образования.

Рецензенты: Белорусский государственный медицинский университет

В.С. Дударев – доктор мед. наук, ст. н. с. ГУ «РНПЦ
онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.
Александрова» МЗ Республики Беларусь

Михайлов А.Н.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОСНОВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПИЩЕВАРИ-
ТЕЛЬНОГО ТРАКТА (мультимедийное руковод-ство)../А.Н. Михайлов. – 2-е
изд., перераб. и доп. – Минск.: БелМАПО, 2014. – 425 с.: ил.

ISBN 978-985-499-672-1

Книга имеет четыре раздела: I – глотка и пищевод, II – желудок, III – тонкая кишка, IV– толстая кишка. В каждом разделе рассматриваются рентгенологические анатомо-физиологические особенности органов, технология их рентгенологического исследования, рентгенофункциональные и рентгеноморфологические признаки наиболее часто встречающихся в практике заболеваний. Разделы книги иллюстрированы схемами, таблицами, копиями рентгенограмм.

Предлагаемая книга необычная, это мультимедийное руководство, в котором применена самая простая и удобная модель запоминания, а именно материал представлен на нейтральном фоне в виде цветных слайдов, цвет которых посылает сигналы и мы внутренне реагируем на них. Каждый цвет вызывает определенную психо-физиологическую реакцию, оказывает влияние и на разум. Самые сильные и энергичные цвета – это красный, желтый и зеленый. Вот почему цвета этой части спектра пробуждают в человеке сосредоточенность, активность и целеустремленность.

Применяя различное сочетание цветов, можно заинтересовать читателя, а также способствовать запоминанию изложенного материала. Благодаря примененному языку цвета сокращается время овладения материалом по сравнению с традиционными пособиями.

Для слушателей курсов переподготовки и повышения квалификации по рентгенологии и лучевой диагностике. Книга будет полезна врачам общей практики, терапевтам, хирургам, гастроэнтерологам, проктологам и врачам других специальностей, использующим данные рентгенологических исследований для диагностики заболеваний пищеварительного тракта, а также студентам медицинских университетов.

УДК 616.329/34 – 073.75 (035)

ББК 53.6

ISBN 978-985-499-672-1

© Михайлов А.Н., 2014
Оформление БелМАПО

Предисловие

Болезни пищеварительного тракта – наиболее распространенные страдания человека. Их диагностикой и лечением занимаются врачи разных специальностей. Предложено множество способов распознавания болезней пищеварительного тракта, но они недостаточно стандартизированы и оптимизированы. Это обстоятельство не позволяет врачам в каждом случае правильно определить, какой метод или какое сочетание методов нужно использовать и, наконец, в какой последовательности их проводить. Я полностью уверен, что только специалист, хорошо знающий все методики исследования, возможные побочные последствия их применения и профилактику таких осложнений, имеет право выбора. При этом он должен учитывать не только преимущества каждой методики, но и особенности ее выполнения в каждом отдельном случае.

В диагностике болезней пищеварительного тракта рентгенологическое исследование является неотъемлемой частью современного клинического обследования больного и одним из основных источников сведений, необходимых для установления правильного диагноза. Различными методиками рентгенологического исследования можно точно определить особенности, локализацию и протяженность выявляемых патологических изменений в пищеводе, желудке и кишечнике, а также их изменения в процессе лечения.

Распознавание многих болезней пищеварительного тракта нередко сопряжено с большими трудностями, часто обуславливающими диагностические ошибки. Причинами ошибок бывают: неправильное толкование рентгенологических симптомов; неполное использование возможностей рентгенологических исследований, особенно сложных, из-за неопытности рентгенолога, противопоказаний к исследованию и тяжелого состояния больного. Наконец, существует предел у каждой методики рентгенологического исследования.

Обязательным условием повышения качества диагностики является анализ и формализация этапов, приемов и методов врачебного мышления. Успех диагностики болезней пищеварительного тракта зависит от многих факторов. Во-первых, рентгенолог должен хорошо знать рентгеноанатомические особенности органа и отличать его нормальное состояние от патологического. Во-вторых, ему необходимо владеть не только основными, но и специальными методиками рентгенологического исследования. В-третьих, в протоколе исследования следует правильно описывать рентгеновское изображение как пораженного органа в целом, так и патологического процесса в частности. В-четвертых, нужно так интерпретировать рентгенологические симптомы, чтобы все врачи, читающие заключение, поняли его

однозначно. В-пятых, рентгенологическое исследование больного должно вестись по пути клинической рентгенодиагностики с целью установления клинко-рентгенологического диагноза.

Эта книга в основном посвящена традиционным методам рентгенологического исследования пищеварительного тракта. В последние 20 лет периодическая печать заполнена публикациями, посвященными новым, модным и актуальным вопросам применения новейших методов лучевой диагностики, таких как ультрасонография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Между тем как подавляющее большинство рентгенологов в своей практической работе используют традиционные методы рентгенологического исследования, являющиеся базовыми, первичными в клинической диагностике различных заболеваний.

Дефицит литературы по вопросу ранней и своевременной диагностики заболеваний пищеварительного тракта является основной причиной недостаточной квалификации преподавателей и практических врачей, а следовательно, причиной недообследования больных, ошибочной и запущенной диагностики.

Предлагаемая книга необычная, это мультимедийное руководство, в котором применена самая простая и удобная модель запоминания, а именно материал представлен на нейтральном фоне в виде цветных слайдов, цвет которых посылает сигналы и мы внутренне реагируем на них. Каждый цвет вызывает определенную психо-физиологическую реакцию, оказывает влияние и на разум. Самые сильные и энергичные цвета – это красный, желтый и зеленый. Каждый цвет имеет свое назначение. Так, цвета красный и красно-оранжевой гаммы возбуждают и стимулируют запоминание текста или рисунка. Вот почему цвета этой части спектра пробуждают в человеке сосредоточенность, активность и целеустремленность. Желтый цвет привлекает внимание, этот цвет человек замечает первым из всех основных цветов спектра. Он всегда сигнализирует о чем-то новом, необычном, интересном. Темно-синий цвет считается деловым, профессиональным и т.д.

Применяя различное сочетание цветов, можно заинтересовать читателя, а также способствовать запоминанию изложенного материала. Благодаря примененному языку цвета сокращается время овладения материалом по сравнению с традиционными пособиями.

В книге представлены в основном собственные наблюдения. Но имеют место и заимствованные иллюстрации из некоторых монографий и научных статей ведущих ученых России, Литвы, Беларуси и др. стран, таких как Е.М. Каган, Л.Д. Линденбратен, Л.М. Портной, П.В. Власов, А.Н. Кишковский. Д.И. Тамулевичюте, J. Altaras, E. Hahn, J. Kiemann, A.M. Витенас и др.

Автор надеется, что настоящая книга, отражающая его многолетний опыт работы и современные сведения из мировой литературы, будет полезна читателям и, в первую очередь, врачам

рентгенологам, и позволит улучшить диагностику заболеваний, которым она посвящена. Автор будет весьма признателен за конструктивные предложения и критические замечания.

Лауреат Государственной премии,
академик Национальной академии
наук Беларуси, профессор
А.Н. Михайлов

Preface

Diseases of the digestive tract are the most common human sufferings. They are diagnosed and treated by physicians of different specialties. Many methods to recognize diseases of the digestive tract are proposed but they are not sufficiently standardized and optimized. This circumstance does not allow physicians to determine which method or combination of methods should be used in each case and, finally, the sequence in which to carry out them. I am fully convinced that only an expert who knows all the methods of investigation, the possible side effects of their use and the prevention of complications has the right to choose. He must take into account not only the advantages of each technique but features of their implementation in each case.

In the diagnosis of diseases of the digestive tract X-ray exam is an integral part of modern clinical examination of the patient and one of the main sources of information needed to establish the correct diagnosis. Various X-ray techniques can pinpoint particular location and extent of lesions detected in the esophagus, stomach and intestines, and their changes in the course of treatment.

Recognition of many diseases of the digestive tract is often associated with great difficulties, often stemming from diagnostic errors. The causes of errors are: incorrect interpretation of radiological symptoms, incomplete use of the capabilities of radiological investigations, particularly difficult because of the inexperience of radiologist, contraindications to the study and serious condition of the patient. Finally, there are the limitations of each X-ray technique.

Mandatory condition for improving the quality of diagnostics is the analysis and formalization of steps, techniques and ways of medical thinking. The success of the diagnosis diseases of the digestive tract depends on many factors. First, the radiologist should know roentgen-anatomical particularities of organ and differentiate its normal state from pathological one. Second, it is necessary to possess not only basic but special X-ray techniques. Third, X-ray images should be properly described in the protocol in regard to the affected organ as a whole and pathological process in particular. Fourth, it is necessary to interpret radiological symptoms the way that all doctors who read the conclusion understand it

clearly. Fifth, the X-ray examination should be kept on the path of clinical radiology in order to establish clinical and radiological diagnosis.

This book is mainly devoted to the traditional methods of X-ray examination of digestive tract. In the past 20 years the periodical press is full of publications devoted to the new, trendy and topical issues of the application of new methods of radiological diagnosis such as ultrasonography, CT and magnetic resonance imaging. Meanwhile, the vast majority of radiologists in their practical work are using traditional methods of X-rays, which are the basic and primary in the clinical diagnostics of various diseases.

The deficit of the literature on the early and timely diagnostics of diseases of the digestive tract is the main reason for the insufficient qualification of teachers and practitioners and therefore is the cause a incomplete examination of patient, erroneous and late diagnostics.

The present book is unusual, it's a **multimedia guide** that used the most simple and convenient model of memorization. That is material is presented on a neutral background in the form of color slides, color is sending signals and we react on them internally. Each color cause definite psycho-physiological response and has an effect on the mind as well. The most powerful and energetic colors are red, yellow and green. Each color has its own meaning. Thus, the red color and the red-orange range of colors excite and stimulate the memorization of the text or picture. That's why this part of the spectrum of colors evokes focus, activity and sense of purpose. The yellow color attracts attention, this color is the first which humans notice in the spectrum. It always signals about something new, unusual, interesting. Dark blue is considered a business, professional color, etc.

By using different combinations of colors you can interest the reader and promote memorization of the material. Through the use of color language the time to master material reduces compared to traditional textbooks.

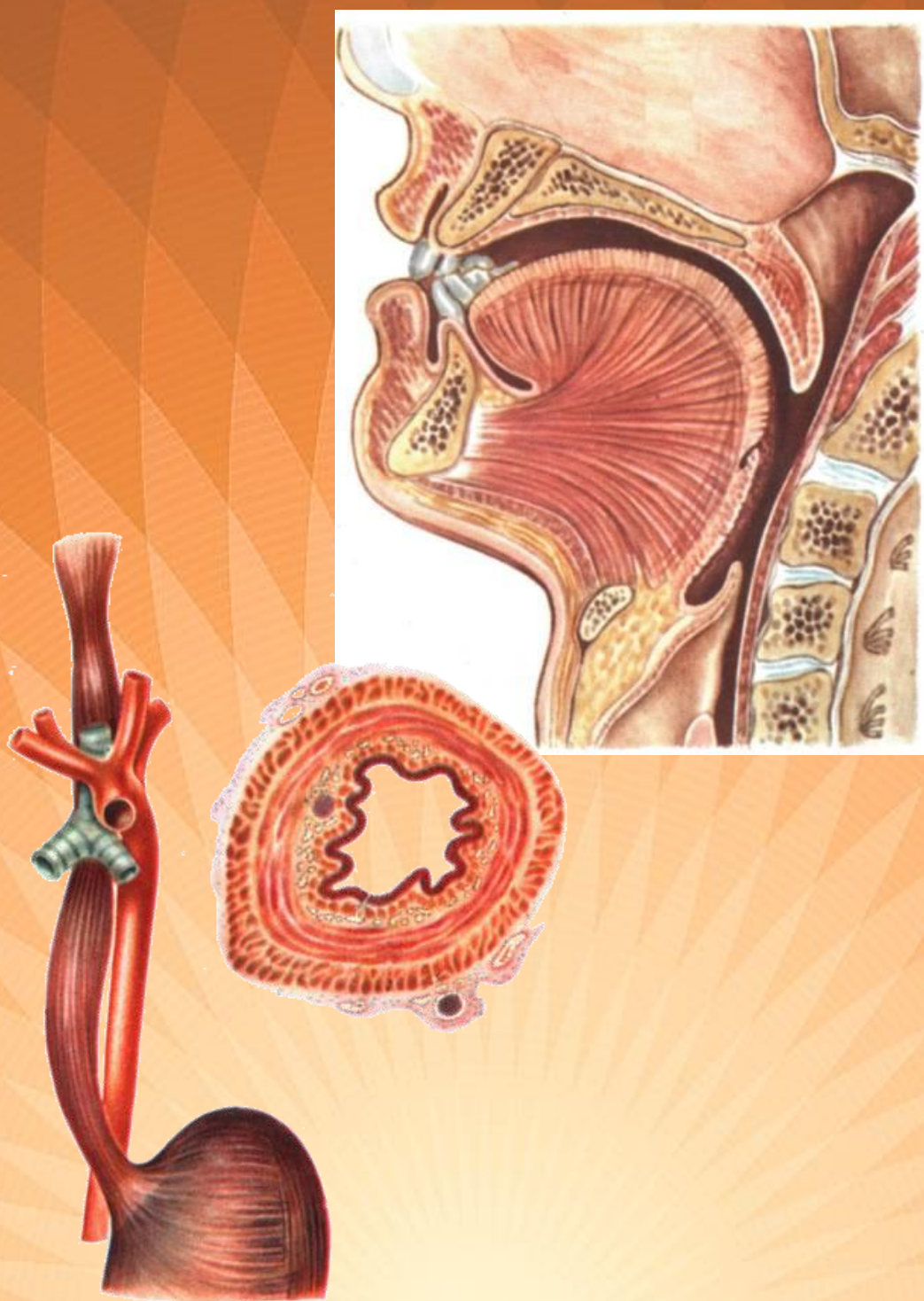
The book features mostly own observations. But there are some adopted illustration from monographs and scientific articles of leading scientists from Russia, Lithuania, Belarus and other countries such as E.M. Kagan, L.D. Lindenbraten, L.M. Portnoj, P.V. Vlasov, A.N. Kishkovsky, D.I. Tamulevichyute, J. Altaras, E. Hahn, J. Kiemann, A.M. Vitenas, etc.

The author hopes that this book, reflecting his many years of experience and current information from the world literature, will be useful to readers, in the first place to radiologists and will allow improving diagnostics of diseases to which it is dedicated. The author should be very grateful about constructive suggestions and criticisms.

Laureate of the State Prize,
academician of the National
Academy of Sciences of Belarus,
professor A. Mikhailov

Раздел I

ГЛОТКА И ПИЩЕВОД



Глава 1

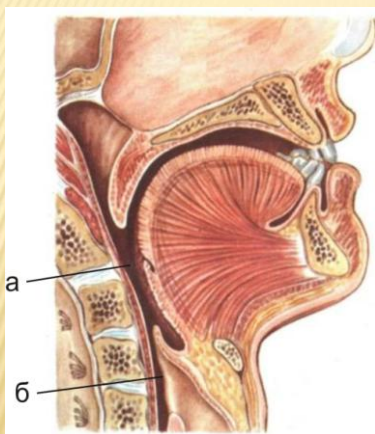
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА. МЕТОДИКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА.

Сведения по анатомии и физиологии глотки и пищевода крайне необходимы всем специалистам, занимающимся вопросами диагностики и лечения заболеваний указанных органов.

Недостаточное знание нормальной, топографической и рентгенологической анатомии глотки и пищевода является одной из причин диагностических ошибок, которые в отдельных случаях приводят к необоснованным оперативным вмешательствам и могут явиться причиной и ятрогенных заболеваний.

ГЛОТКА

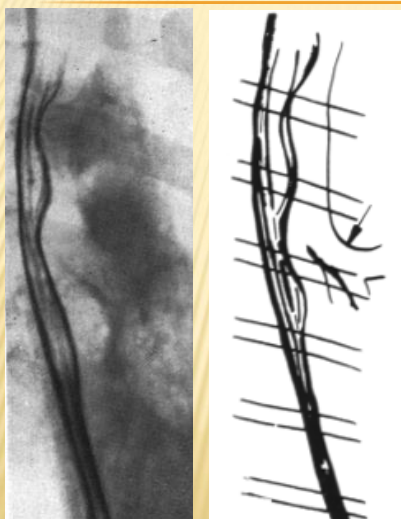


Глотка представляет собой воронкообразную сплюснутую в переднезаднем направлении трубку длиной 12-15 см, расположенную между полостью рта и пищеводом.

Начинаясь расширенной частью у основания черепа и постепенно суживаясь, она на уровне VI шейного позвонка переходит в пищевод.

Части глотки: а — ротовая; б — гортанная.

РЕНТГЕНОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА



Переходы между суженными и расширенными участками пищевода плавные, закругленные. После прохождения комка бариевой взвеси стенки пищевода спадаются, контуры их уплощаются, формируется рельеф слизистой оболочки в виде 2—4 параллельно идущих продольных складок шириной около 2 мм.

1.2. МЕТОДИКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Показаниями к рентгенологическому исследованию пищевода служат: дисфагия; инородное тело пищевода; кровотечение; болевой или компрессионный медиастинальный синдром; поражение органов средостения; необходимость оценки состояния медиастинальных лимфатических узлов.

Особых противопоказаний к рентгенологическому исследованию пищевода нет.

ПЕРВЫЙ ЭТАП ИССЛЕДОВАНИЯ

Первый этап рентгенологического исследования — это обзорная рентгеноскопия органов грудной и брюшной полостей. Оценивается состояние срединной сердечно-сосудистой тени, позвоночника, хрящей гортани, легочных полей и плевры, диафрагмы и газового пузыря желудка.

Глава 2

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА (K22.0+K22.4)

Функциональные заболевания пищевода часто встречаются во врачебной практике

Нарушения функции пищевода связываются с расстройствами прежде всего нервно-рефлекторных механизмов акта глотания.

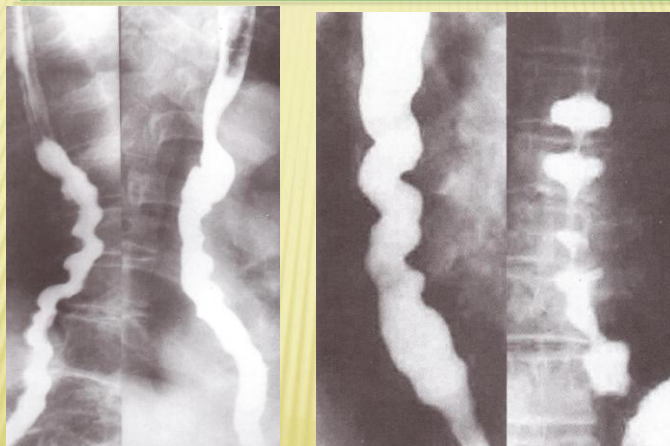
В одних случаях возникает поражение блуждающего нерва, в других — нервных сплетений вокруг пищевода под влиянием интоксикаций или инфекций.

ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Расстройства двигательной функции (дискинезии) пищевода чаще отражают общий, а не органический невроз. Наблюдаются при заболеваниях других органов, а иногда являются начальным проявлением органического заболевания.

Дискинезия пищевода сопровождается нарушением тонуса и перистальтики; гипотонией пищевода или его спазмами в виде разнообразных спастических деформаций (наподобие штопора, четок, пилы, бус и др.), антиперистальтическими сокращениями и др.

ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА



В различные фазы исследования видны множественные спастические сокращения с дивертикулообразными расширениями

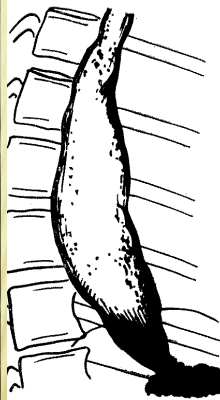
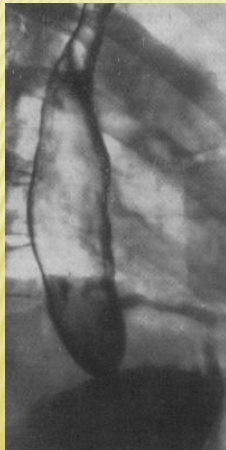
2.1. ДИСФАГИЯ (R13)

Дисфагия — общее название расстройств глотания органической или функциональной природы. Для выявления этиологической принадлежности синдрома дисфагии необходимо проводить комплексное обследование, включающее тщательный опрос, рентгенологическое исследование пассажа бария по пищеводу при глотании, эзофагоскопию и манометрию органа.

ДИСФАГИЯ

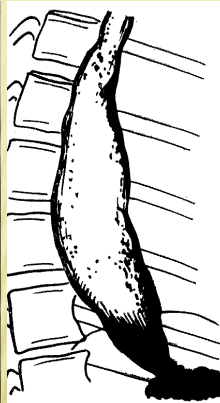
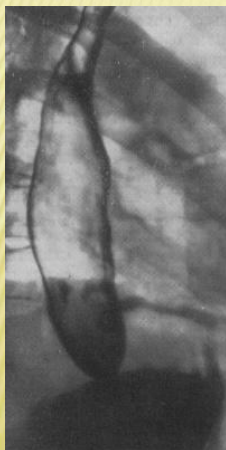
Выделяют ротоглоточную и глоточно-пищеводную дисфагии. Они характеризуются нарушением поступления пищи в пищевод и сопровождаются забросом в полость носа или рта пищи с форсированным разбрызгиванием ее изо рта. Больной давится, брызжет слюной, кашляет. Возможна аспирация содержимого ротоглотки в верхнюю часть трахеи с развитием аспирационной пневмонии.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПАРАЛИЧА И ПЕРЕЗА ПИЩЕВОДА



Рентгенологическое исследование с приемом контрастного вещества выявляет расслабление тонуса мускулатуры глотки с длительным заполнением грушевидных синусов и валлекул бариевой взвесью, зияние устья, гипотонию мышц пищевода в нижнем его отрезке, неспадение стенок

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПАРАЛИЧА И ПЕРЕЗА ПИЩЕВОДА



Из-за расслабления и зияния кардии наступает регургитация контрастного вещества из желудка. Часто это состояние сопровождают грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

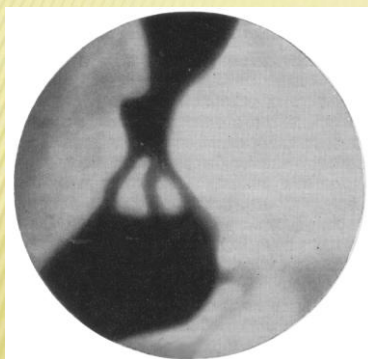
РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПАРАЛИЧА И ПЕРЕЗА ПИЩЕВОДА



Для пареза пищевода характерны также другие симптомы:

- расширение просвета его более 3 см,
- задержка контраста не менее 7-10 мин,
- картина «бариевого столба» высотой 3-15 см,
- симптом аэроэзофагита в течение 1-3 мин после эвакуации контраста,

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА



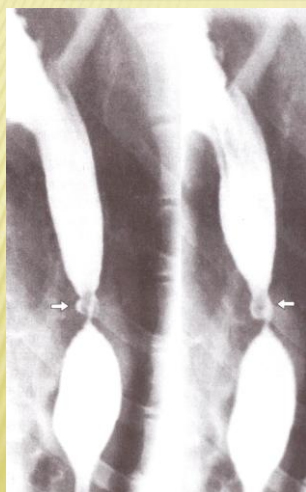
Конвергенция складок к нише непостоянна, велико значение сохранности складок вблизи язвы. Как правило, имеет место сопутствующий язве спазм противоположной стенки или дистального отдела пищевода. Выше язвы может определяться супрастенотическое расширение просвета пищевода.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА



Язву почти всегда сопровождают признаки гиперкинезии пищевода и рефлюкс-эзофагита и очень часто — хиатальная грыжа.

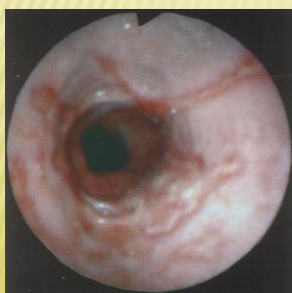
ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА



Язву, которая располагается в дистальном отделе пищевода над грыжей, называют язвой Квинке, язву мешка грыжи — язвой Кея, а язву ворот грыжи — язвой-«всадником» («сидящей верхом» язвой).

Классификация ГЭРБ по Savary-Miller

Степень тяжести ГЭР	Состояние слизистой оболочки пищевода
I степень	Единичные эрозии, занимающие менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода
II степень	Эрозии сливные, занимают до 50% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода
III степень	Циркулярно расположенные сливные эрозии занимают практически всю поверхность слизистой оболочки дистального отдела пищевода
IV степень	Пептические язвы и стриктуры пищевода, развитие цилиндрической метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Барретта)



СТАДИИ ГЭР

Кроме того, выделяют стадии ГЭР:

стадия А характеризуется лишь умеренной гиперемией слизистой оболочки;

стадия Б — образование видимых дефектов (эрозий) с наложением фибрина.



СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ГЭР

Для выявления гастроэзофагиального рефлюкса больному предлагают в вертикальном положении выпить порцию контрастной массы и после эвакуации бария сульфата из пищевода в желудок занять горизонтальное положение. При наличии ГЭР барий возвращается в пищевод.

Глава 4

ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА (Д 13.0 – Д 13.1 + С 15.0 – С 16.0)

4.1. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА (Д.13)

К доброкачественным опухолям пищевода относятся лейомиомы, полипы, кисты и др.

Они встречаются сравнительно редко и составляют не более 1% опухолей этого органа.

Причем они наблюдаются в 10 раз реже чем злокачественные.

4.1.1 ЛЕЙОМИОМА ПИЩЕВОДА

Среди доброкачественных опухолей пищевода ведущее место принадлежит лейомиоме: почти 70 % случаев. Лейомиома возникает из гладких мышечных волокон пищевода.

Выделяют 3 типа лейомиом:

- 1) солитарно-нодозные;
- 2) множественно-нодулярные;
- 3) диффузный лейомиоматоз.

Локализуются лейомиомы в основном в нижней трети пищевода.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА

Рентгенологическими проявлениями такой «ранней» карциномы пищевода бывают:

- 1) дискинезия пищевода,
- 2) легкая ригидность стенки пищевода,
- 3) наличие неровного контура его,
- 4) мелкие округлые дефекты рельефа слизистой оболочки,
- 5) исчезновение одной из складок на небольшом участке,
- 6) внутрипросветные полиповидные образования,
- 7) неравномерное утолщение стенки пищевода,
- 8) узловатый рельеф слизистой,
- 9) сужение дистального отдела пищевода

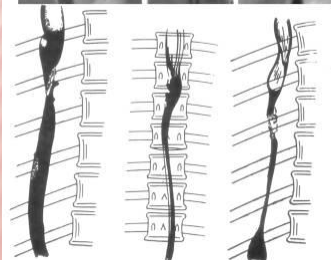
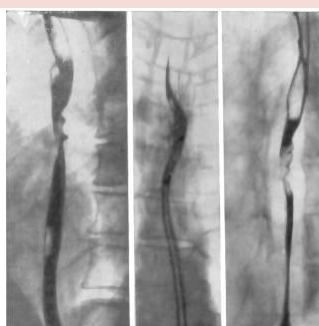
РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА

Одним из первых и ранних *симптомов рака* пищевода *является дискинезия*, обусловленная раздражением интрамурального нервного сплетения.

С развитием опухоли органический компонент начинает преобладать над функциональным.

Имеют место разрушения слизистой оболочки в виде:

- беспорядочного расположения и обрыва складок слизистой;
- контуры пищевода неровные и изъеденные;
- наличие мелких дефектов наполнения и изъязвления.



РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА

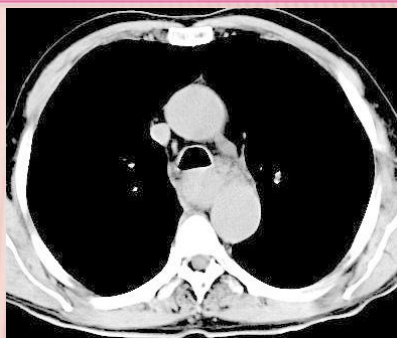
Раковое поражение ограниченного участка верхней трети пищевода:

- неровность,
- изъеденность контуров,
- плоские едва заметные дефекты наполнения,
- разрушенный рельеф слизистой оболочки,
- изъязвление слизистой оболочки.

РКТ - ДИАГНОСТИКА

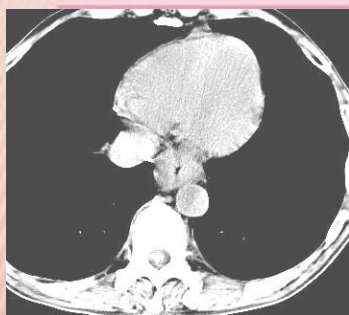


3. Рак верхней трети пищевода.
Циркулярное утолщение стенки
пищевода с сохранением
просвета.



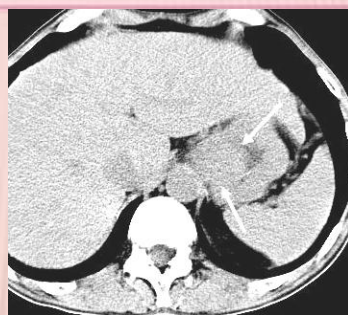
4. Рак средней трети пищевода.
Просвет не выявляется. Имеется
вдавнение мембранозной стенки
трахеи.

РКТ - ДИАГНОСТИКА



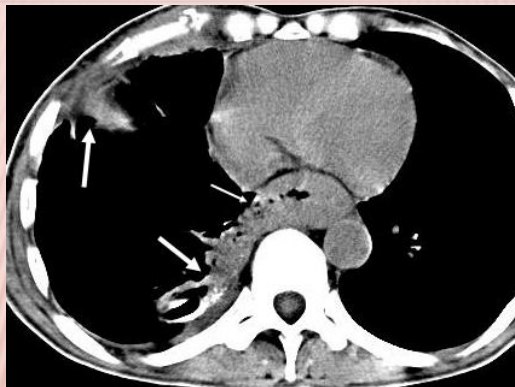
5. Кардио - эзофагиальный рак.

а - Циркулярно утолщена стенка пищевода в нижней трети.



б - В зоне кардии желудка узлообразный компонент опухоли (стрелки).

РКТ - ДИАГНОСТИКА



6. Рак пищевода с перфорацией. Место перфорации –
маленькая стрелка. Вторичные воспалительные
изменения в правом легком – большие стрелки.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА



Рентгенологический метод исследования позволяет быстро и точно определить место локализации дивертикула, его форму и размеры. Рентгенологическое исследование может достоверно выявить не только большие дивертикулы (более 2 см), но и маленькие (менее 0,5 см) вплоть до интрамуральных микродивертикулов.

Б-ой М-ко, 40 лет.
Бифуркационный дивертикул

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА

Как правило, дивертикул средней трети пищевода в зоне бифуркации трахеи — это конусообразное или округлое выпячивание его стенок, чаще передней или левой. Контуры дивертикула четкие, ровные, стенки эластичные. Независимо от количества попавшей в дивертикул бариевой взвеси она образует в нем горизонтальный уровень.



Б-ой Ф-ко,
37 лет.
Бифуркационный дивертикул

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА



Бифуркационные ДП имеют широкий вход и хорошо контрастируются.

Асцендентные и тракционные формы ДП требуют контрастирования в горизонтальном положении тела. Изредка дивертикулы имеют шейку и типичный симптом "воротничка" слизистой оболочки.

Б-ой Т-ч, 58 лет. Б-я К-ая, 50 лет.
Бифуркационные дивертикулы

ОЖОГ ЩЕЛОЧАМИ

При ожоге щелочами (каустик, стиральная или каустическая сода, нашатырный спирт, негашеная известь, силикатный клей и др.) происходят дегидратация и разрыхление тканей пищевода. Это позволяет щелочам проникать в стенку пищевода значительно глубже, чем кислотам, что ведет к образованию обширных некрозов. Общее резорбтивное действие при отравлении щелочами сравнительно невелико. Характерно появление метаболического алкалоза.

СТЕПЕНИ ОЖОГА

Принято различать 3 степени ожога пищевода по V.Lesoine (1965):

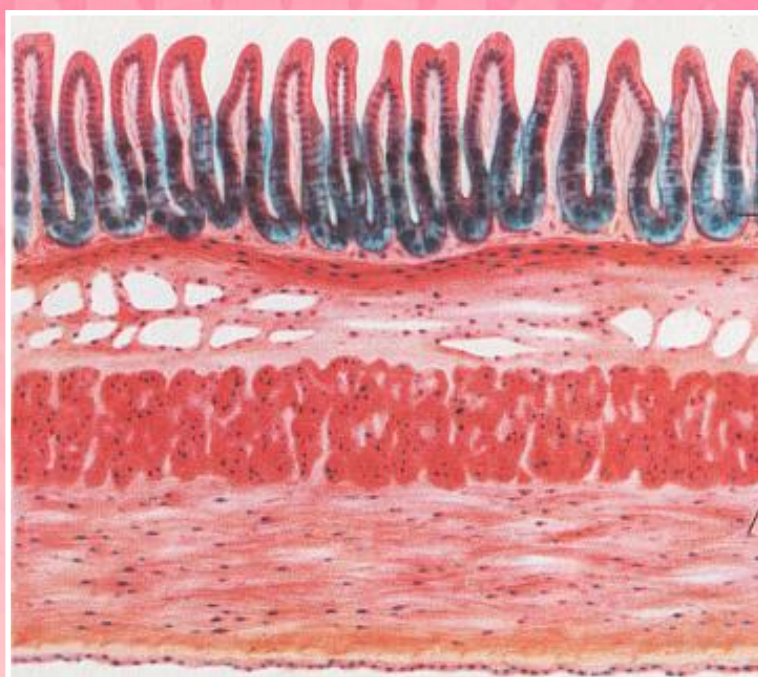
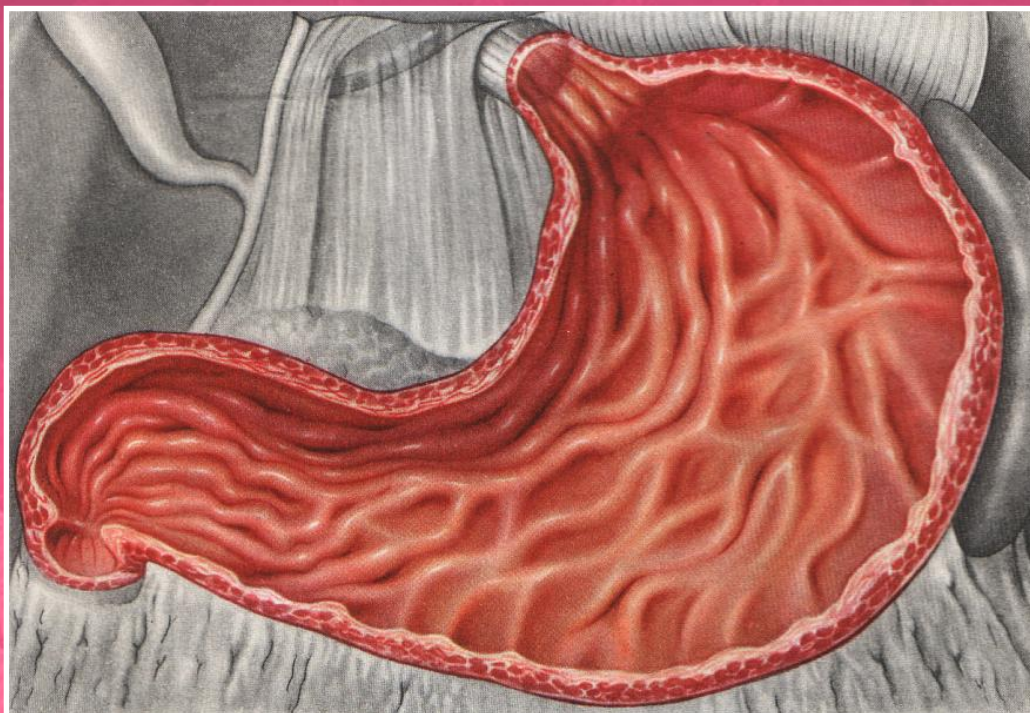
- I. Поражение слизистой оболочки (поверхностный ожог);
- II. Поражение пищевода до мышечной оболочки включительно (глубокий ожог);
- III. Поражение всех оболочек и параэзофагеальной клетчатки (ранний перфоративный ожог).

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ



Раздел II

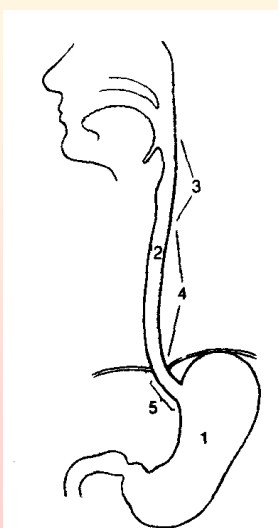
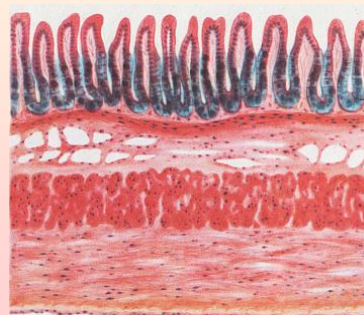
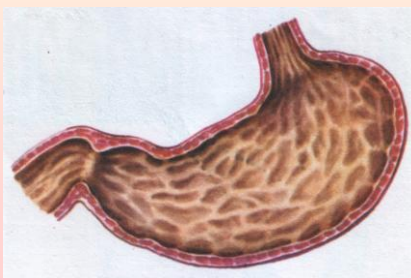
ЖЕЛУДОК



Глава 1

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДКА. МЕТОДИКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

1.1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДКА.



Желудок — наиболее расширенная часть пищеварительного тракта. Он расположен между пищеводом и 12-перстной кишкой, обеспечивает накопление пищи, частичное ее переваривание и всасывание.

Пищевод и желудок (схема)

- 1-желудок;
- 2-пищевод;
- 3-шейная часть пищевода;
- 4-грудная часть пищевода;
- 5-брюшная часть пищевода.

Глава 2

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА (K25.0 – K25.9 + K29.3 – K29.5)

2.1. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ (K29.3-K29.5)

Хронический гастрит — хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, характеризующееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия (при прогрессирующем течении), кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и инкреторной функций желудка.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ (ХГ)

Заболевание широко распространено, встречается более чем у половины всего взрослого населения, но только 10-15% лиц, имеющих хронический гастрит, обращаются к врачу. На долю хронического гастрита приходится 85% всех заболеваний желудка и 35% всех заболеваний пищеварительного тракта.

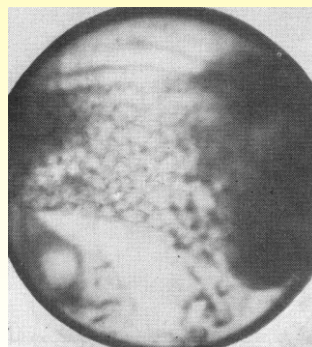
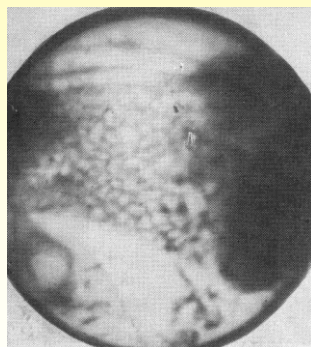
РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХГ ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОРЕЛЬЕФА

По данным В. С. Пручанского (1978), при поверхностном гастрите у 90,5% больных рентгенологически выявляется нежный неравномерный рисунок ареол неправильно-округлой или полигональной формы, имеющих в поперечнике 1-3 мм (в норме 0,5-1 мм) и отграниченных друг от друга очень тонкими бороздками с контрастным веществом.

РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХГ ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОРЕЛЬЕФА

Хронический гастрит с поражением желез без атрофии у 77,4% больных характеризуется равномерным зернистым рисунком, который обуславливается более выраженной высотой округлых или овальных по форме ареол размерами от 2-3 до 5 мм, расположенных иногда в виде частокола.

РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХГ ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОРЕЛЬЕФА



Если на рентгенограммах зернистого рельефа выявляются ареолы более 3 мм (вплоть до 5 мм),

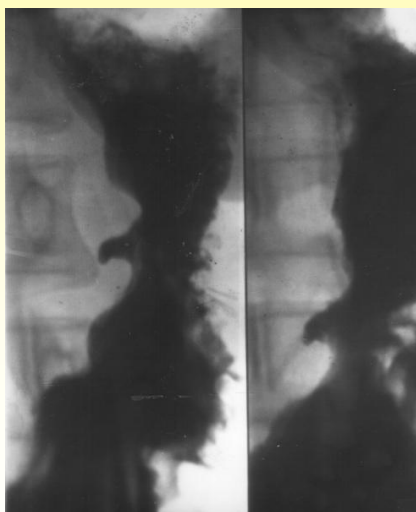
это соответствует патологической картине более выраженного гастрита.

ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ВАЛ

Второй важный морфологический симптом язвы — окружающий ее инфильтративный вал.

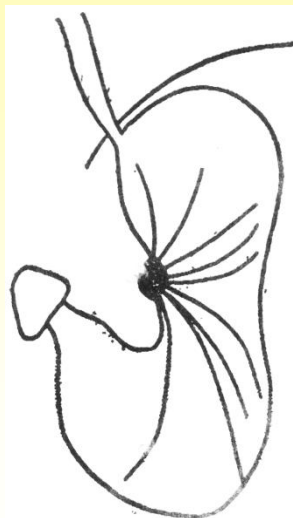
Основу вала составляют три компонента: локальный спазм мускулатуры стенки желудка, воспалительный процесс и склеротические изменения, от выраженности которых, а также от формы язвы и проекционных условий, зависит характер рентгенологического изображения вала.

ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ВАЛ НА КОНТУРЕ



При выведении язвы на контур стенки желудка инфильтративный вал дает два симметричных дефекта наполнения выше и ниже язвы. Дозированная компрессия зоны язвы обеспечивает получение симптома «воротничка» — светлой полосы, отделяющей нишу от полосы желудка.

КОНВЕРГЕНЦИЯ СКЛАДОК СЛИЗИСТОЙ



Третий морфологически довольно частый признак язвы — конвергенция к ней складок слизистой оболочки желудка, т. е. изменение обычного направления складок, характеризующееся схождением, сближением их к участку изъязвления.

Глава 3

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА (Д 13.1)

Доброкачественные опухоли желудка относятся к малосимптомным болезням, встречаются у людей разного пола и возраста и составляют около 4 – 10% всех опухолей желудка. Различают эпителиальные (полипы, папиломы и аденомы) и неэпителиальные опухоли (лейомиомы, фибромы, липомы, невриномы, сосудистые опухоли и др.).

3.1. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Из доброкачественных эпителиальных опухолей самые распространенные – полипы. Термин «полип» – клинко-анатомическое понятие. Он обозначает истинную доброкачественную опухоль слизистой оболочки, которая связана с оболочкой широким основанием или ножкой.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЛИПОВ

Внешний вид полипов разнообразен и зависит от формы головки и основания.

Во время гастроскопии определяются цилиндрические, полушаровидные или шаровидные выпухания слизистой оболочки, подвижные относительно стенок желудка.

В 10% случаев основание полипа вытягивается и образует узкую или широкую ножку.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭП



Гиперпластический полип на передней стенке нижней трети тела желудка. Отмечается формирование утолщенной ножки за счет дубликатуры неизмененной слизистой.



Гиперпластический полип в области угла на передней стенке желудка.

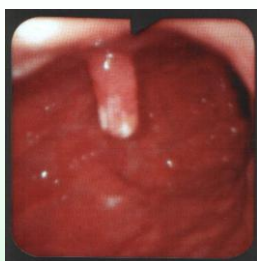


Гиперпластический полип кардии (1,0 см) на широком основании.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭП



Гиперпластический полип передней стенки нижней трети желудка на ножке.



Гиперпластический полип цилиндрической формы на малой кривизне средней трети тела желудка.

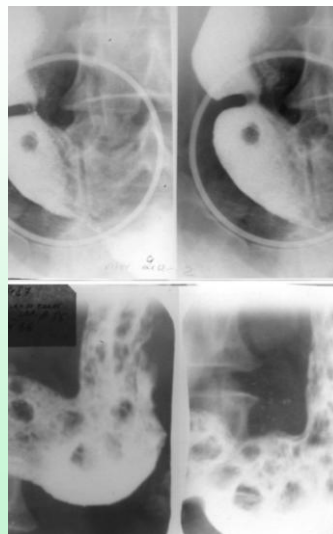


Более четко видна поверхность полипа с фибринозным налетом на верхушке.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЭП

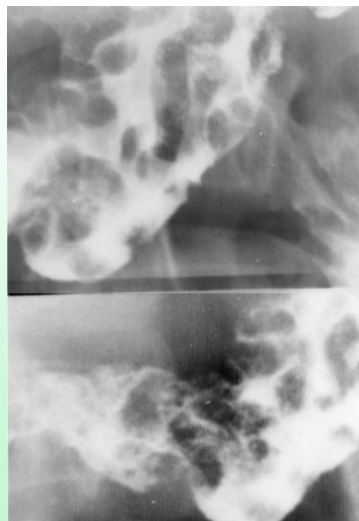
2. Полипы образуют одиночные или множественные, чаще округлые или овальные, с четкими контурами дефекты наполнения.

В зоне полипов стенки желудка эластичные. Перистальтика не нарушается.

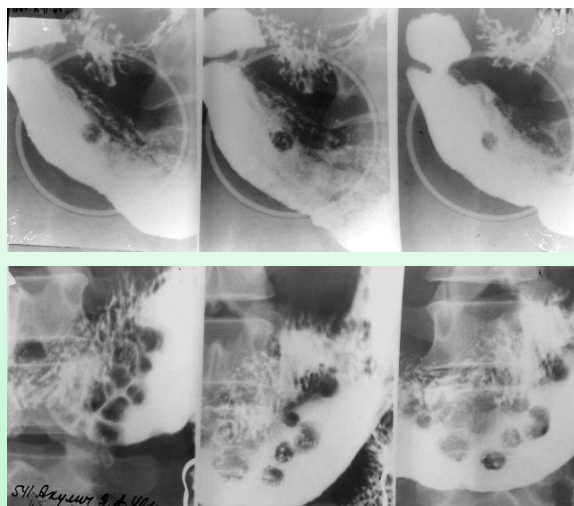


РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЭП

3. Иногда встречаются и дольчатые полипы с фестончатыми краями и сетчатым рисунком.



РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭП



Больной С-чик Е.Ф., 63 года. Одиночный полип.

Больной А-лич Я.А., 40 лет. Множественные полипы

Глава 4

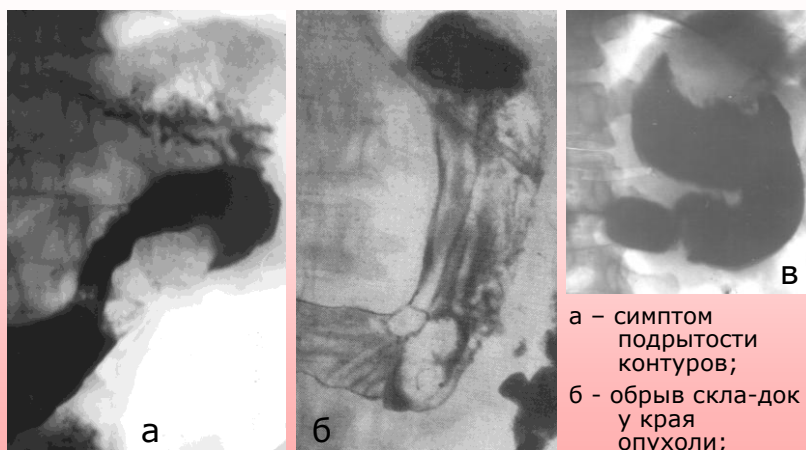
РАК ЖЕЛУДКА (C16.0 - C16.9)

Рак желудка — злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителиальной ткани стенки желудка. Распространенность рака желудка (РЖ) в различных странах неравномерная — от 10 до 100 случаев на 100000 населения. Он остается одной из основных причин смерти от онкопатологии во всем мире.

ЗОНЫ ВЫСОКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Самая высокая в мире заболеваемость РЖ наблюдается в Японии (среди мужчин — 100:100.000, у женщин — 41:100.000), где он является главной причиной смерти среди всех злокачественных заболеваний и расценивается как национальная причина смерти номер один [Mishima Y, Hirayama R. 1987, Inoue M., 2001], его доля равна 22% от всех опухолей [Inoue M., 2001].

РАЗВИТОЙ ФУНГОЗНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА



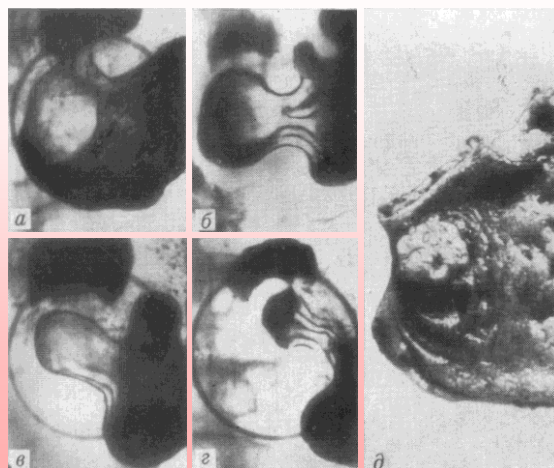
- а - симптом подрытости контуров;
б - обрыв скла-док у края опухоли;
в - рак свода желудка.

РАЗВИТОЙ ФУНГОЗНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА

Рентгенологические симптомы:

9. Симптом подрытости контура желудка, обусловленный нависанием экзофитно растущей массы опухоли над соседними непораженными участками стенки желудка;
10. Симптом "айсберга" при локализации опухоли в верхней трети желудка;
11. Симптом язвенной ниши выявляется в 28-30% случаев;
12. Симптом обнажения опухоли при прохождении перистальтической волны;
13. Симптом маятникообразного смещения опухоли во время перистальтики.

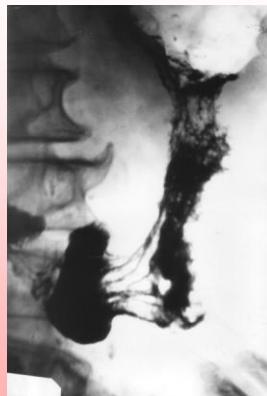
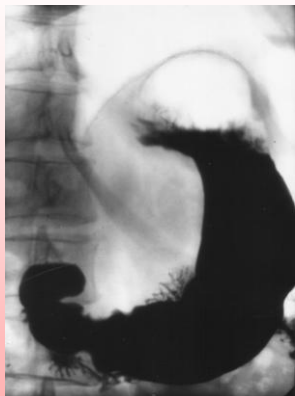
РАЗВИТОЙ ФУНГОЗНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА



Фунгозный рак выходного отдела желудка.

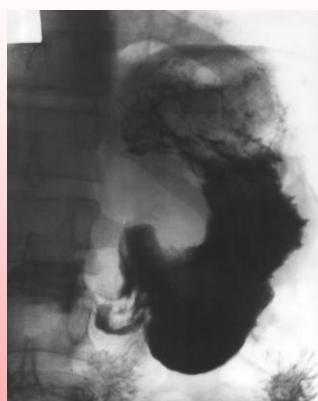
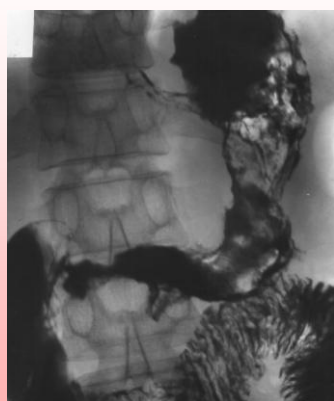
- а - фаза покоя;
б - перистальтическая волна вплотную подошла к опухоли;
в - мощное перистальтическое сокращение желудка на уровне поражения, вызывающее деформацию опухолевого узла;
г - перистальтическая волна, достигнув аборального края опухоли, вызвала его смещение в проксимальном направлении;
д - резецированный желудок.

ДИФFUЗНО-ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА



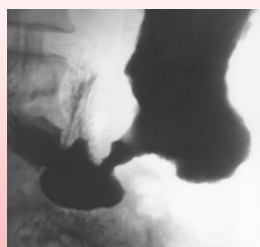
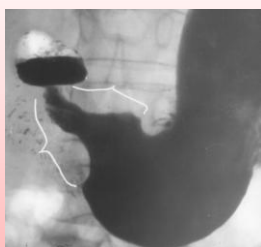
Б-ная П-кая, 51 год Б-ной Г-ко, 60 лет
Тотальное поражение желудка

ДИФFUЗНО-ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА



Б-ная К-на, 53 года Б-ной М-к, 49 лет
Тотальное поражение желудка

ДИФFUЗНО-ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА (антральный отдел)



Б-ная М-ва,
67 лет

Б-ная К-ва,
29 лет

Б-ной Я-ч,
67 лет

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

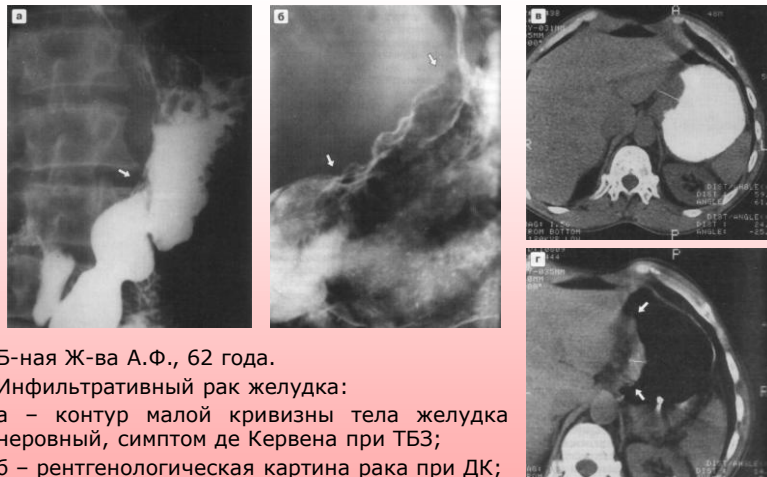
На сонограммах выделяются участки утолщения стенки желудка, что позволяет уточнить объем опухолевого поражения. К тому же по сонограммам можно определить распространенность инфильтрата в окружающие ткани и обнаружить метастазы опухоли в лимфатических узлах брюшной полости и забрюшинного пространства, печени и других органах брюшной полости.

Особенно наглядно ультразвуковые признаки опухоли желудка и ее прорастания в стенку желудка определяются при эндоскопической сонографии желудка.

РКТ-ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Место КТ в предоперационной диагностике и стадировании рака желудка до сих пор остается неопределенным. Однако в последнее время благодаря применению современных спиральных томографов и методов контрастирования (прием пероральных контрастных растворов с одновременным выполнением контрастирования сосудов чревной группы) в сочетании с возможностью построения трехмерного 3D-изображения, отмечено улучшение разрешающей способности метода. При КТ также хорошо визуализируется стенка желудка, что позволяет выявить ее утолщение и наличие в ней опухоли.

РКТ-ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА



Б-ная Ж-ва А.Ф., 62 года.

Инфильтративный рак желудка:

а – контур малой кривизны тела желудка неровный, симптом де Кервена при ТБЗ;

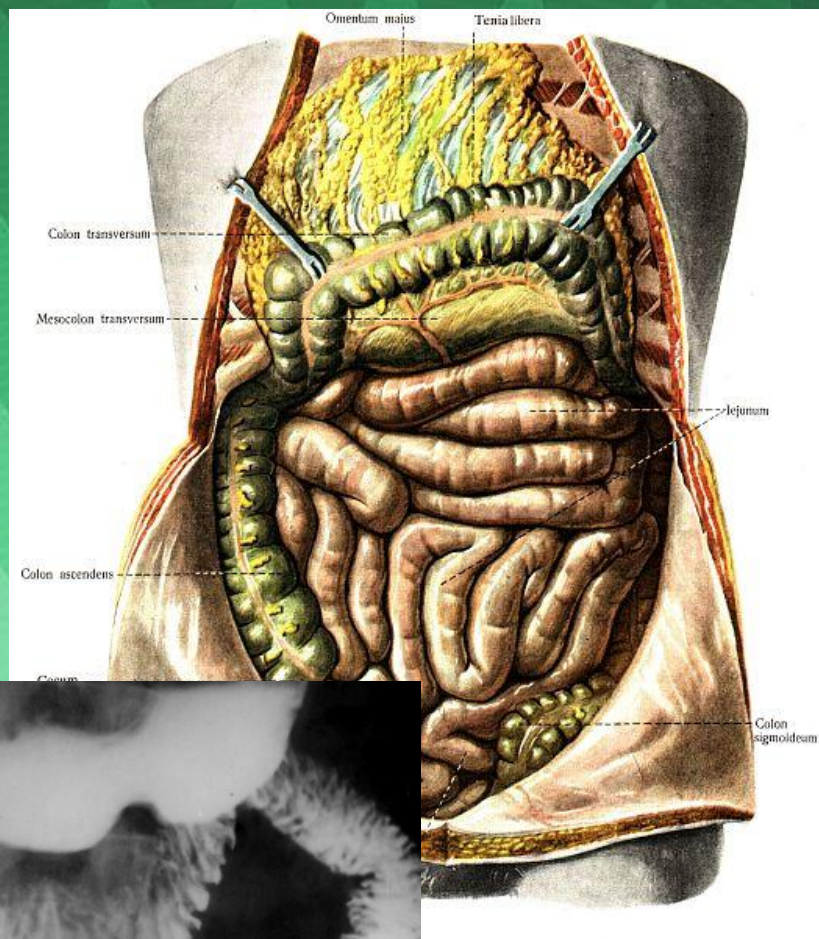
б – рентгенологическая картина рака при ДК;

в – РКТ-картина при ТБЗ – утолщенная стенка малой кривизны желудка;

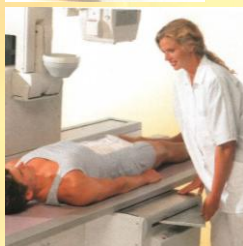
г – РКТ-картина при двойном контрастировании.

Раздел III

ТОНКАЯ КИШКА



**МЕТОДИКА ТРЕХКРАТНОЙ ЭНТЕРОГРАФИИ
ПО А.Н. МИХАЙЛОВУ И Е.В. ИЛЬЯШЕВИЧ
(А.С. № 1266524 РФ, 1986Г.)**



Пациент выпивает сорбитно-бариевую взвесь, исследуется пищевод, желудок и 12 п/к по общепринятой методике. После чего производятся снимки тонкой кишки: 1-й снимок через 15-20 мин после приема всей порции контрастного вещества; 2-й снимок – через 40-45 мин и 3-й снимок – через 90-95 мин.

**МЕТОДИКА ТРЕХКРАТНОЙ ЭНТЕРОГРАФИИ
ПО А.Н. МИХАЙЛОВУ И Е.В. ИЛЬЯШЕВИЧ
(А.С. № 1266524 РФ, 1986Г.)**



через 20 мин



через 40 мин



через 90 мин

**МЕТОДИКА ТРЕХКРАТНОЙ ЭНТЕРОГРАФИИ
ПО А.Н. МИХАЙЛОВУ И Е.В. ИЛЬЯШЕВИЧ
(А.С. № 1266524 РФ, 1986Г.)**

Имеет следующие преимущества:

1. Сокращает время исследования до 1,5 час.
2. Снижает значительно облучение больного и медицинского персонала.
3. Позволяет диагностировать не только органическую патологию, но и функциональные расстройства кишки.
4. Тонкая кишка заполняется фракционно без наложения петель.
5. Проста в выполнении и необременительна для больного.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛА 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ



Рентгенологически дивертикулы выявляются в виде мешковидных выпячиваний стенки, дополнительных полостей различных размеров и формы (тело дивертикула), заполненных бариевой взвесью и связанных с просветом кишки перешейком.

Контуры тела дивертикула и шейки четкие, в большинстве случаев гладкие.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛА 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ



Рельеф слизистой оболочки дивертикула такой же, как и слизистой оболочки 12-перстной кишки.

Складки слизистой переходят из кишки в дивертикул и являются его продолжением.

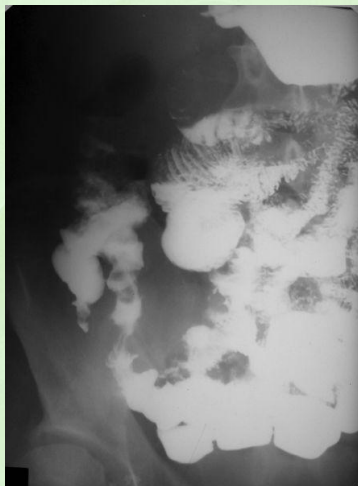
Б-ная У-вич Н.М.,
65 лет

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛА 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ



Б-ная М-ская Н.Н., 56 лет
1 – стоя, 2 – лежа на спине

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАННИХ СТАДИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА



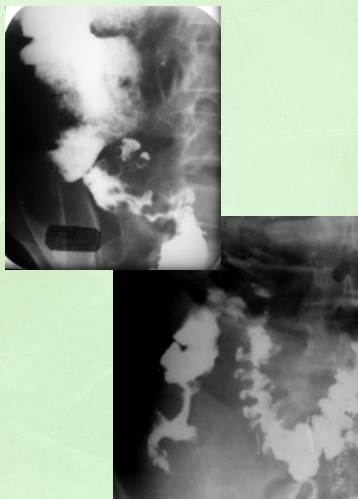
4. Количество полиповидных дефектов нарастает и поверхность кишки приобретает вид булыжной мостовой.
5. Затем появляются множественные мелкие "ниши" по контуру кишки — это результат изъязвлений лимфоидных образований.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ КРОНА



1. Пораженный участок подвздошной кишки становится суженным – симптом «веревки» (симптом Кантора).
2. Контур кишки деформированные и ригидные.
3. Подвижность кишечных сегментов ограничена.
4. Рельеф слизистой беспорядочный и плохо выявляется.

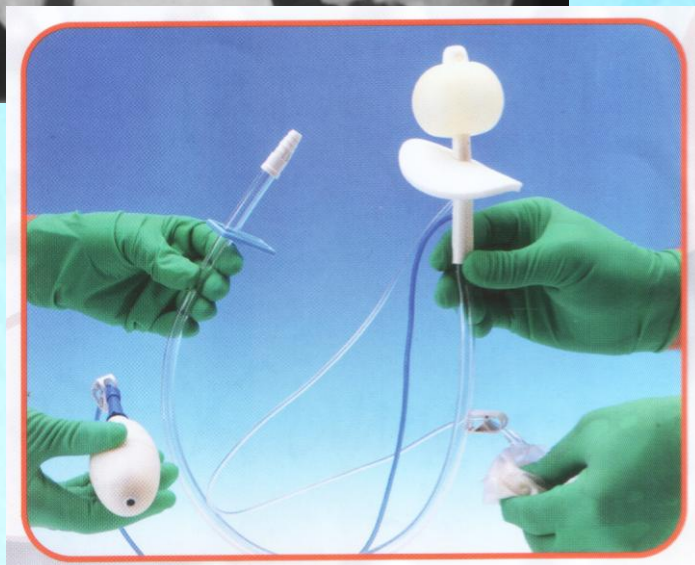
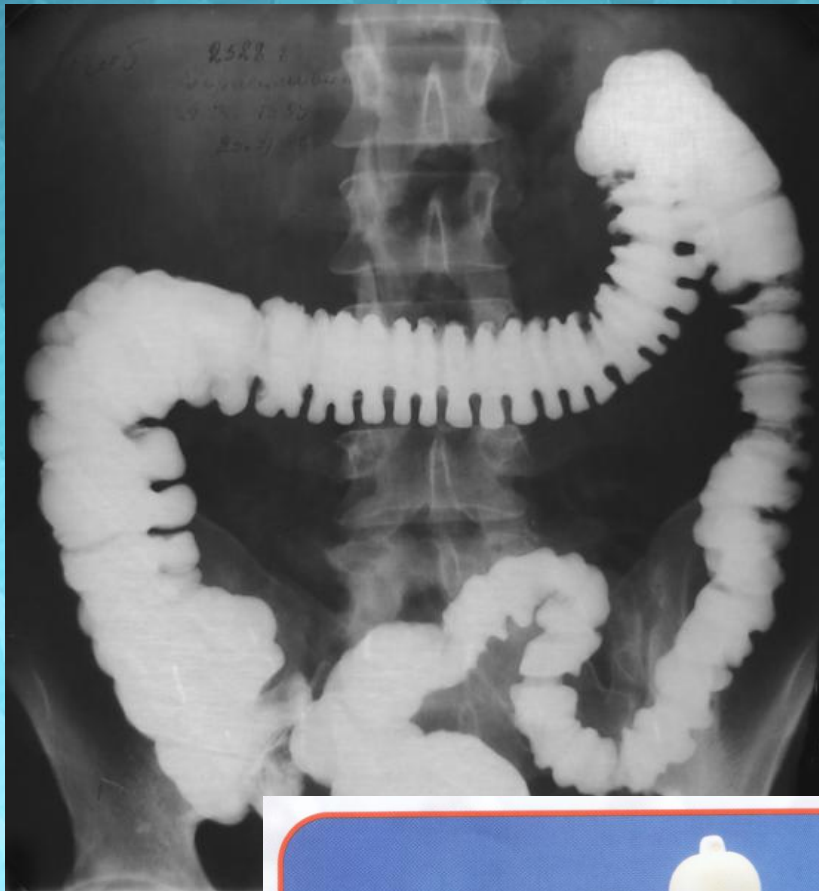
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ КРОНА



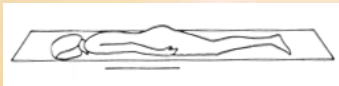
5. При наличии язв выявляется симптом «ниши».
6. Слепая кишка деформирована, стенки ее неровные и ригидные, а просвет резко уменьшается или вовсе не заполняется барием.
7. Терминальный отдел подвздошной кишки в виде четкообразной цепочки (симптом Штирлена).
8. Могут иметь место внутренние или наружные свищи.

Раздел IV

ТОЛСТАЯ КИШКА



МЕТОДИКА РОДК



Стандартное
положение больного
на животе



МЕТОДИКА РОДК

Стандартное
вертикальное
положение
больного

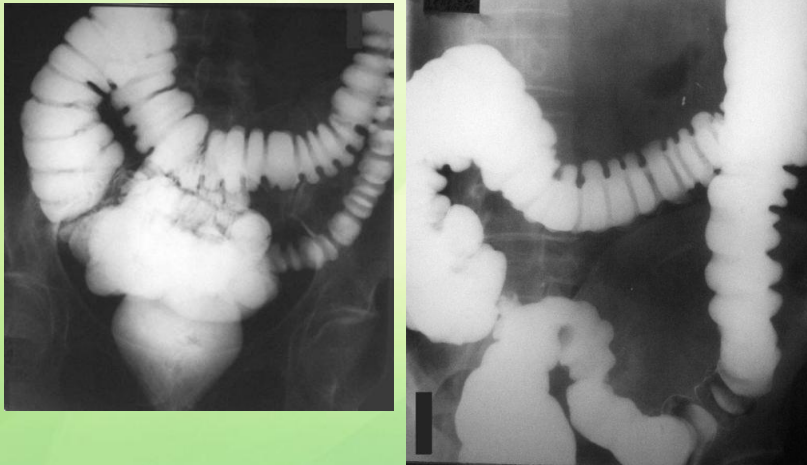


МЕТОДИКА РОДК



Стандартное положение в латеропозиции на правом боку

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ В НОРМЕ



КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСКИНЕЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

I. По состоянию тонуса:

1. Нормотоническая
2. Спастическая:
 - сфинктеральная,
 - гаустральная,
 - шнуровая,
 - комбинированная.
3. Паретически – спастическая
4. Паретическая
5. Паралитическая

II. По времени продвижения содержимого кишки и срокам её опорожнения:

1. Нормоэвакуаторная (24-72 часа)
2. Гиперэвакуаторная (до 24 часов)
3. Гипоэвакуаторная (позже 72 часов)
4. Анэвакуаторная (неделя и более)

III. По локализации и распространённости процесса:

1. Локальная
2. Сегментарная
3. Диффузная (тотальная)

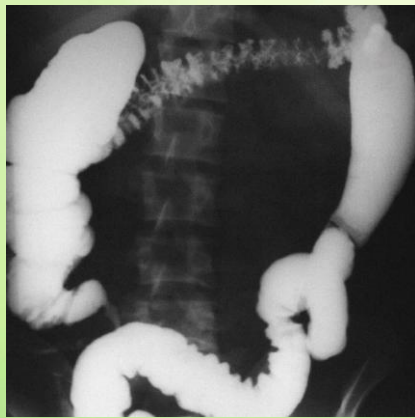
ГАУСТРАЛЬНЫЙ СПАЗМ



изоморфный

полиморфный

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СРТК



поперечно-ободочная форма



нисходящая форма

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СРТК



правосторонне-ангулярная и сигмовидная форма



сигмовидная форма

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СРТК

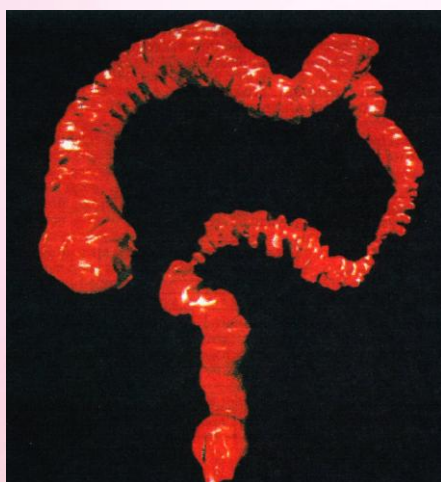


дистально-поперечная и нисходяще-сигмовидная форма



дистально-поперечная и сигмовидная форма

РЕНТГЕНОКОЛОНОМЕТРИЯ ПРИ ХНК

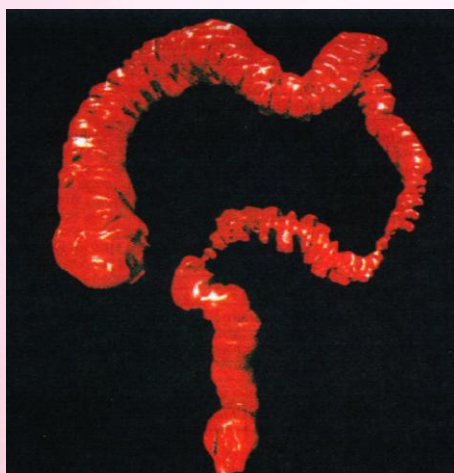


- ЦДП = от 1,29 до 1,14 – отсутствие поверхностных поражений (норма)
- ЦДП = от 1,13 до 0,96 – поверхностное поражение (фаза компенсации)
- ЦДП = от 0,95 до 0,76 – поверхностное поражение (фаза декомпенсации)

РЕНТГЕНОКОЛОНОМЕТРИЯ ПРИ ХНК

Способ диагностики поражений морфологических структур глубоких слоев стенки толстой кишки по данным рентгенологических исследований осуществляется по величине цифрового диагностического показателя, полученного путем отношения длины толстой кишки при тугом бариевом заполнении к ее длине при двойном контрастировании [Патент ВУ на а.с. №6333 С1; авторы: А.Н. Михайлов, В.М. Герман].

РЕНТГЕНОКОЛОНОМЕТРИЯ ПРИ ХНК



- ЦДП = от 1,19 до 1,24 – отсутствие поражения стенки кишки (норма)
- ЦДП = от 1,06 до 1,18 – поражение глубоких слоев стенки кишки
- ЦДП = от 0,8 до 1,05 – дегенеративно-дистрофические процессы в глубоких слоях стенки кишки

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЯНК

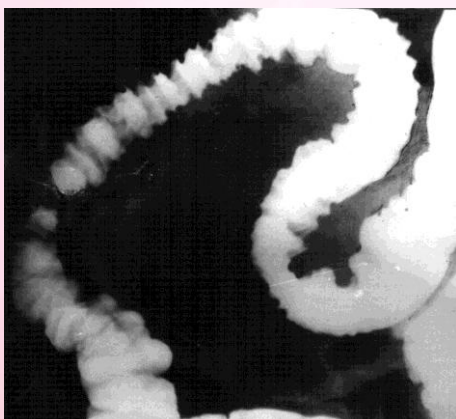
Зависит от стадии болезни, степени морфологических изменений и глубины поражения стенки кишки. Вначале выявляются утолщенные и деформированные складки слизистой. Характерный симптомокомплекс ЯНК обнаруживается у больных с глубокими изменениями всех слоев стенки кишки.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЯНК РАННЯЯ СТАДИЯ БОЛЕЗНИ



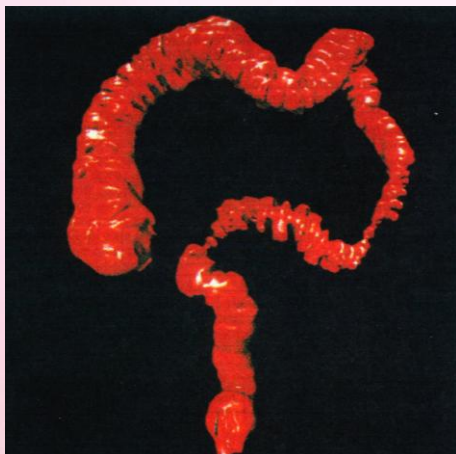
1. Двигательные расстройства:
 - характерна гипермоторность;
 - кишка всегда раздражена;
 - пораженные отделы кишки спазмированы;
 - в области сфинктеров возникает длительный спазм;
 - кишка опорожняется неравномерно.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЯНК РАННЯЯ СТАДИЯ БОЛЕЗНИ



2. Изменения гаустрального рисунка:
 - с прогрессированием процесса гаустры сглаживаются, затем исчезают совсем;
 - контуры кишки мелкозубчатые, местами нечеткие;
 - характерен симптом "краевой бариевой полосы", или "пунктирной линии".

РЕНТГЕНОКОЛОНОПЛАНИМЕТРИЯ ПРИ ЯНК



ЦДП = от 82,05 до 83,19 – язвенный неспецифический колит.

ЦДП = от 83,2 до 88,64 – хронический колит.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯНК

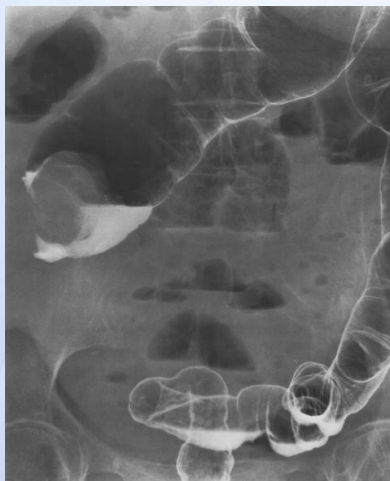
Определяется тяжестью заболевания и локализацией патологического процесса. Задачи следующие:

1. Возможно более раннее начало лечения больных с впервые выявленным заболеванием и при обострении.
2. Проведение адекватной поддерживающей терапии для предупреждения обострения.
3. Отбор больных для колэктомии.
4. Раннее выявление колоректального рака.
5. Привлечение больного к сознательному отношению к болезни и к участию в лечении.

ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ЯНК

Зависит в значительной степени от адекватности лечения, включая также и показания к оперативному лечению. У каждого больного ЯНК ожидается одно обострение в течение 5 лет, а в течение 15 лет они отсутствуют только у 4% лиц; 25% больных ЯНК нуждаются в хирургическом лечении. У неоперированных больных с панколитом через 20 лет развивается карцинома в 12-15% случаев.

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

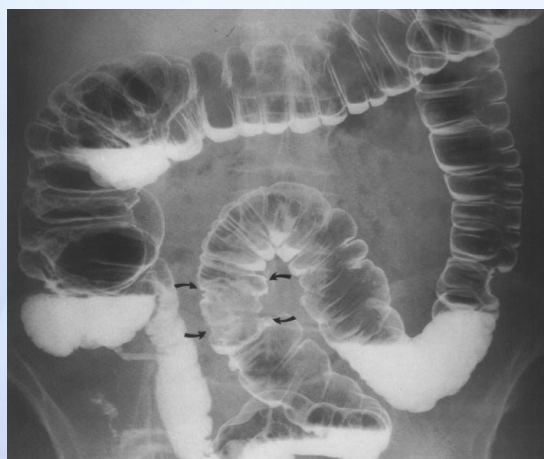


Грибовидная карцинома ободочной кишки с феноменом "айсберга".

РАК СЛЕПОЙ КИШКИ

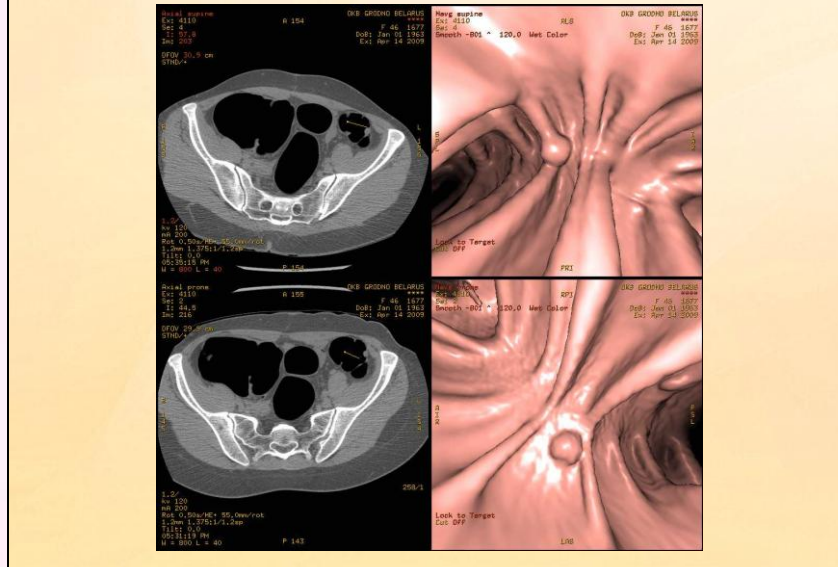


РАК СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

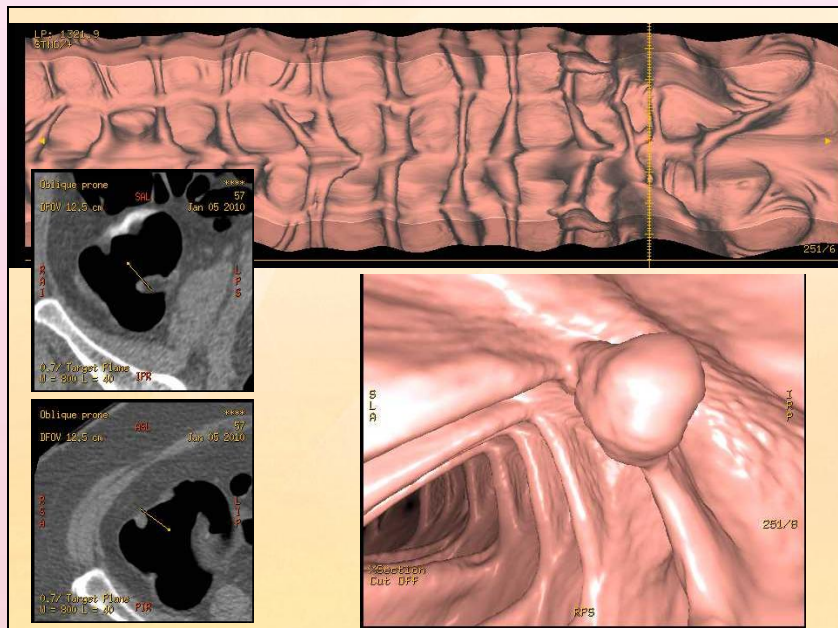
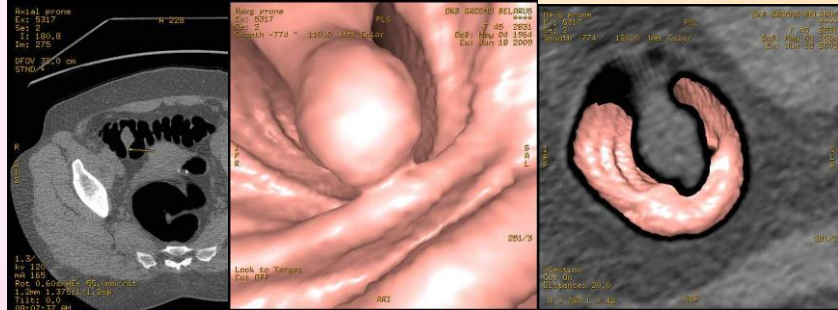


Грибовидная карцинома сигмовидной кишки.

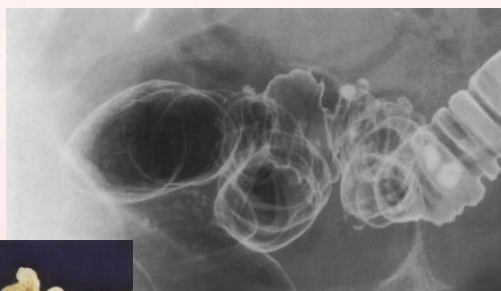
ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ



ПОЛИП НА НОЖКЕ



РЕНТГЕНОСЕМИОТИКА ДИВЕРТИКУЛОВ

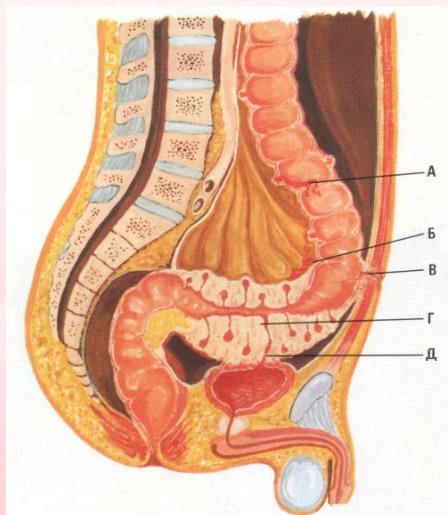


Интрамуральные дивертикулы

РЕНТГЕНОСЕМИОТИКА ДИВЕРТИКУЛОВ

Осложненные дивертикулы:

- а - кровотечение;
- б - перфорация внутренняя;
- в - перфорация наружная с образованием фистулы;
- г - перисигмоидальный абсцесс;
- д - перфорация с образованием фистулы с мочевым пузырем.



РЕНТГЕНОСЕМИОТИКА ДИВЕРТИКУЛОВ

- осложненный дивертикул деформирован, контуры его зазубрены, нечеткие, имеет место задержка контраста в дивертикуле на сутки и более; рельеф слизистой оболочки грубый, складки набухшие, отечные;
- при прорыве дивертикула барий попадает в полость абсцесса или в брюшную полость, пораженный отдел кишки спазмирован, гаустры деформированы с нечеткими контурами.