

5- diff.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультета

Научно-исследовательская работа

**Тема: «Роль рентгенологических исследований в диагностике
заболеваний желудочно-кишечного тракта»**

Выполнила:
Студентка 2 курса 1 группы
педиатрического факультета
Суханова Е.С.

Волгоград - 2018

Введение.....	3
Цели.....	4
Задачи.....	4
Теоретическая часть.....	5
Обзорная рентгеноскопия и контрастирование	5
Основные синдромы.....	6
Подготовка	10
Показания	10
Противопоказания	10
Рентгенологическая картина в норме	11
Рентгеноскопия глотки.	11
Рентгеноскопия пищевода.....	11
Рентгеноскопия желудка.	12
Рентгеноскопия тонкой кишки.	13
Рентгеноскопия толстой кишки.....	14
Вывод:.....	16
Список литературы	17

Введение

В диагностике заболеваний и повреждений органов пищеварительной системы лучевое исследование занимает значительное место. Среди лучевых методов исследования желудочно-кишечного тракта первое место занимают рентгенологические методики.

Обычное рентгенологическое исследование не эффективно из-за способности рентгеновских лучей поглощаться стенками желудочно-кишечного тракта и для лучшего результата используют контрастную рентгенографию. Контрастная рентгенография – это целая группа методов рентгенологического исследования, отличительной особенностью которых является использование в ходе исследования рентгеноконтрастных препаратов для повышения диагностической ценности снимков.

Используются основные методы исследования: - рентгеноконтрастное исследование с тугим наполнением и с двойным контрастированием. Рентгенологическое исследование органов пищеварительной системы обязательно включает в себя просвечивание и серийную рентгенографию (обзорную и прицельную), так как в силу анатомо-физиологических особенностей пищеварительной системы правильное распознавание заболеваний только по снимкам, выполненным в стандартной проекции, невозможно.

В последние десятилетия во многих странах мира, в том числе и в России, отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от рака толстой кишки, который в настоящее время прочно занимает одно из лидирующих мест в структуре онкологической патологии. Своевременная диагностика таких патологий поможет предотвратить развитие онкологии на начальных этапах развития.

Так же можно отметить актуальность данной темы так как рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта является наиболее быстрым, эффективным, экономичным и достоверным способом диагностики заболеваний пищевода (пороков развития, язв, опухолей, сужения просвета, дивертикулов); желудка (язв, опухолей), кишечника (воспалительных заболеваний, опухолей, дивертикулов), а так же нарушения перистальтики различных отделов ЖКТ. Так же стоит отметить безопасность рентгеноконтрастных средств.

Цель:изучить роль рентгенологического исследования в диагностике различных заболеваний и патологий отделов желудочно-кишечного тракта.

Задачи:

1. Изучить научную литературу по данной теме.
2. Исследовать методы рентгеноскопического исследования органов желудочно-кишечного тракта.
3. Проанализировать рентгенологические картины в норме.

Обзорная рентгеноскопия

Все исследования желудочно-кишечного тракта обязательно начинаются с обзорной рентгеноскопии органов груди и живота, потому что многие заболевания и повреждения живота могут вызвать реакцию легких и плевры, а заболевания пищевода - сместить соседние органы и деформировать средостение.

Этот метод обнаруживает рентген-контрастные камни, находящиеся в желчном пузыре, внутри- и внепеченочных желчевыводящих протоках, поджелудочной железе, а также участки обызвествления в печени, поджелудочной железе, селезенке.

На обзорных рентгенограммах органов брюшной полости также можно обнаружить признаки перфорации полого органа в виде появления свободного газа в вышележащих местах (под диафрагмой в вертикальном положении больного или под брюшной стенкой - в горизонтальном). Кроме того, при просвечивании или на обзорной рентгенограмме хорошо видны скопления жидкости в отлогах местах живота, газ и жидкость в кишечнике, участки обызвествления. Обзорная рентгенограмма является наиболее простым (в техническом смысле) и распространенным исследованием. Именно оно позволяет быстро и точно исключить опаснейшую хирургическую патологию (кишечную непроходимость, разрыв стенок желудка, кишки или пищевода), при которой больного необходимо безотлагательно вести в операционную. Если диагноз остается неясным, применяют искусственное контрастирование органов желудочно-кишечного тракта.

Контрастирование

Основной контрастный препарат для исследования ЖКТ – водная взвесь сульфата бария. Сульфат бария применяется в двух основных формах. Первая форма – порошок, смешиваемый с водой перед использованием. Вторая форма – готовая к использованию взвесь для специальных рентгенологических исследований. В клинической практике используются два уровня концентрации бария: один для обычного контрастирования, второй – для двойного контрастирования.

Для обычного исследования желудочно-кишечного тракта применяется водная взвесь сульфата бария. Она имеет консистенцию полугустой сметаны и может храниться в стеклянной посуде в прохладном месте 3–4 дня.

Для проведения исследования с двойным контрастированием необходимо, чтобы контрастное средство имело высокую степень дисперсности и концентрации частиц сульфата бария при низкой вязкости суспензии, а также хорошую прилипаемость к слизистой ЖКТ. Для этого в бариевую взвесь добавляют различные стабилизирующие добавки: желатин,

карбоксиметилцеллюлозу, слизь семени льна, крахмал, экстракт алтейного корня, поливиниловый спирт и др. Готовая к использованию мелкодисперсная бариевая взвесь высокой концентрации выпускается в виде готовых препаратов с различными стабилизаторами, вяжущими веществами, вкусовыми добавками: баротраст, баролоид, баросперс, микропак, миксобар, микротраст, новобариум, оротраст, скиабарий, сульфобар, телебрикс, гексабрикс, хитраст и другие.

Препараты бария противопоказаны при подозрении на перфорацию органов ЖКТ, так как попадание их в брюшную полость ведет к тяжелому перитониту. В этом случае используют водорастворимые контрастные средства.

Классическое рентгенологическое исследование обязательно включает три этапа:

- исследование рельефа слизистой оболочки;
- изучение формы и контуров органов;
- оценку тонуса и перистальтики, эластичности стенок.

Сейчас контрастирование только бариевой взвесью постепенно уступает место двойному контрастированию бариевой взвесью и воздухом. Двойное контрастирование в большинстве случаев намного эффективнее и рассматривается как стандартный метод рентгенологического исследования ЖКТ. Раздувание исследуемого отдела ЖКТ воздухом способствует выявлению ригидности стенки и равномерному распределению небольшого количества бариевой взвеси, которая обмазывает слизистую оболочку тонким слоем. Контрастирование только барием оправдано у пожилых и ослабленных больных, в послеоперационном периоде и со специальными целями – например, при исследовании моторики органов ЖКТ.

При двойном контрастировании, как правило, используют препараты для расслабления мускулатуры ЖКТ (атропин, аэрон; парализующие моторику глюкагон и бускопан). Они противопоказаны больным, страдающим глаукомой и аденомой предстательной железы с нарушением мочеиспускания.

Рентгенологическая симптоматика различной патологии пищеварительного тракта может быть сгруппирована в **десять основных синдромов**.

1. Сужение просвета (деформация) пищевода, желудка или кишечника встречается при большой группе патологических процессов. Этот синдром может быть обусловлен как патологическими процессами, исходящими из стенки пищевода, желудка или кишечника, так и заболеваниями смежных органов, а также некоторыми аномалиями (пороками) развития. Сужение просвета нередко возникает после хирургических вмешательств на пищеводе, желудке и кишечнике. Причиной сужения просвета (спазма) любого отдела пищеварительного канала могут быть также кортико-висцеральные и висцеро-висцеральные нарушения.

2. Расширение просвета (деформация) пищевода, желудка или кишечника может ограничиваться частью органа (местное) либо захватывать весь орган (диффузное) и достигать различной степени выраженности. Расширение просвета органа часто сочетается со значительным скоплением в нем содержимого, обычно газа и жидкости.

3. Дефект наполнения может встречаться в любом отделе пищеварительного тракта и может быть обусловлен различными заболеваниями органов либо наличием содержимого в их просвете.

4. Депо бария (ниша) часто встречается при патологических процессах, сопровождающихся разрушением органа (язва, опухоль, актиномикоз, сифилис, туберкулез, эрозивный гастрит, язвенный колит), локальным выбуханием стенки (дивертикул) или ее деформацией (смежный процесс, рубцовые изменения, последствия травмы или оперативных вмешательств).

5. Изменение рельефа слизистой оболочки – синдром, своевременное выявление которого способствует раннему распознаванию многих заболеваний пищевода, желудка и кишечника. Изменение рельефа слизистой оболочки может проявляться утолщением или истончением складок, чрезмерной извилистостью или их выпрямлением, неподвижностью (ригидность), появлением на складках дополнительных разрастаний, разрушением (обрыв), схождением (конвергенция) или расхождением (дивергенция), а также полным отсутствием («голое плато») складок. Наиболее информативное изображение рельефа слизистой оболочки получают на снимках в условиях двойного контрастирования (барий и газ).

6. Нарушение эластичности стенки и перистальтики обычно обусловлено воспалительной или опухолевой инфильтрацией стенки органа, рядом расположенным процессом или другими причинами. Часто сочетается с уменьшением просвета органа в зоне поражения или диффузным его расширением (атония, парез), наличием патологического рельефа слизистой оболочки, дефекта наполнения или депо бария (ниша).

7. Нарушение положения – смещение (оттеснение, подтягивание, перетягивание) пищевода, желудка или кишечника может возникнуть в результате поражения самого органа (рубцующаяся язва, фибропластическая форма рака, гастрит, колит) или являться следствием патологии в смежных органах (пороки сердца, опухоли и кисты средостения, брюшной полости и забрюшинного пространства, аневризма грудной или брюшной аорты). Нарушение положения пищевода, желудка или кишечника может наблюдаться при некоторых аномалиях и пороках их развития, а также после оперативных вмешательств на органах грудной и брюшной полостей.

8. Скопление газа и жидкости в кишечнике сопровождается образованием одиночных или множественных горизонтальных уровней с газовыми пузырями над ними – чаш Клойбера. Данный синдром выявляется, главным образом, при механической непроходимости кишечника, развивающейся вследствие сужения просвета кишки на почве опухолей, рубцовых изменений кишечной стенки, заворота, инвагинации и других

причин, а также при динамической непроходимости кишечника, возникающей рефлекторно при различных патологических процессах в брюшной полости и забрюшинном пространстве (аппендицит, панкреатит, перитонит).

9. Свободный газ и/или жидкость (кровь) в брюшной полости или забрюшинном пространстве обнаруживается при некоторых заболеваниях (язва желудка или двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, острый аппендицит) и повреждениях (закрытая травма живота, проникающее ранение, инородное тело), сопровождающихся нарушением целостности стенки полого органа. Свободный газ в брюшной полости может выявляться после продувания маточных труб и хирургических вмешательств (лапаротомия).

10. Газ в стенке полого органа может скапливаться в лимфатических щелях подслизистой и серозной оболочек желудка, тонкой или толстой кишки в виде небольших тонкостенных кист (кистовидный пневматоз), которые видны через серозную оболочку.

Существует несколько способов рентгеноскопического исследования органов брюшной полости:

1. Классический способ. Первая часть обследования проводится в вертикальном положении пациента. Пациент делает пару глотков раствора сульфата бария. Врач прослеживает движение контрастного вещества по пищеводу, изучая его состояние. При этом орган исследуется с левой стороны. При отсутствии патологий барий продвигается легко. На втором этапе больному необходимо принять горизонтальное положение на специальном столе, и орган сканируется в другом ракурсе. С целью распределить вещество равномерно, посмотреть все стенки пищевода пациента. При расслаблении пищеводного сфинктера контрастное вещество проходит в желудок, обволакивая слизистую оболочку. Чтобы лучше распределить вещество используется пальпационный метод. Далее пациент выпивает 200-300мл раствора бария - исследование при «тугом» наполнении. После пассажа (прохождения) вещества врач исследует форму, размер, тонус и сократительную способность желудка и кишечника в различных проекциях.

Классическое рентгенологическое исследование обязательно включает три этапа:

- исследование рельефа слизистой оболочки;
 - изучение формы и контуров органов;
 - оценку тонуса и перистальтики, эластичности стенок.
2. Положение Тренделенбурга. Процедура предполагает особое положение обследуемого. В этой позиции больной лежит на спине под

углом 45° , при этом таз находится выше головы. Метод используется с целью диагностики диафрагмальной грыжи, которая характеризуется смещением органов к диафрагме. Можно говорить о наличии грыжи, если в пищеводе наблюдаются складки, как у желудочных стенок, затемнено легкое рядом с полостным образованием.

Когда обследуемый находится в положении Тренделенбурга, предоставляется возможность подробно рассмотреть кишечник, так как контуры органов четко прорисовываются за счет попадания контрастного вещества в кишку.

3. Двойное контрастирование. Совместно с контрастным веществом вводится воздух, что помогает лучше распределить барий. Способ позволяет выявить опухоли и другие патологии слизистой. При двойном контрастировании, как правило, используют препараты для расслабления мускулатуры ЖКТ (атропин, аэрон; парализующие моторику глюкагон и бускопан).

Контрастные методики оценивают:

- расположение, величину и форму органов;
- тонус полых органов пищеварительного тракта (спазм или гипотонию – ослабленный тонус);
- двигательную способность (моторику);
- состояние (рельеф) слизистой оболочки;
- наличие изъязвлений;
- местное уплотнение стенок (оно бывает при раке);
- наличие новообразований (доброкачественных или злокачественных) или дивертикулов (похожих на мешочки или карманы выпячиваний стенок органов);
- проходимость (она изменяется при появлении препятствий в виде опухолей, рубцовых сужений – стриктур, спаек);
- присутствие инородных тел (крупных глистов и др.);
- свищевые ходы.

Пассаж сульфата бария по пищеводу осуществляется моментально. Осев в желудке, минут через 30 некоторая часть контрастного вещества покидает его, а спустя еще час выводится полностью. Что касается кишечника, то уже через полминуты после того, как средство было принято, начинает наполняться барием его первый сегмент – двенадцатиперстная кишка. Другие отделы тонкой кишки препарат достигает в течение 15-60 минут, попадание в толстый кишечник происходит еще позже (в зависимости от положения тела обследуемого, гидростатического давления тканевой жидкости и крови в организме, вязкости приготовленной суспензии). В результате прохождения сульфата бария по желудочно-кишечному тракту исследуемые органы делаются отличительными от соседних тканей, что позволяет рассматривать их на экране, а в дальнейшем и на пленке.

Подготовка

Подготовка к исследованию: пациентам, у которых функции желудка и кишечника не нарушены, никакой особой подготовки не требуется. Единственное условие, которое нужно соблюсти, – не принимать пищу за 6–8 часов до процедуры. Пациентам, страдающим какой-либо патологией желудка и кишечника, и пожилым людям уже за 2–3 дня до процедуры рекомендуется начинать придерживаться диеты, уменьшающей газообразование, т. е. исключить или ограничить молочные продукты, сладости, сдобу, газированную воду, капусту и т. д. В рационе должны присутствовать нежирное мясо, яйца, рыба, небольшое количество каш на воде. При запорах и метеоризме утром в день проведения исследования ставится очистительная клизма, при необходимости – промывается желудок.

Также необходимо осуществить проведение аллергопробы.

Перед самым исследованием необходимо снятие металлических предметов на одежде и теле.

Показания

Основными показаниями для рентгенологического исследования пищевода, желудка и кишечника являются:

1. Аномалии в развитии пищевода и желудка.
2. Болезненные ощущения в грудине, в области пупка.
3. Подозрение на рефлюкс.
4. Тошнота рвота без видимых причин.
5. Затруднение глотательных движений.
6. Ожоги пищевода.
7. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
8. Злокачественные заболевания пищевода, желудка и кишечника.
9. Подозрение на язвенную болезнь и ее осложнения.
10. Острые повреждения.
11. Инородные тела.
12. Наличие слизистых и кровяных примесей в каловых массах.
13. Непроходимость тонкого и толстого кишечника.
14. Снижение веса по необъяснимой причине.

Противопоказания

1. Сильное желудочное и пищеводное кровотечения.
2. Вынашивание ребёнка, период кормления.

3. Процедура с применением бария как контрастного вещества не проводится в случае диагностирования пищеводно-бронхиального свища.
4. Наличие аллергии на компоненты контрастного вещества .
5. Тяжелое состояние пациента.

Если невозможно провести рентгеноскопию, являющуюся более щадящим методом диагностики, назначают альтернативное исследование – фиброгастроскопию.

Растворимый в воде натрий амидотризоат применяется при изучении кишечника новорожденных, если имеется подозрение на перфорацию стенок, свищ.

Рентгенологическая картина в норме

Рентгеноскопия глотки.

Из полости рта контрастная масса попадает в глотку, которая представляет собой воронкообразную трубку, расположенную между полостью рта и шейным отделом пищевода до уровня C_V - C_{VI} позвонков. При рентгенологическом исследовании в прямой проекции боковые стенки глотки ровные, четкие. После опорожнения глотки можно увидеть валлекулы и грушевидные синусы. Эти образования отчетливо определяются при гипотонии глотки

Рентгеноскопия пищевода.

На протяжении C_{VI} , C_{VII} , Th_I проецируется шейный отдел пищевода. Грудной отдел пищевода расположен на уровне Th_{II} - Th_X , абдоминальный отдел пищевода ниже пищеводного отверстия диафрагмы на уровне Th_{XI} . В норме пищевод при тугом заполнении имеет диаметр около 2 см, всегда четкие и ровные контуры. *Перистальтические сокращения обуславливают перемежающиеся по контурам волны (со скоростью 2 – 4 см в 1 с).* Когда основная часть контрастной массы перешла в желудок, в межскладочных промежутках пищевода сохраняется налет сульфата бария. Благодаря этому на снимках обрисовываются складки слизистой оболочки. Их в норме 3 – 4, они имеют продольное направление, волнистые очертания, изменчивы в момент прохождения перистальтических волн. После прохождения бариевой массы диаметр пищевода уменьшается, что свидетельствует об эластичности его стенок (0.5). Затем наступает фаза пневморельефа, когда пищевод расширяется, его стенки хорошо контрастируются. Пищевод имеет 3 физиологических сужения: в месте перехода глотки в шейный отдел, на уровне дуги аорты и в пищеводном отверстии диафрагмы. При впадении в желудок между абдоминальным отделом пищевода и сводом желудка

находится кардиальная вырезка (угол Гиса). В норме угол Гиса всегда меньше 90° .

Рентгенологическое исследование пищевода позволяет выявить контуры и ширину пищевода, уровень задержки контрастной массы, наличие дефектов наполнения или ниш, состояние слизистой оболочки. Положение больного зависит от уровня исследования. Чаще проводят полипозиционное исследование для получения рентгенологической картины пищевода на всем протяжении. В шейном отделе пищевод исследуют в боковом положении туловища, в грудном – предпочтительнее правое или левое косое положение, над и поддиафрагмальные отделы исследуют в одном из косых положений или в прямой проекции. Рентгеноскопию пищевода сочетают с рентгенографией, которая фиксирует детали, труднообнаруживаемые при рентгеноскопии.

Рентгеноскопия желудка.

Без искусственного контрастирования желудок может быть виден при обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости, за счет наличия в желудке воздуха, заглатываемого с пищей или при разговоре. В вертикальном положении воздух образует желудочный пузырь, а в горизонтальном - перемещается в наиболее высоко расположенную часть желудка. В горизонтальном положении на спине воздушный пузырь смещается в нижнюю часть тела, синус и антральный отдел, в результате чего они становятся видимыми. При значительном перегибе верхних отделов желудка кзади, например у гиперстеника в некоторых случаях может быть видна стенка желудка. В прямой проекции при тангенциальном ходе лучей вдоль запрокинувшейся части желудка в левом подреберье определяется тень в виде плотного образования округлой или неправильной формы, в центре которой может быть просветление, обусловленное скоплением воздуха.

При приеме бариевой взвеси рентгенологическое изображение желудка зависит от конституции, пола, тонуса, положения тела обследуемого и других факторов. Форму и положение желудка всегда оценивают в единстве с физическими данными и конституцией человека с помощью многопроекционного исследования. Форма и положение желудка зависят от конституции человека. У нормостеников желудок имеет вид крючка. В нем различают: свод, примыкающий к левой половине диафрагмы и содержащий газ в вертикальном положении; тело, расположенное вертикально и условно разделенное на трети (верхнюю, среднюю и нижнюю); горизонтально расположенный антральный отдел желудка и канал привратника. Малая кривизна желудка расположена медиально и имеет гладкий, ровный контур. Большая кривизна зазубрена, волниста из-за складок, идущих косо с задней стенки желудка на переднюю. На переходе тела желудка в антральный отдел по малой кривизне находится угол желудка, по большой кривизне - синус желудка. При приеме небольшого количества РКС вырисовывается рельеф

слизистой оболочки желудка. При тугом заполнении оценивают контуры желудка, эластичность его стенок, перистальтику, эвакуаторную функцию. Нормально функционирующий желудок освобождается от содержимого в течение 1,5-2 ч.

Рентгеноскопия тонкой кишки.

В двенадцатиперстной кишке различают луковицу и верхнюю горизонтальную часть, расположенные в полости живота, и нисходящую и нижнюю горизонтальную части, расположенные в забрюшинном пространстве. Луковица двенадцатиперстной кишки представляет собой образование треугольной формы, основанием обращенное к привратнику и имеющее выпуклые округлые контуры. В ней различают медиальный и латеральный контуры, переднюю и заднюю стенки

Медиальная стенка нисходящей части двенадцатиперстной кишки плотно прилежит к головке поджелудочной железы, в ее средней трети расположен большой дуоденальный сосочек. Через него в двенадцатиперстную кишку поступают желчь и панкреатический сок.

Рентгенологическое исследование двенадцатиперстной кишки возможно при поступлении в ее луковицу контрастной массы из желудка. Иногда для более детального исследования применяются фармакологические препараты (атропин, метацин), снижающие тонус. При этом достигается лучшее заполнение. С этой же целью контрастные вещества в двенадцатиперстную кишку можно вводить через зонд в сочетании с искусственной гипотонией. Это методика называется релаксационной дуоденографией.

В области дуоденального изгиба, проекционно располагающегося у синуса желудка, двенадцатиперстная кишка выходит из забрюшинного пространства и переходит в тощую кишку, которая продолжается в подвздошную. Граница между тощей и подвздошной кишками четко не определяется. Большая часть тощей кишки расположена в левом подреберье, подвздошной - в правой подвздошной области.

Рентгенологическое исследование тощей и подвздошной кишки выполняется после приема бариевой массы внутрь или ее введения через тонкокишечный зонд и называется соответственно пероральной или зондовой энтерографией. При контрастировании через зонд получается не только тугое заполнение тонкой кишки, но и ее двойное контрастирование после введения газа. Снимки выполняют через 15-30 мин в течение 2,5-4 ч до контрастирования илеоцекального отдела. По тощей кишке контрастная масса двигается быстро, в течение 1 ч. В ней отчетливо выявляются складки слизистой оболочки, имеющие циркулярный ход и характерные для всей тонкой кишки керкринговы складки. В подвздошной кишке контрастная масса продвигается медленно, заполнение более тугое, складки видны лишь при компрессии.

Полное опорожнение тонкой кишки наступает в течение 8-9 ч. Это же время оптимально для изучения илеоцекального отдела.

Рентгеноскопия толстой кишки.

Толстая кишка при приеме бариевой массы внутрь начинает заполняться через 3-4 часа и заполняется в течение 24 ч целиком. Эта методика исследования толстой кишки позволяет оценить ее положение, размеры, смещаемость и функциональное состояние. В толстой кишке различают слепую кишку, восходящую ободочную, поперечную ободочную, нисходящую ободочную, сигмовидную и прямую кишку. Внешне толстая кишка отличается от тонкой большим диаметром, особенно в правой половине, которая почти вдвое шире левой половины. Кроме того, толстая кишка в отличие от тонкой имеет гаустры, или выпячивания по контуру, образованные особым расположением продольных мышц. В толстой кишке различают также печеночный и селезеночный изгибы, расположенные в правом и левом подреберьях.

Для более детального изучения толстой кишки необходимо ее ретроградное заполнение контрастной массой с помощью клизмы. Предварительно требуется тщательное очищение толстой кишки от каловых масс. Это достигается приемом современных слабительных средств (препарат фортранс) или голоданием в течение 2 дней в сочетании с очистительными клизмами.

Современная высокоинформативная методика ирригоскопии заключается в одномоментном двойном контрастировании толстой кишки бариевой массой и газом, и хорошо переносится пациентами.

При анализе рентгенограмм можно выявить:

Дивертикул представляет собой мешковидное выбухание слизистой и подслизистой оболочек через щели мышечного слоя стенки пищевода. Большинство дивертикулов располагается в области глоточно – пищеводного соединения, на уровне дуги аорты и бифуркации трахеи и в наддиафрагмальном сегменте. Глоточно–пищеводный (пограничный, ценкеровский) дивертикул образуется между нижними волокнами нижнего констриктора глотки и перстневидно-глоточной мышцей и всегда находится на задней стенке пищевода на уровне VII шейного позвонка. Это врожденный дивертикул. Остальные развиваются при жизни. Рентг. Проводится преимущественно в боковой проекции. Контрастное вещество заполняет мешок с четкими ровными контурами. При значительных размерах дивертикула бариевая взвесь вначале заполняет дивертикул, а затем продвигается по пищеводу. Тракционные дивертикулы ведущую роль в их возникновении играют спайки после различных воспалительных процессов в легких, средостении, нарушении эмбриогенеза. Рентгенологически

определяется выпячивания конусовидной или неправильной формы. Пульсионные дивертикулы обычно развиваются при повышении давления в пищеводе в результате нарушения его моторики, стенозов нижележащих отделов пищевода. Стенка пищевода в этом случае выпячивается в более слабом месте. Рентгенологически – в заднее-боковом положении определяется выпячивание с четкими контурами, в кот. задерживается контрастное вещество.

Инородные тела пищевода

Металлические инородные тела и крупные мясные кости прямо обнаруживаются при рентгеноскопии, на рентгенограммах и на компьютерных томограммах. Нетрудно установить их природу и локализацию. Чтобы найти малоконтрастное инородное тело, больному предлагают выпить одну полную чайную ложку густой водной взвеси сульфата бария, а затем два – три глотка воды. В норме вода смывает контрастную массу. При наличии инородного тела контрастная масса частично задерживается на нем. Особенно внимательно осматривают места физиологических сужений, так как именно в них застревает подавляющее **большинство заглоточных инородных тел.**

Дискинезии пищевода проявляются в его гипертонии или гипотонии, гиперкинезии или гипокинезии, в спазмах или недостаточности сфинктеров. Все эти расстройства распознают при рентгенологическом исследовании в виде ускорения или замедления продвижения контрастной массы, появления спастических перетяжек и т.д. Из **ф у н к ц и о н а л ь н ы х н а р у ш е н и й** наиболее часто наблюдается недостаточность нижнего пищевого сфинктера с гастроэзофагеальным рефлюксом, т.е. забрасыванием содержимого желудка в пищевод. В результате этого в пищеводе развиваются воспалительные явления, возникает поверхностный, а затем и глубокий эзофагит. Сморщивание стенки пищевода способствует образованию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Лучший способ выявления гастроэзофагеального рефлюкса — сцинтиграфия. Пациент стоя выпивает 150 мл воды с меченым коллоидом. Через 10—15 мин он принимает горизонтальное положение. Легким надавливанием на переднюю брюшную стенку провоцируют проявление рефлюкса (для этого удобно использовать надувную манжету, повышая в ней давление каждые 30 с). Переход даже небольшого объема жидкости из желудка в пи-щевод документируется на серии сцинтиграмм.

Другим функциональным расстройством является нарушение вторичных и третичных сокращений стенки пищевода. Усиление вторичных сокращений выражается в спазме ретрокардиального сегмента пищевода. Спазм снимается сублингвальным применением нитроглицерина. Усиление третичных сокращений обуславливает многочисленные нестойкие втяжения на контурах среднего и нижнего отделов грудной части пищевода. Иногда пищевод напоминает четки или штопор (**ш т о п о р о б р а з н ы й п и щ е в о д**)

Вывод:

На основе проделанной работы можно сказать что рентгенологический способ исследования желудочно-кишечного тракта даёт полноценную оценку перистальтики, формы и рельефов различных органов тракта.

Рентгеноскопия позволяет оценить функциональные и морфологические признаки, свидетельствующие о состоянии органов. Рентгенография даёт возможность фиксировать результаты исследования.

Особое значение для постановки правильного диагноза имеет искусственное контрастирование. Для достоверной картины следует так же правильно подготовить пациента к исследованию. Рентгенологические исследования, как и другие исследования, отличаются субъективностью.

Выбор метода рентгенодиагностики определяет специалист лечебного профиля, при этом адекватность поставленного диагноза на основании рентгенологического исследования во многом зависит от профессионализма врача-рентгенолога и лаборанта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сандриков В.А. «Лучевые технологии в клинической практике».- М.: М., «Стром», 2013г.
2. Ростовцев М.В. Атлас рентгеноанатомии и укладок. –М., «ГЭОТАР-Медиа», 2013г.
3. Патологическая анатомия. Национальное руководство/Под. ред. М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратянца. –М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. -1260с.
4. Трофимова Т.Н., Васильков Ю.В., Халиков А.Д. Лучевая диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Учебное пособие, МАПО, Санкт-Петербург, 2014г. 30 с.
5. Линденбратен Л.Д., Королюк И.П. Медицинская радиология (основы лучевой диагностики и лучевой терапии): Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2015г. -672с. (Учеб. лит. Для студентов мед. вузов).

Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 1 группы

Сухановой Екатерины Станиславовны

**(по результатам прохождения производственной практики по
получению профессиональных умений и опыта профессиональной
деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-
исследовательская работа))**

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В работе присутствуют некоторые стилистические погрешности, неточности в оформлении литературы, не влияющие на качество работы в целом.

В целом работа заслуживает оценки «отлично с недочетами» (5-).



(подпись)

Деревянченко М.В.