

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения Республики Беларусь



Л.А. Постоляко

26 декабря 2003 г.

Регистрационный № 160–1203

**МЕТОДИКА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО
ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Гомельский государственный медицинский университет

Авторы: В.М. Лобанков, А.А. Призенцов, С.И. Слизько

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пилородуоденальным стенозом.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ, МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Дегазированный раствор натрия хлорида 0,9% — 600–800 мл.

Аппарат ультразвуковой диагностики с диапазоном рабочей частоты датчиков 3,5–7,5 МГц.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕМОГО МЕТОДА

Предлагаемая методика апробирована и используется нами в хирургическом отделении Гомельской городской клинической больницы № 3 для дифференциальной диагностики различных форм пилородуоденального стеноза язвенной этиологии. Общепринятая классификация подразделяет язвенный стеноз на компенсированный, суб- и декомпенсированный. Субстратом стеноза является сочетание периульцерозной инфильтрации и рубцевания. Анализ клинических данных, результатов комплексного обследования больных и сопоставление их с данными интраоперационной ревизии пилоробульбарной зоны и данными гистологического исследования операционных препаратов позволили нам выделить три основных формы пилородуоденального стеноза: инфильтративную, инфильтративно-рубцовую и рубцовую. Учет этих форм необходим для аргументированного выбора оптимальной хирургической тактики.

При выявлении преобладающей инфильтрации помимо общепринятых мер в предоперационную подготовку необходимо включать противоязвенное лечение, на фоне которого инфильтративный компонент купируется, что обеспечивает оптимальные условия для операции. Эндоскопическое и рентгенологическое исследования не позволяют в полной мере диагностировать инфильтративный компонент, поскольку выявляют, как правило, такой косвенный его признак, как активный язвенный процесс в сочетании с нарушением эвакуации. Наиболее важным критерием, характеризующим инфильтративный процесс, является утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза. Для его выявления в дополнение к общепри-

нятым исследованиям мы применяем методику, основанную на ультразвуковом исследовании пилородуоденальной зоны.

Исследование выполняется натощак. За 10–15 мин до него больному дают внутрь 600–800 мл дегазированного изотонического раствора хлорида натрия. После этого производится ультразвуковое сканирование пилородуоденальной зоны. Необходимо использовать аппарат ультразвуковой диагностики с диапазоном рабочей частоты датчиков 3,5–7,5 МГц. Пациент обследуется в двух основных положениях: лежа на спине и правом боку. Для лучшей визуализации может применяться положение лежа на левом боку, сидя прямо или с наклоном вперед, стоя. Утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки определяется в миллиметрах по ширине ее гипоехогенной инфильтрации. Наилучшая визуализация достигается в момент прохождения контраста (дегазированный раствор) по участку стеноза.

Толщина стенки начального отдела двенадцатиперстной кишки в норме не превышает 2–2,5 мм. По нашим данным, у больных с инфильтративной формой стеноза толщина стенки при ультразвуковом сканировании (ширина гипоехогенной инфильтрации стенки) составляет $6,9 \pm 0,3$ мм (при минимуме 6,0 и максимуме 9,5 мм), при инфильтративно-рубцовой форме — $6,1 \pm 0,3$ мм (при минимуме 4,7 и максимуме 8,3 мм). При рубцовой форме этот показатель незначительно превышает норму и составляет $3,1 \pm 0,2$ мм (при минимуме 2,0 и максимуме 4,0 мм). Толщина стенки луковицы двенадцатиперстной кишки была достоверно больше у больных с инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формами, чем у больных с рубцовой формой ($p < 0,001$). Достоверных различий по этому показателю при сравнении инфильтративной и инфильтративно-рубцовой форм не выявлено.

Из полученных результатов следует, что выявление при ультразвуковом сканировании утолщения стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза более 5 мм говорит о преимущественно инфильтративной форме последнего и является показанием к проведению предоперационной противоязвенной терапии в дополнение к общепринятой коррекции.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Использование недегазированного раствора в качестве контрастного вещества затрудняет визуализацию.

Противопоказания не выявлены.