

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ И СОСТОЯНИЯ КУПОЛА СЛЕПОЙ КИШКИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

*Богатыревич И. Ч¹, Маркевич Н. Б.¹,
Сургиневич А. Н.¹, Губарь Л. М.²*

¹ УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

² Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность. Основные методы исследований слепой кишки – колоноскопия и ирригоскопия [1]. Частота обнаружения полипов при двойном контрастировании составляет около 12-13%, что сопоставимо со средним показателем при аутопсии. При этом 42,3% полипов локализируются в прямой кишке, 25,5% – в сигмовидной, 15,2% – в левой половине ободочной, 12,6% – в поперечной ободочной, 4,4% – в правой половине ободочной кишки. [2]. Рентгенологическому исследованию придают большое значение при оценке состояния слепой кишки после оперативных вмешательств. Аппендэктомия обуславливает ряд изменений слепой кишки, которые требуют дифференцирования их с полипами, раком [3]. Характер изменений в значительной степени зависит от способа выполнения аппендэктомии, от способа обработки культи червеобразного отростка. Сложность диагностики изменений в слепой кишке обуславливает актуальность проблемы [4].

Цель. Изучение рентгенологического изображения слепой кишки при нормальном анатомическом строении, изменения купола после аппендэктомии в отдаленный послеоперационный период, при наличии полипа в слепой кишке и проведение дифференциальной диагностики между этими состояниями. Выяснить, дает ли аппендэктомия симптом «бычьего глаза».

Методы. Анализ научно-методической литературы, практических наблюдений.

Задачи исследования:

1. Изучить изменения купола слепой кишки после аппендэктомии.
2. Выяснить, дает ли аппендэктомия симптом «бычьего глаза».

Результаты. В норме конфигурация слепой кишки имеет правильную или неправильную мешковидную форму с четко выраженными продольными мышечными лентами, которые сходятся к устью червеобразного отростка. Червеобразный отросток начинается у медиальной или заднемедиальной стенки слепой кишки, иногда у лате-

ральной или заднелатеральной ее стенки и находится ретроцекально. После аппендэктомии или при наличии полипа происходят серьезные анатомические изменения купола слепой кишки. В настоящее время существуют два способа аппендэктомии: открытый инвагинационный и лигатурный эндоскопический. После аппендэктомии открытым инвагинационным способом отмечаются деформации купола слепой кишки, которые совершенно изменяют его правильную мешковидную форму. Лигатурный эндоскопический способ позволяет избежать деформации купола слепой кишки.

Наиболее частая форма доброкачественных новообразований толстой кишки – это полипы. Полип – опухолевидное образование, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки в виде шаровидного, грибовидного или ветвистого разрастания, сидящего либо на ножке, либо на широком основании. Основу полипа составляют разрастания железистого эпителия в виде многочисленных железистых трубок или в виде разветвленных ворсинок, покрытых высоким цилиндрическим эпителием. Опорную ткань представляет соединительнотканная основа, содержащая мышечные волокна. Аденоматозные полипы составляют более 90% всех опухолевых полипозных поражений толстой кишки. Они могут встречаться в любом отделе, но чаще – в нижней трети толстой кишки, в слепой кишке (ближе к баугиниевой заслонке или прилежащей части восходящей кишки). В 75% случаев они имеют диаметр менее 1,0 см и относительно редко – более 2,0 см. Большинство из них имеет ножку, реже широкое основание. Важной особенностью является образование ножки (стебля) – явный признак доброкачественного роста и убедительное доказательство наличия полипа. Озлокачествление аденоматозных полипов тесно связано с размерами опухоли: чем больше опухоль, тем вероятнее малигнизация. Независимо от гистологического строения все полипы имеют схожие рентгенологические проявления, обусловленные их размерами.

Существенный критерий диагностики злокачественности полипа – его размер. Вероятность злокачественного характера полиповидной опухоли возрастает, если ее размер превышает один сантиметр, контуры волнистые, а тень имеет ячеистую структуру. Изъязвления, нечеткость контуров, приближение к краевому положению, инфильтрация и ригидность кишечной стенки, втяжение стенки на месте расположения полипа, а также быстрое увеличение размеров полипов указывает на их малигнизацию.

Слепая кишка требует высокого умения в проведении контрастирования, главным образом из-за того, что она недостаточно туго

заполняется барием, а последний плохо обволакивает стенки. Полипы в зависимости от фазы исследования могут проявляться дефектом наполнения или дополнительной тенью при двойном контрастировании, округлой или овальной формы с четкими и ровными контурами. Во всех случаях дефект наполнения при полипах следует дифференцировать от подобных дефектов, обусловленных инородными телами, пузырьками воздуха, остатками кала и др. Иногда только при повторных исследованиях, произведенных после тщательной очистки кишечника, можно установить окончательный диагноз. При изучении рельефа слизистой оболочки мелкие полипы теряются между складками, а крупные (более 0,5 см) дают картину дефекта на рельефе, при крупных полипах складки слизистой оболочки огибают его.

При тугом заполнении толстой кишки контрастной взвесью полип образует округлый дефект наполнения с четким ровным контуром. Причем ровные контуры отмечаются преимущественно у малых полипов, а волнистые – у больших. В условиях двойного контрастирования в суперпозиции на рентгенограмме образуются две окружности – одна в другой, обусловленные контурами ножки и шляпки полипа – симптом «бычьего глаза», или симптом «мексиканской шляпы», или симптом «мишени», или симптом «кольца» – когда рентгеновский луч параллелен ножке полипа. Если полип имеет длинную ножку, выявляется дефект наполнения в виде полосы, соединяющей полип со стенкой кишки (симптом «ракетки»). В профиль тень полипа напоминает гриб или шляпу с полями (при короткой ножке).

В результате нашего исследования в течение 2010-2014 гг. были рассмотрены 3 наблюдения при обследовании пациентов в онкодиспансере с изменениями в слепой кишке с наличием симптома «бычьего глаза». Все пациенты обратились за медицинской помощью с характерными жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта (неустойчивый стул, анемия, боли в правой подвздошной области). Пациентам проведена ирригоскопия, в ходе которой выявлены изменения в просвете слепой кишки в нижнемедиальном отделе, подобные на полип достаточно больших размеров (до 2,0 см в диаметре, симптом «бычьего глаза») и деформация свода слепой кишки.

Деформация нижнего внутреннего контура купола слепой кишки, одна и та же локализация, не типичная для полипа, достаточно большого размера образования (2,0 см) в виде «бычьего глаза», с четкими ровными контурами, с отсутствием ригидности кишечной стенки послужили поводом для того, чтобы уточнить у пациентов, были ли какие-либо оперативные вмешательства в данной области. У всех па-

циентов в анамнезе выявлена аппендэктомия инвагинационным способом (5-10 лет назад). Глубокое погружение культи отростка вызвало появление при рентгенологическом исследовании округлого пристеночного дефекта в туго заполненной слепой кишке и дополнительной тени на фоне газа в ней и деформацию слепой кишки. Даны заключения: состояние после аппендэктомии, данных за опухолевые образования в толстой кишке не получено. Пациенты были направлены на колоноскопию, где подтвердились данные предположения.

Выводы:

1. После аппендэктомии, особенно открытым инвагинационным способом, происходят анатомические изменения купола слепой кишки и его структуры, обусловленные спаечными перетяжками, которые необходимо дифференцировать с полипами.

2. Большая роль в диагностике полипов толстой кишки принадлежит рентгенологическому методу исследования. Наибольшей разрешающей способностью в выявлении полипов при рентгенологическом исследовании обладает методика двойного контрастирования. Она позволяет лучше изучить поверхность полипа, определить его форму и размеры, наличие ножки, и самое главное, – изучить состояние стенки на уровне полипа и вблизи его расположения. При проведении ирригоскопии с двойным контрастированием чувствительность метода оценивается в 48-72%.

3. Симптом «бычьего глаза» в куполе слепой кишки не является патогномичным только для полипов, и встречается после аппендэктомии методом погружения за счет спаечных перетяжек, выступающих в просвет кишки.

Литература

1. Кац, Д. С. Секреты рентгенологии / Д. С. Кац, К. Р. Мас, С. А. Гроскин. – М.– СПб: Изд-во БИНОМ - Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.

2. Остман, Й. В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й. В. Остман, К. Уальд, Дж. Кроссин. – М.: Мед. лит., 2012. – 368 с.

3. Руководство по онкологии. В 2 т. Т. 1 / под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. энцыкл. імя П. Броўкі, 2015. – 680 с.

4. Руководство по онкологии. В 2 т. Т. II. В 2 кн. Кн. 1 / под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. энцыкл. імя П. Броўкі, 2016. – 632 с.