

ОШИБКА И ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Мухамеджанов К.Х., Хуснутдинова Г.И., Сартаев С.Б., Жарыкбасов М.М.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК, ГКБ, г.Алматы

Цель и задачи данного сообщения дать оценку современным принципам лучевой диагностики ахалазии пищевода, указать на ошибки и трудности дифференциальной лучевой диагностики на клиническом примере.

Ахалазия пищевода известна давно, это функциональное нарушение в виде кардиоспазма и идиопатического расширения пищевода, которое относят к группе аутосомно-рецессивных, наблюдающееся у детей старшего возраста (в виде кардиоспазма) и у взрослых [1] [2]

Характерные симптомы: нарушение глотания и прохождения пищи по пищеводу.

Общее состояние больных постепенно ухудшается, уменьшается масса тела, развивается авитаминоз.

Рентгенологическое исследование и в настоящее время играет ведущую роль в распознавании ахалазии.

В классификации Б.В. Петровского выделены три стадии:

- I стадия – пищевод не расширен, дистальный конец его сужен, незначительно и легко пропускает бариевую взвесь, раскрытие суженного кардиального отдела наступает не сразу.
- II стадия – пищевод заметно расширен, терминальный отдел приобретает воронкообразную форму, видны беспорядочные сокращения сегментарного (третичного) типа. Газовый пузырь желудка уменьшен или отсутствует.
- III стадия- пищевод резко расширен, удлинён, изогнут, атоничен, перистальтика его стенок отсутствует.

Повышение внутри пищеводного давления при ахалазии способствует образованию дивертикулов стенки пищевода, чаще всего эпифренальных.

При рентгеноскопии выявляется край расширенного пищевода, выступающего справа по контуру средостения. При частично заполненном жидкостью пищеводом виден горизонтальный уровень жидкости, свободно перемещающейся при наклонах..

При исследовании в боковой проекции тень пищевода локализуется в заднем средостении.

Газовый пузырь у детей при ахалазии пищевода едва определяется, при исследовании натощак - отсутствует и появляется лишь после приема нескольких порций контрастного вещества. Бариевая взвесь надолго задерживается над местом сужения, (перистальтические волны возникают неравномерно) в кардиальной части.

Дифференциальная рентгенодиагностика должна быть между опухолевыми и другие органические поражения дистального отдела пищевода или кардиальной части желудка. [3] [4]. [5]

В пользу ахалазии указывают -отсутствие газового пузыря, -интактность кардиального отдела желудка, -сохранная эластичность стенок и изменчивость просвета суженного участка, -длительный (многолетний) анамнез и повышение давления в абдоминальном сегменте пищевода,-столь выраженное расширение и особенно удлинение пищевода при органических (рубцовых)

сужениях на почве язвы, эзофагита, склеродермии, ожога или травмы не наблюдается. следует иметь в виду, что на фоне диффузного эзофагита может развиваться рак.

Приводим наше наблюдение (выписка из истории болезни).

Большая Б-ва, 1937 (75 лет,казашка), №ист.б. 14519.

Клинический диагноз.

Хронический панкреатит, обострение хронического холецистита, пиелонефрита.

Жалобы: на повышение АД, кашель с мокротой, боли в правом подреберье, тошнота, рвота, понос.

Anamnesis morbi.

Болеет в течение 2-х недель, ухудшение в течение 2-х дней, усилились боли в животе, появилась тошнота, рвота. Обратилась в 4 ГКБ, обследована и госпитализирована в отделение терапии.

Anamnesis vitae. Перенесенные заболевания хронический панкреатохолецистит, хронический пиелонефрит.

Status praesens objectivis. Общее состояние тяжелое, сознание ясное. Положение вынужденное, кожа чистая, видимые слизистые бледные. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Сердечно-сосудистая система – тоны приглушены, частота – 82 уд в 1 мин. АД -120/80 мм.рт.ст.

Болезненность в области правого, левого подреберья, эпигастрии.

Область почек, с. Пастернацкого – отрицательный, мочеиспускание безболезненное.

ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС – 82/мин.

Предварительный диагноз.

-хронический панкреатит – обострение

-хронический холецистит – обострение

-хронический пиелонефрит – обострение

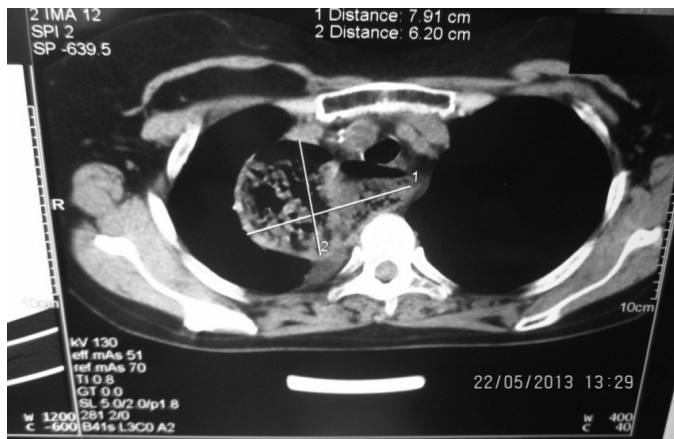
Рентгенография органов грудной клетки от 9.11.12.



На рентгенограмме легких в прямой проекции – легочные поля прозрачны. В верхнем средостении имеется гомогенное затемнение, с выбуханием вправо с ровными контурами, легочной рисунок без очаговых теней, в прикорневых зонах имеются петрификаты.

Сердце – в норме.

Рекомендуется КТ органов грудной клетки.

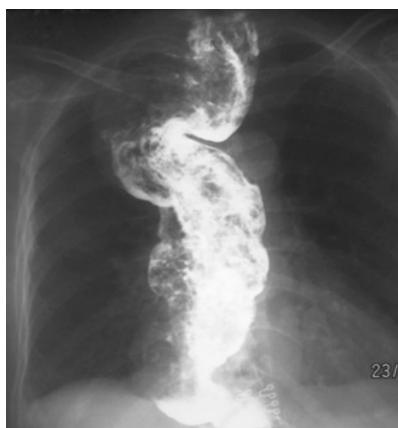


На КТ органов грудной клетки от 13.11.12. Легочной рисунок эмфизематозно изменен с наличием буллезных участков сливного характера с преобладанием элементов фиброза.

В верхнем средостении справа определяется дополнительное полусферическое образование, с четкими контурами, связанное в пищеводом, с наличием в нем пищевых масс. Бронхи 1-3 порядка проходимы, деформированы. В корнях множественные лимфоузлы с умеренно выраженной кальцификацией, инфильтрацией. Срединная тень расширена, дуги слабо дифференцируются. Трахеобронхиальные, бронхопультмональные и лимфоузлы средостения умеренно увеличены, синусы.

Костная структура согласно возрастным особенностям.

Заключение: аневризматическое дивертикулородное расширение верхней трети пищевода. Хроническая obstructивная болезнь легких (ХОБЛ). Для уточнения патологического процесса рекомендовано контрастное исследование пищевода.



Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием 15.11.2012 пищевод деформирован, неравномерно расширен на всем протяжении извитой с понижением тонуса, медленным продвижением контраста, слизь в большом количестве и с остатками пищи. Расширение тени средостения. Заключение: ахалазия пищевода, (исследование проведено под контролем доцента Г.И. Хуснутдиновой).

Общий анализ крови.

09.11.12. – Нв-127, эритроциты 4.010 1 %л, лейкоциты 7,7 x 10,9, тромбоциты – 334 x 10,9 г/л. с/я-72, п/я-1, мон-5, лимф-22, СОЭ-12 мм/ч.

Общий анализ мочи.

Уд.вес.-1010, белок - 0,042, глюкоза – отр, лейкоциты – 10-12 в п.зр.

Биохимический анализ крови.-билирубин-9,6 ммоль/л, -холестерин-4,4 ммоль/л, -глюкоза-5,0 ммоль/л, -АЛТ - 8,0 ед, АСТ – 15,0 ед,-амилаза – 1,60

ЭКГ от 9.11.12 – ритм синусовый, ЧСС – 52 уд в 1 мин., горизонтальное положение ЭОС, диффузные изменения в миокарде.

При УЗИ органов брюшной полости от 12.11.12 – признаки хронического панкреатита, хронический пиелонефрит.

Выводы. Современные принципы лучевой диагностики ахалазии пищевода:

-1. Рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием бариевой взвесью в стандартных проекциях под контролем экрана (рентгеноскопия + рентгенография), при возможности желательна цифровая рентгенография под контролем экрана монитора.

-2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки.

-3. КТ желательна с учетом рентгенологических данных с контрастированием пищевода для уточнения состояния органов средостения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рентгенодиагностика в педиатрии - руководство для врачей в 2 томах. Москва «медицина», 1988, т.1, стр. 322-324.
2. Кишковский А.Н. Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии. Москва «медицина», 1984, стр. 48-49.
3. Клиническая рентгенодиагностика руководство в 5 томах, т. 2. Рентгенодиагностика заболеваний органов пищеварения. Москва, медицина, 1983, т.2, стр. 40-43.
4. Юбилейная книга Nicer 1995г. Общее руководство по радиологии – II Серия медицинской визуализации. Институт Nicer, стр.903-904.
5. Robert D., Halpert. M. D. FACP, professor of Radiology University of Mississippi Medical Center Jackson, Mississippi. Case Review gastrointestinal imaging, Second edition case review series, сmp. 172-179.

ТҮЙІН

«Өңеш ахалазиясының дифференциалды сәулелі диагностикадағы қателіктер мен қиындықтар» мақаласында өңеш ахалазиясының сәулелік диагностика бойынша мағлұмат қысқаша түрде берілген. Қазір таңда өңеш ахалазиясы кезінде, өңештің сандық контрасты рентгенографиясы клиникко-диагностикалық мағлұматтары мен қоса кеуде қуысының рентгенографиясы, КТ зерттеуі сәулелі диагностика әдітемелері ұсынылады.

SUMMARY

In the paper “Mistakes and difficulties in differential X-ray diagnostic of esophageal achalasia” you can see short

information about X-ray diagnostic of esophageal achalasia. It's recommended to care use of complex R-ray methods of diagnostic of esophageal achalasia in nowadays - digital

contrast X-ray of esophagus with taking into account of clinical – X-ray data, chest X-ray and chest CT with contrasting of esophagus.

УДК: 618.11.177-006-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ И ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мухаметжанова Р.М., Бейсен Н.Е.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин во всем мире представляют огромную медико-социальную и экономическую проблему вследствие их негативного воздействия на детородную функцию женщин. Частота возникновения бесплодия у женщин, перенесших один эпизод ВЗОМТ, составляет около 18%, а после трех эпизодов достигает 50%. Основная причина - спайки и фиброзные изменения яичников, образующиеся даже после однократного воспаления [1].

Наиболее грозными осложнениями ВЗОМТ помимо tuboовариального абсцесса и пельвиоперитонита являются трубное бесплодие, привычное невынашивание беременности и внематочная беременность. В связи с этим все большее внимание уделяется поиску оптимальных путей решения проблем, связанных с последствиями воспаления [2].

В настоящее время в комплексном лечении хронических ВЗОМТ широко применяются ферментные препараты, предназначенные для рассасывающей терапии [3].

Целью проведенного исследования было определение эффективности комплексной терапии больных с бесплодием и хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки с применением препарата дистриптаза.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациенток в возрасте 32-45 лет, страдающие бесплодием, и с установленным диагнозом хронического сальпингоофорита в стадии обострения. Было выявлено наличие таких симптомов, как болевой синдром, температурная реакция, усиление секреторной функции, нарушение менструального цикла. Все женщины были разделены на две группы: в основную группу вошли 40 пациенток с обострением хронического сальпингоофорита, которые наряду с патогенетическим лечением (антибактериальный препарат, метронидазол, антимикотик, санация влагалища) применяли дистриптазу в виде ректальных свечей по схеме 1 свеча 1 раз в сутки.

Группу сравнения составили 30 пациенток с обострением хронического сальпингоофорита, получавших традиционную патогенетическую терапию.

Всем пациенткам было проведено полное клинико-лабораторное обследование в начале лечения и на 10-е сутки, что соответствовало окончанию лечения. Эффективность и переносимость терапии оценивались до и после курса лечения по таким субъективным данным, как жалобы и гинекологический статус. Выраженность тазовой боли оценивалась на основании субъективных данных по шкале боли. Учитывались также такие объективные данные, как общий анализ крови и данные микробиологического исследования мазка, данные полимеразно-цепной реакции и коагулограммы, ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза. Самые отдаленные результаты лечения составили 2 месяца.

Результаты. До начала лечения интенсивность болевого синдрома в обеих группах была одинаковой. После проведенной терапии в основной группе суммарное количество баллов по шкале боли составило 0,5 баллов против 1,5 группы сравнения. До лечения количество пациенток с острой болью и с иррадиацией боли в обеих группах было примерно одинаковым: 72% случаев острой боли в основной группе и 69% - в группе сравнения, 60% случаев иррадирующей боли в основной группе и 56% - в группе сравнения. После лечения острой боли в группах не отмечалось, а в основной группе отсутствовала иррадиация ноющей боли. После проведенного лечения в основной группе количество пациенток с ноющей болью было в 1,5 раза меньше, чем в контрольной (13,5% против 21,6%).

Еще одним объективным критерием оценки эффективности лечения дистриптазой было изменение характера вагинальных выделений. До лечения характер вагинальных выделений в группах не различался: серозные выделения наблюдались у 60% пациенток основной группы и 57% пациенток группы сравнения, гнойные - у 40% и 43% соответственно. После лечения в обеих группах гнойные выделения не отмечались, а количество пациенток с серозными выделениями в основной группе было в 2 раза меньше по сравнению с контрольной (10,8% против 20%).

Выраженность признаков воспаления по данным УЗИ в результате лечения в основной группе была в 1,5 раза меньше, чем в группе сравнения (20,0% против 13,0%).

Динамика лейкоцитоза до лечения и после наблюдалась у пациенток обеих групп, при оценке динамики лечения на 10-й день лейкоцитоз отмечался в 13,5% случаев в группе сравнения и в 10% случаев в основной группе.

При оценке безопасности и переносимости комплексного лечения серьезных побочных эффектов (в том числе аллергических реакций) не было выявлено. Это объясняется лекарственной формой дистриптазы (ректальные суппозитории), благодаря которой нивелируется системное воздействие препарата и минимизируется риск побочных эффектов.

Контроль через 2 месяца показал, что беременность наступила у 38% пациенток основной группы и у 20% - контрольной группы.

Таким образом, на основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод, что дистриптаза - эффективное и безопасное средство для комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста, которое повышает эффективность лечения, способствует более быстрому угасанию клинических проявлений воспаления и хорошо переносится.

Дистриптаза показана женщинам с воспалительными заболеваниями органов малого таза, планирующих беременность, желающих сохранить репродуктивную