

Тактика лучевого обследования при синдроме острого живота

Выполнил:

Студент 38 группы

Педиатрического факультета

Горбунов А.П.

Преподаватель: асс. Малыгина О.Я.

[Острый живот —]

представляет собой симптомокомплекс, отражающий патологическое состояние организма, при котором произошло серьёзное повреждение органов брюшной полости с раздражением брюшины.

Характеризуется:

1. внезапными резкими болями в животе;
2. напряжением мышц передней брюшной стенки;
3. симптомами раздражением брюшины;
4. симптомами перитонита (ослабление перистальтики до ее полного отсутствия, вздутие живота) и интоксикации.

В понятие “острый живот” входит:

1. воспалительные заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства (острый гастрит, энтерит, аппендицит, холецистит, пиелонефрит);
2. травматические и ятрогенные повреждения органов живота;
3. нарушения проходимости кишечника, тромбоз мезентериальных сосудов и др.

Заболевания отличаются как по клинической картине, так и по этиопатогенезу. Объединяет их одно — все они несут непосредственную угрозу для жизни в случае несвоевременного лечения.

“ОСТРЫЙ ЖИВОТ”

Ведущими клиническими признаками симптомокомплекса острого живота являются боли, тошнота и рвота, нарушение функции желудочно-кишечного тракта. Наряду с этими проявлениями могут отмечаться симптомы, не связанные прямо с патологией органов брюшной полости лихорадка, озноб, задержка мочеиспускания, другие дизурические проявления (гематурия).



“ОСТРЫЙ ЖИВОТ”

Во всех случаях острой абдоминальной патологии принципиальным остается признание приоритета ультразвукографического (УЗИ) метода для выявления жидкости и определения состояния паренхиматозных и полых органов; рентгенография же более целесообразна для выявления газа в просвете кишечника и в брюшной полости.

При правильном использовании оба лучевых метода, никак не конкурируя, прекрасно дополняют друг друга.

Также важную роль в определении причин острого живота играет компьютерная томография или магнитно-резонансная томография, т.к. позволяют определить все детали патологического процесса в брюшной полости.

Тактика обследования

1. При клинико-anamnестических указаниях на тупую травму живота сразу после физикального осмотра следует выполнять ультрасонографическое исследование для определения повреждения внутренних органов и внутрибрюшного кровотечения. Рентгенография органов брюшной полости у больных этой группы производится в тех случаях, когда ультразвуковое исследование оказывается неинформативным ввиду наличия значительного количества газа в брюшной полости и в кишечнике.

Тактика обследования

2. Явления кишечной непроходимости, выраженный метеоризм, подозрение на заворот кишок предполагают вслед за клиническим исследованием проведение рентгенографии, которая по характеру распределения газа и жидкости в брюшной полости нередко позволяет выявить специфические признаки, свидетельствующие о причине развивающейся картины острого живота.

[Тактика обследования]

3. При анамнестических и клинических признаках острого воспалительного заболевания органов брюшной полости на втором, после физикального осмотра, этапе исследования (возможно еще до получения результатов лабораторной диагностики), целесообразно проведение ультразвукографии.

Тактика обследования

4. В прочих, неясных и особо сложных случаях (нелокализованные боли, атипичная их иррадиация, спутанное, неполное сознание и даже бессознательное состояние больного) с прямыми или косвенными указаниями на абдоминальную травму целесообразно в качестве первого диагностического мероприятия выполнение ультразвукового исследования, а в случае затруднения постановки диагноза рекомендуется выполнить компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию.

Свободная жидкость в брюшной полости

- наблюдается при травмах, асците, перитоните, кровотечениях в брюшную полость, перфорациях полых органов;

-значительные количества жидкости (экссудат, транссудат, кровь, гной) легко определяются с помощью УЗИ даже при наличии метеоризма.

При затруднении исследования из-за газа в кишечнике можно проводить осмотр в положении пациента на боку, располагая датчик снизу в проекции латерального канала.

Свободная жидкость в брюшной полости

- на рентгенограммах свободная жидкость лучше всего видна в малом тазу;
- 20-30 мл жидкости выявляется в малом тазу в виде узкой полосы между брюшиной и кишечными петлями с затеками в межкишечные щели в виде полос треугольной или звездчатой формы;
- 100-150мл жидкости дает картину серповидной тени (симптом новолуния). При дальнейшем нарастании объема жидкости (до 200-300 мл и более) жидкость приобретает вид "полулуния". Еще большее количество жидкости (300-500 мл) заполняет малый таз полностью, при этом она в виде рогов распространяется на боковые каналы

Свободная жидкость в брюшной полости

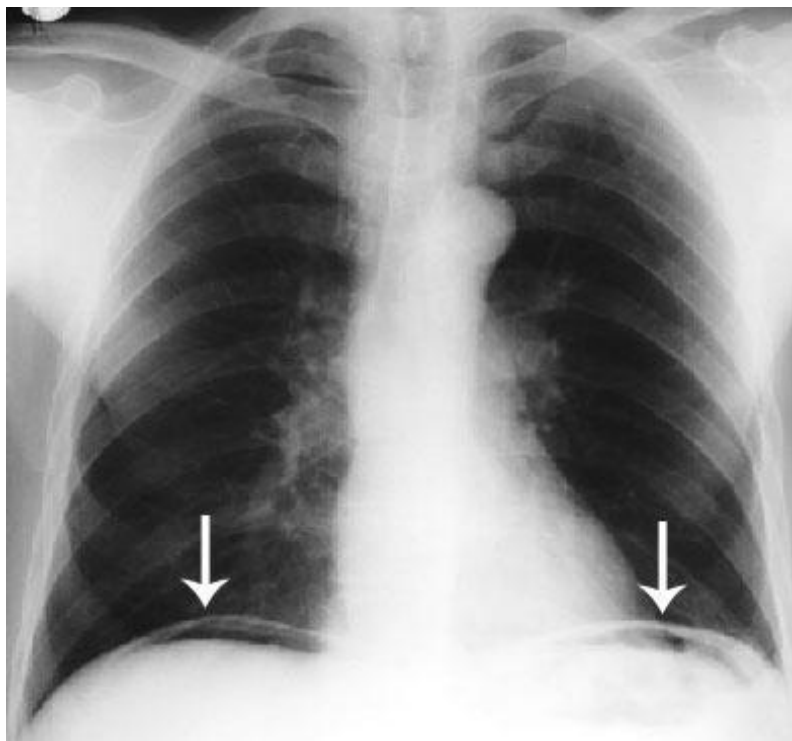


Свободный газ в брюшной полости

- приоритетным является рентгенологическое исследование;
- свободный газ в брюшной полости занимает самое высокое место.

В вертикальном положении больного газ обычно располагается под правым куполом диафрагмы, который является самой высокой точкой брюшной полости. В положении лежа на спине при горизонтальном ходе луча он находится у передней брюшной стенки, в положении латерографии на левом боку - между печенью и боковой брюшной стенкой.

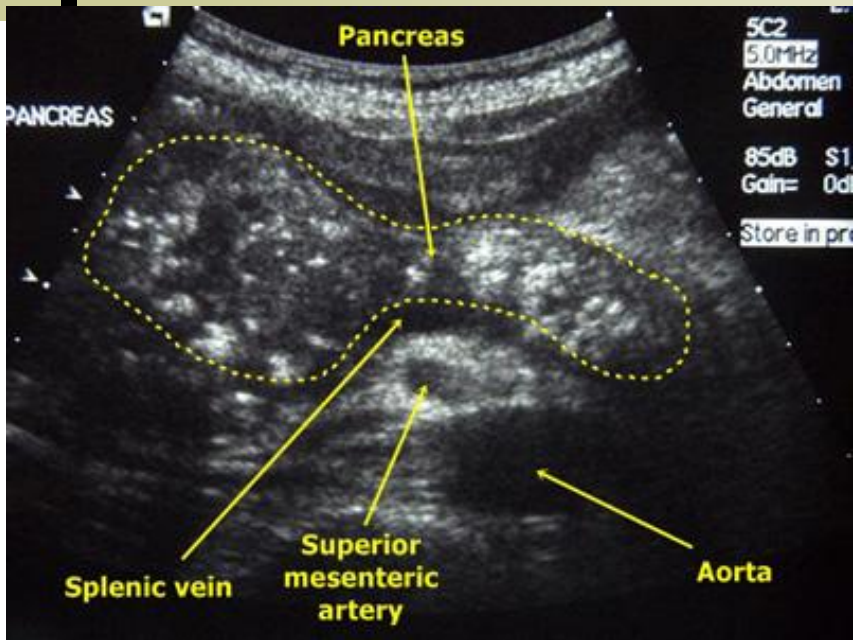
Свободный газ в брюшной полости



Панкреатит

- при остром панкреатите обзорная рентгенография дает возможность оценить характер и степень выраженности динамической кишечной непроходимости, часто сопутствующей панкреатиту.

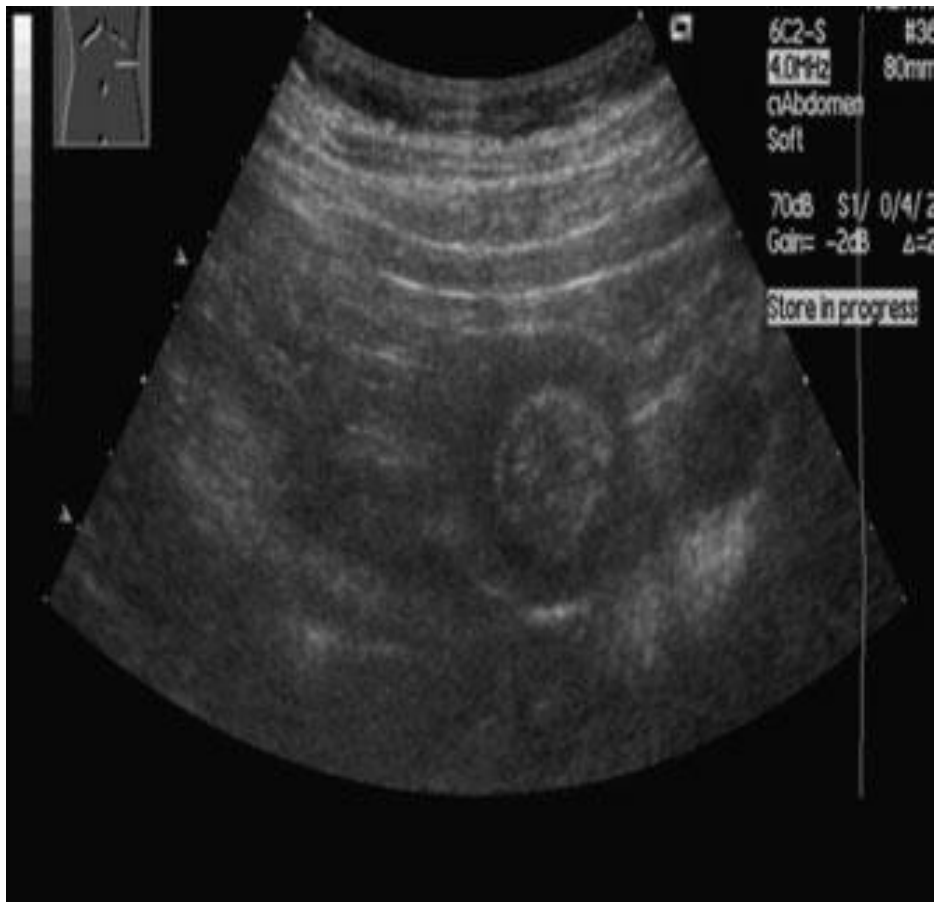
Характерным симптомом острого панкреатита при контрастном исследовании желудка является развернутая подкова двенадцатиперстной кишки. Нередко выявляется симптом "вырезанной ободочной кишки" - отсутствие газа в ободочной кишке на уровне поджелудочной железы.



Острый аппендицит

- при ультразвуковом исследовании в продольном (по длинной оси отростка) направлении определяется отечная утолщенная стенка, экссудат в просвете и, нередко, свободная жидкость вокруг;
- специфичным рентгенологическим признаком аппендицита являются аппендиколиты (фекалиты) – плотные обызвествленные образования; лучше видны на КТ;
- при подозрении на аппендицит в качестве дополнительного метода может быть выполнена неотложная ирригоскопия.

Острый аппендицит и ирригоскопия



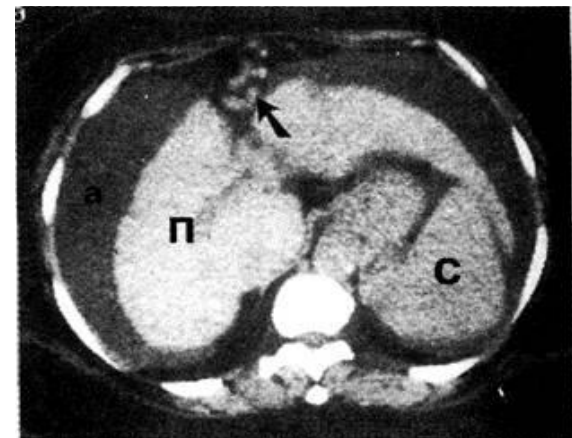
Перитонит

Обзорная рентгенография:

1. Задержка газа и наличие уровней жидкости в тонкой и толстой кишках.
2. Угнетение моторики кишечника.
3. Изменение рельефа слизистой за счет отека.
4. Нечеткость боковых структур брюшной стенки.
5. Сетчатость структуры подкожного жирового слоя.
6. Ограничение дыхательных экскурсий диафрагмы.

КТ:

1. Наличие свободной или осумкованной жидкости в БП.
2. Инфильтрация сальника и брыжейки.
3. Утолщение париетальной брюшины.



Мочекаменная болезнь

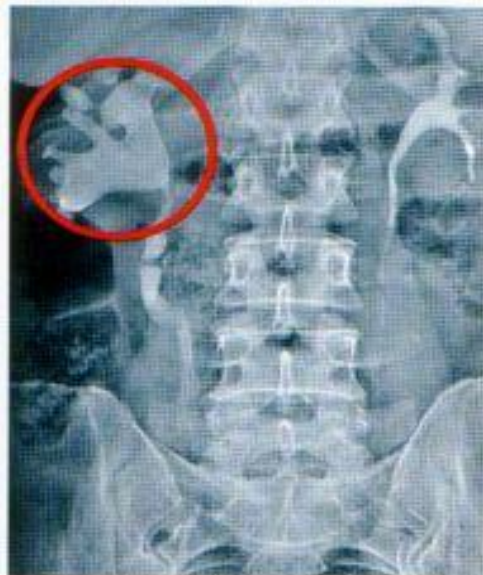
- выявляемость камней на рентгенограммах зависит от их химического состава и от качества рентгенограммы. Камни, состоящие из оксалатов и фосфатов, хорошо поглощают лучи и потому отчетливо выявляются на рентгенограммах.

Белковые, цистиновые и ксантиновые камни, составляющие около 10% всех конкрементов мочевыделительной системы, не дают отчетливого отображения на рентгенограммах.

Обзорная рентгенография позволяет выявлять около 80-90% камней мочевыводящих путей;

- сонографический критерий наличия камня - эхогенный очаг высокой интенсивности с отчетливой акустической тенью.

Мочекаменная болезнь



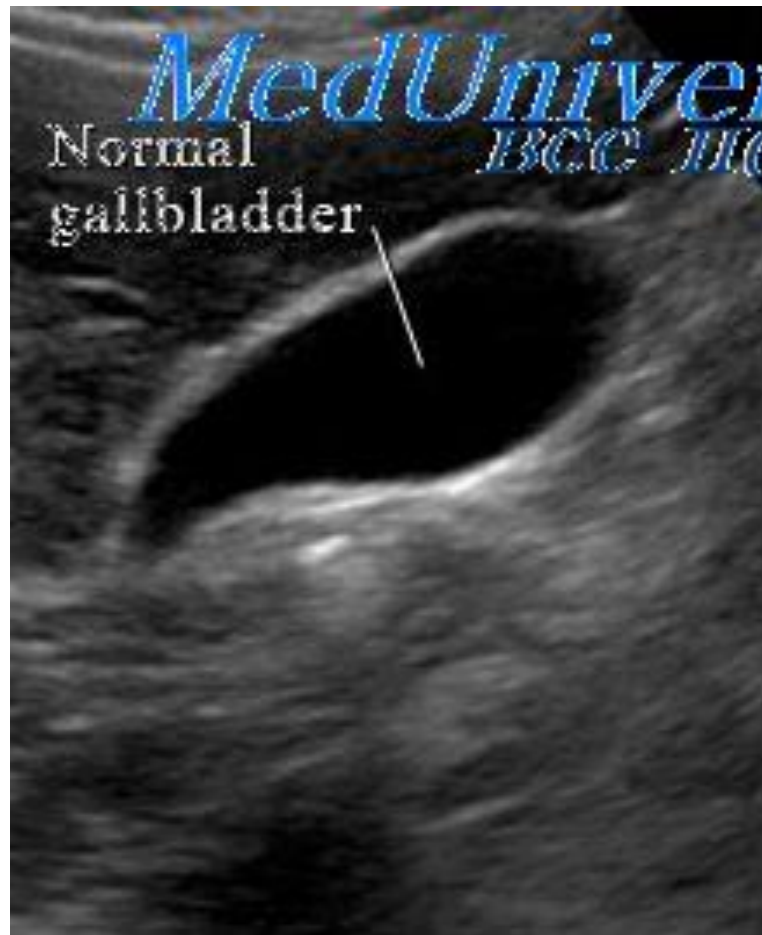
Острый холецистит

- ультрасонография сегодня является доминирующим методом в диагностике желчнокаменного холецистита.

Рентгеноконтрастная холецисто- и холангиография практически утратили свое значение. Камни желчевыводящих путей обычно рентгенонегативны, поэтому на обзорных рентгенограммах выявляются редко.

Ультразвуковое исследование позволяет установить наличие камней в 85-90% случаев. Точность метода повышается, если диаметр камней превышает 3 мм.

Острый холецистит



Абсцессы

- при обзорной рентгенографии выявляется уплотнение тканей брюшной полости или забрюшинного пространства. На рентгенограммах и компьютерных томограммах инфильтрат выглядит в виде уплотнения, равного по плотности мягким тканям;
- компьютерная томография позволяет отличить инфильтрат от абсцесса путем денситометрической оценки, абсцесс от гематомы;
- УЗИ также является весьма информативным методом.

[Абсцессы]



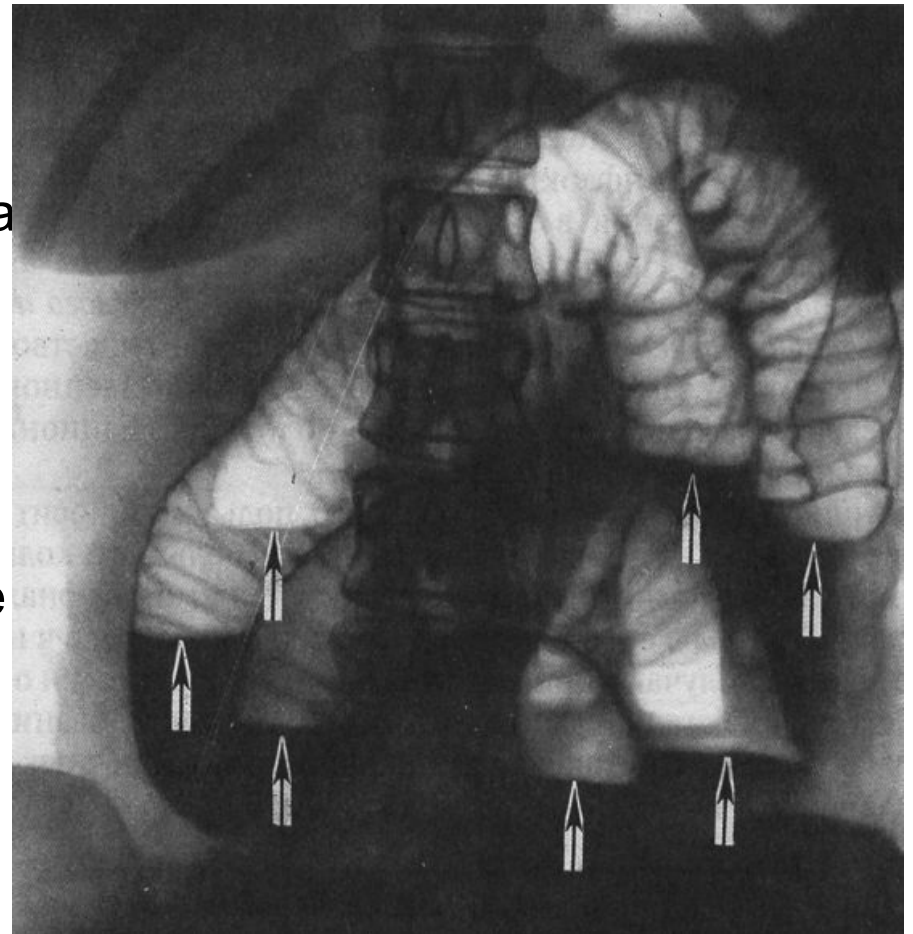
Нарушение мезентериального кровообращения

- при рентгенологическом исследовании на обзорных снимках и компьютерных томограммах выявляется картина динамической непроходимости в виде распространенного расширения просвета и утолщения стенки тонкой кишки вследствие отека и кровоизлияний. Окончательный диагноз нарушения мезентериального кровообращения ставится с помощью ангиографии.



Кишечная непроходимость

- обзорная рентгенография:
вздутие кишечных петель,
расположенных выше места
закупорки или сдавления
кишки. В этих петлях
определяется скопление
газа и горизонтальные
уровни жидкости (чаши или
уровни Клойбера) – вздутие
престенотической части
кишки.



Заключение

Таким образом, лучевые методы исследования играют важную роль в диагностике причин острого живота и должны применяться в возможно ранние сроки от начала появления первых клинических признаков.

Знание возможностей лучевых методов и рациональное их применение во многих случаях решает вопрос выбора рациональных методов лечения и определяет исход болезни.



Спасибо за внимание!