



ном компьютере с помощью стандартной программы Excel.

Полученные результаты доказывают, что при желудочном кровотечении происходит повышение скоростных показателей кровотока (V_{max} , объемная скорость кровотока) при снижении индекса резистентности в группе исследования относительно контрольной группы. Кроме того, при исследовании в В-режиме отмечается утолщение стенки, снижение эхогенности стенки желудка в области язвенного дефекта (периперитонитный отек), деформация внутреннего контура стенки, при сохраненном (ровном) наружном контуре.

Выводы. Патогманичными УЗ признаками желудочного кровотечения являются: в В-режиме - утолщение стенки, наличие кратерообразного дефекта стенки желудка, снижение эхогенности стенки желудка при сохраненной дифференциации на слои, наличие анэхогенного содержимого с грубодисперсной взвесью в просвете желудка; повышение пиковой систолической скорости кровотока и снижение индекса резистентности при ультразвуковой доплерографии.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Курочкин С.В.

Казань, ГАУЗ

В mail: kurochkin.70@mail.ru, тел.: 8 917 269-17-64

Цель исследования: На примере клинического наблюдения оценить возможности различных методов исследования и оценить их эффективность в диагностике аномалии развития толстой кишки.

Материалы и методы. Пациент Д., 58 лет, 10.01.2014 госпитализируется в хирургическое отделение ГАУЗ «РКБ 21162» с жалобами на постоянные тупые боли в правой подвздошной области на протяжении 3-х месяцев, с предварительным диагнозом: дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцессов, хр. аппендицит (по данным ФКС от 16.12.2013 – признаки хронического колита, дивертикул слепой кишки, аномалия червеобразного отростка). За время пребывания в стационаре с 10.01.2014 по 18.01.2014 в отделении лучевой диагностики с диагностической

целью проведены ирригоскопия (10.01.2014), обзорная рентгенография брюшной полости (13.01.2014), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости (ОБП) и малого таза (14.01.2014). Ирригоскопия и обзорная рентгенография брюшной полости выполнены на рентгеновской установке с дистанционным управлением «Winscope 2000» в цифровом и аналоговом режимах соответственно. МСКТ ОБП и малого таза выполнена на компьютерном томографе Aquilion32 (Тошиба) на задержке дыхания с использованием стандартных режимов, с толщиной реконструктивных срезов 3.0 мм и дальнейшим получением объемных изображений с построением реконструктивных снимков. Для введения контрастного препарата использовался автоматический 2-колбовый инжектор OptiVantage (Малинкрот). В качестве контрастного препарата применялся Ультравист-370,100 мл, со скоростью введения 4 мл/сек. Лапароскопическая резекция толстой кишки (03.02.2014 г.).

Полученные результаты. Ирригоскопия. Заполнение кишки контрастной массой без задержек, полное, с контрастированием аппендикса, который имеет правильный ход, толщиной – до 0,3 см и длиной – 4 см. На уровне слепой кишки отмечается заполнение контрастным веществом предположительно слепо заканчивающегося отдела кишки, диаметром – до 3,0–6,0 см, протяженностью – до 30–35 см. Опорожнение толстой кишки неполное (сохраняется бариевая взвесь практически во всех отделах толстого кишечника).

Заключение: Аномалия развития толстого кишечника?/патология подвздошной кишки? Обзорная Ro-графия ОБП стоя. Состояние после проведения ирригоскопии от 10.01.13.

Определяется значительное количество контрастного вещества в просвете ранее описанного образования, отходящего на уровне слепой кишки, расположенного преимущественно в левой половине брюшной полости, с газовым пузырем в его слепо заканчивающемся отделе. Следы контрастного вещества в слепой, восходящей ободочной кишке. На серии компьютерных томограмм органов брюшной полости и забрюшинного пространства – наличие дополнительного фрагмента кишки, берущего начало от купола слепой кишки, направляясь влево и вверх, слепо заканчиваясь ближе к уровню поперечной ободочной кишки, длиной – до 27–28 см, диаметром – от 1,5 см (в проксимальном и среднем отделе) до 5,0 см (в дистальном отделе). При нативном исследовании без контрастирования кишечника per os