

KƏSKİN QARIN – PRAKTİK YANAŞMA

Qasımzadə G.Ş.

govher_qasimzade@mail.ru

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Şüa diaqnostika kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Təqdim edilmiş məqalədə müəllif qarında kəskin ağrı zamanı sonoqrafiya və kompyuter tomoqrafiyasının köməyi ilə, bu nahiyədəki müxtəlif patologiyaları diferensiasiya etməklə, düzgün diaqnoz qoymağa imkan verən praktik yanaşmaları təqdim etmişdir. Göstərilmişdir ki, böyrəklərdə daşın və ya pnevmoperitoneumun aşkar edilməsi istisna olmaqla, qarın boşluğunun icmal rentgenoqramı nadir hallarda faydalıdır. Bütün qalan göstərişlərdə sonoqrafiya və ya kompyuter tomoqrafiyasının tətbiq edilməsi zəruridir. Həmçinin qeyd olunmuşdur ki, qarın nahiyəsində kəskin ağrı yarandığı zaman radioloji müayinənin ümumi xəstəliklərin əksəriyyətinin təsdiq edilməsi və ya istisna edilməsi; patologiyanın ümumi əlamətlərinin aşkar edilməsinə dair müayinə daxil olan ikimərhələli yanaşmanın tətbiqi daha məqsədəuyğundur.

Açar sözlər: qarında kəskin ağrı, diaqnostika, sonoqrafiya, kompyuter tomoqrafiyası, patologiyaların diferensiasiyası.

Qarında kəskin ağrı – qarın boşluğunda güclü ağrı ilə səciyyələnən və təcili terapevtik qərarın qəbul edilməsi üçün klinik müdaxilə tələb edən klinik vəziyyətdir. Qarında kəskin ağrının müxtəlif diaqnozuna həyat üçün təhlükəli xəstəliklərdən başlayaraq orta özünüməhdudlaşdırıcı vəziyyətlərə qədər pozulmaların geniş spektri daxildir (cədvəl).

Cədvəl

Kəskin qarının həyat üçün təhlükəli olan özünü məhdudlaşdıran ümumi səbəbləri

Qarın boşluğunda kəskin ağrının yaranmasının geniş yayılmış səbəblərinin təbii dinamikası		
Həyat üçün təhlükəli		Özünüməhdudlaşdıran
Aorta anevrizmasının cırılması	Appendisit	Qastroenterit
Pankreatit	Xolesistit	Limfadenit
Bağırsağın işemiyası	Siqmoid divertikuliti	Piyliyin appendagiti
Mədənin deşilmiş xorası	Salpingit	Piyliyin infarktı
Deşilmiş divertikulit		Cecum divertikuliti

Qarında kəskin ağrı zamanı düzgün qoyulmayan diaqnoz asanlıqla zəruri müalicənin göstərilməsinin ləngiməsinə və ya lazımsız cərrahi müdaxilənin tətbiqinə gətirib çıxara bilər. Sonoqrafiya və kompyuter tomoqrafiyası (KT) qarın boşluğunda kəskin ağrı olan xəstələrin dəqiq və tez təyin edilməsinə kömək edir. Sonoqrafiyanın xəstə ilə sıx təmasda olmaq üstünlüyü var, o, radioaktiv şüalanma tətbiq etmədən xəstəliyin ciddiliyini və maksimal həssaslıqla ağrıyan sahəni qiymətləndirməyə imkan verir. Ümumiyyətlə, KT diaqnozunun dəqiqliyi sonoqrafiya ilə müqayisədə yüksəkdir. İnandırıcı olmayan ultrasəs müayinəsi (USM) nəticələri ilə xəstələr üçün sonoqrafiyaya əlavə qismində KT tətbiq etmək olar və ya əksinə.

Qarın nahiyəsində kəskin ağrı yarandığı zaman radioloji müayinənin aşağıdakı ikimərhələli yanaşmasının tətbiqi daha məqsədəuyğundur:

1. Ümumi xəstəliklərin əksəriyyətinin təsdiq edilməsi və ya istisna edilməsi;
2. Patologiyanın ümumi əlamətlərinin aşkar edilməsinə dair müayinə.

Qarın boşluğunun klinikası, laboratoriyası və icmal rentgenoqramı. Qarın boşluğunun adi icmal rentgenoqramı bağırsaq keçməzliyini və ya digər patologiyanı istisna etmir və böyrəklərdə daşların və pnevmoperitoneumun aşkar edilməsində effektivdir. Bütün digər göstərişlərdə sonoqrafiya və/və ya KT tətbiq edilməlidir. Qarın boşluğunun icmal rentgenoqramı qarında ağrının qiymətləndirilməsində məhdud əhəmiyyətə malikdir. Bu səbəbdən adi rentgenoqram bağırsaq keçməzliyini və ya digər patologiyanı istisna etmir və aldadıcı olaraq həkimi sakitləşdirə bilərlər. Bağırsaq ilgəkləri boşluq daxilindəki havasız maye ilə doludursa, qarın boşluğunun adi rentgenoqramı əsasında keçilməzlik qiymətləndirilə bilməz (şəkil 1).



Şəkil 1. Qarın boşluğunun icmal rentgenoqramı. Solda: qarında kəskin ağrı olan xəstənin qarın boşluğunda patoloji dəyişikliklərin olmamasını göstərən icmal rentgenoqram. Sağda: nazik bağırsağın köpmüş ilgəklərini göstərən KT (oxlar).

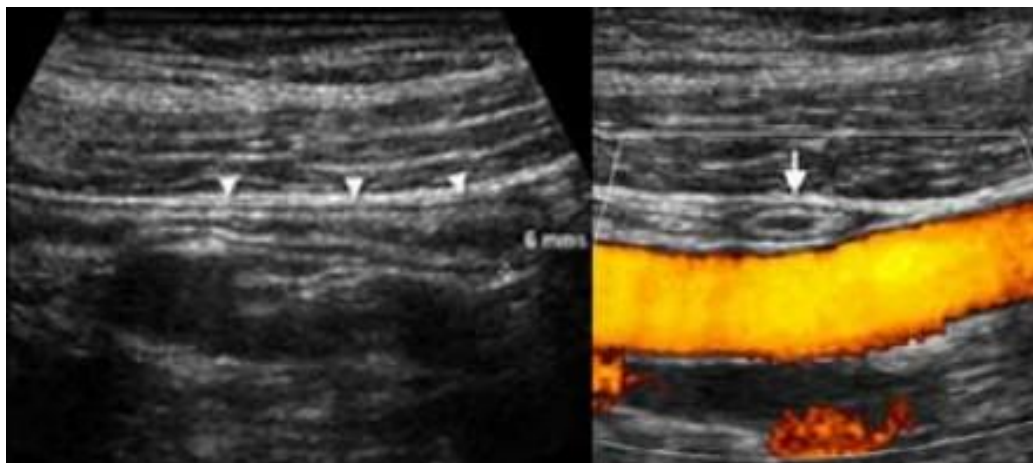
Ümumi xəstəliklərin əksəriyyətinin təsdiq edilməsi və ya istisna edilməsi.

Ağrının yerləşdiyi yerdən asılı olaraq strategiya müəyyənləşdirilir:

- Sağ AK-da ağrı: appendisit nahiyəsini müayinə edin;
- Sol AK-da ağrı: siqmoid diverkulit nahiyəsini müayinə edin;
- Sağ YK-da ağrı: xolesistit nahiyəsini müayinə edin.

Qarın boşluğunda kəskin ağrının bir çox yaranma səbəbi ola bilər. Aşağıda göstərilən tez-tez baş verən pozulmaların təsdiq və ya istisna edilməsini cəmləmək lazımdır.

Sağ AK Appendisit. Sağ AK-da ağrı hər hansı simptomdan və ya laboratoriya nəticələrindən asılı olmayaraq əksi təsdiq olana qədər appendisit kimi qiymətləndirilməlidir [1]. Əgər appendiks aşkar olunmursa, o zaman dəqiq alternativ diaqnoz aşkar edilənə qədər appendisit diaqnozu qoyala bilməz. Əgər appendiks aşkar edilməyibsə və alternativ diaqnoz qoyulmayacaqsa, müayinənin nəticələrini qeyri-müəyyən və ya “appendisit olmaıması” adlandırmaq olar (Şəkil 2).

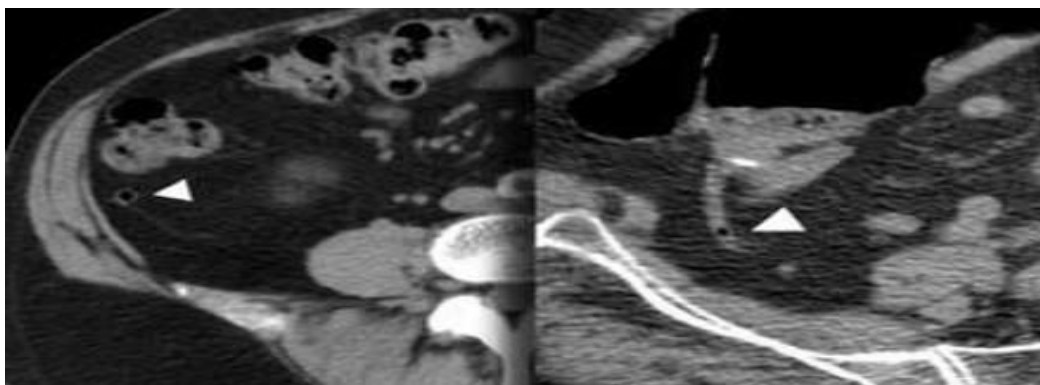


A)

B)

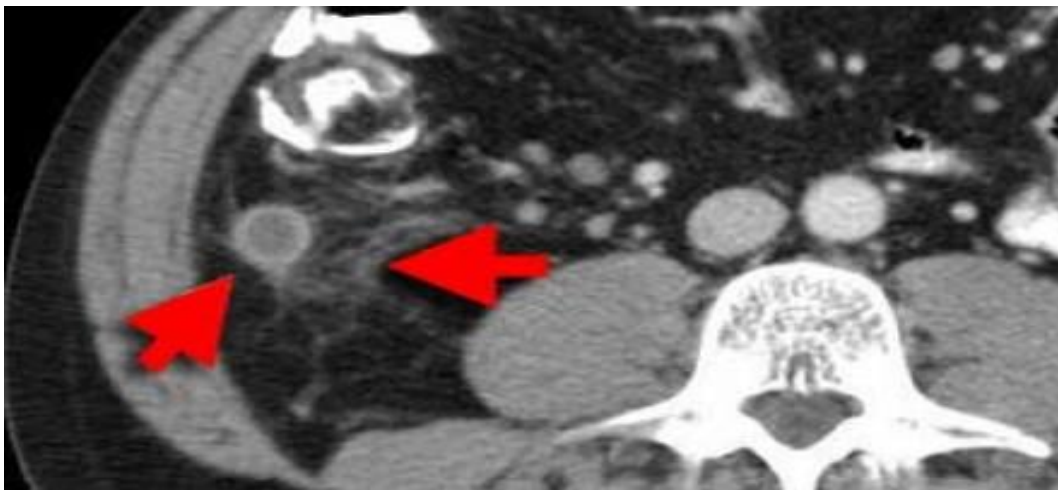
Şəkil 2. Appendiks. A) Adi normal appendiks: uzununa sonoqram maksimal diametri 6 mm, ətrafında iltihabsız piy toxumaları olan, tıxanmış boruşəkilli bağırsağ strukturu (oxlar) aşkar edir. B) Aksial proyeksiyada ileac arteriyası və əzələ arasında olan appendiks basıla bilər.

Normal appendiks. Həkimin ilk vəzifəsi appendiksi aşkar etməkdir. Sonoqrafiyada və KT-də appendiks kor bağırsağın əsasında yaranan tıxanmış nonperistaltik boruşəkilli struktur kimi görünür. Nazik bağırsağın ilgəyini appendikslə səhv salmamaq lazımdır. İkinci növbədə appendiksin normal və ya iltihablı olmasını müəyyən etmək lazımdır. Appendiksin daxili diametri ən mühüm təsvir meyarıdır. Normal və iltihablı appendiksin fərqləndirilməsi zamanı appendiks diametrinin bir qayda olaraq, 6-7 mm hədd kəmiyyəti istifadə edilir. Adi appendiks 6 mm ölçüdə maksimal diametrə malikdir, həmcins iltihabsız piy toxuması ilə əhatə olunmuşdur, sıxılır və çox vaxt mənəfi daxili qaz ehtiva edir [1] (Şəkil 3).



Şəkil 3. Adi appendiks: KT-də aşağı sıxlıqlı həmcins periappendikulyar piy toxuması ilə əhatə olan və mənəzində hava olan köpməmiş appendiksi göstərir (oxlar).

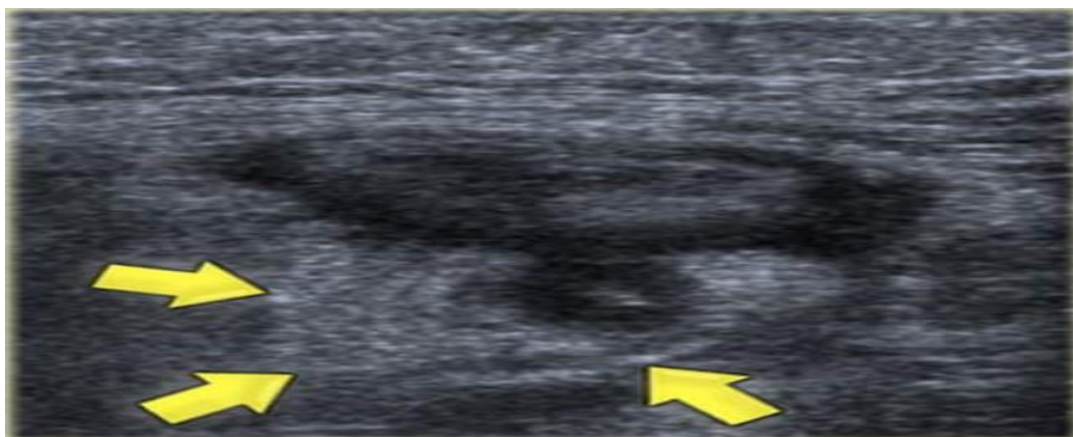
İltihablı appendiks. İltihablı appendiks 6 mm-dən çox diametrə malikdir və bir qayda olaraq, iltihablı piy toxuması ilə əhatə olunmuşdur. Energetik dopplerdə fekolitin və ya hipervaskulyarlığın olması iltihabın olmasını qəti təsdiq edir (Şəkil 4).



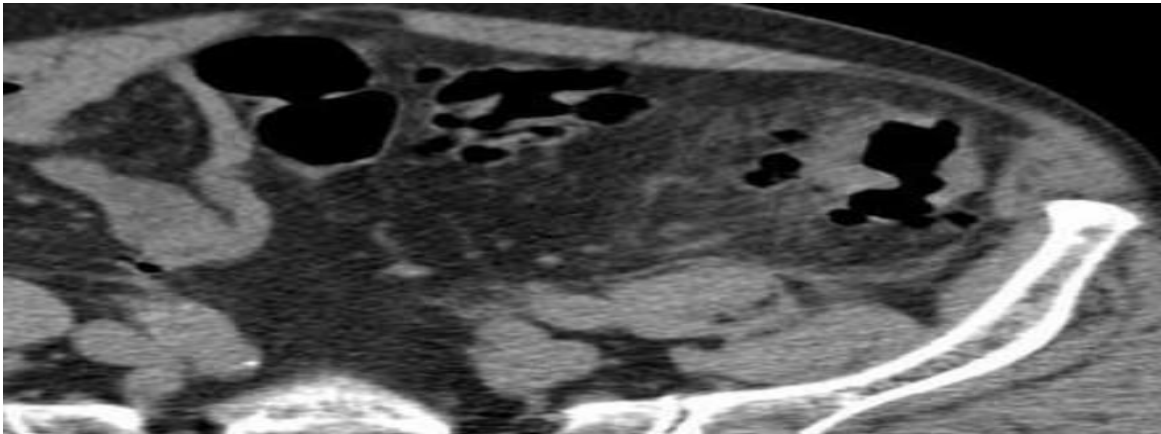
Şəkil 4. KT-də iltihablı appendiks. Appendiks (oxlar) maye ilə doludur və piy hüceyrələrinin ağır şəkildə sıxlaşması hesabına köpmüşdür.

KT iltihablı appendiksi hüceyrə toxumasının ağır şəkildə sıxlaşması ilə əhatə olunmuş kor bağırsağın boruşəkilli strukturunun maye ilə dolması kimi aşkar edir. Qarın daxili piy hüceyrələrinin çatışmazlığı olan xəstələr üçün intravenoz kontrast tətbiqi, iltihablı appendiksin meydana çıxması üçün qəbulediləndir.

Sol AK: Divertikulit. Əgər ağrı Sol AK-da baş verirsə, o zaman başlıca problem siqmoid divertikulitdir. Bu patologiya sonografiyada (şəkil 5) və KT-da (Şəkil 6) seqmentar çənbər divarının sıxlaşması ilə divertikulyoz və divertikulu əhatə edən piy toxumasında iltihablı dəyişikliklər aşkar edilir.

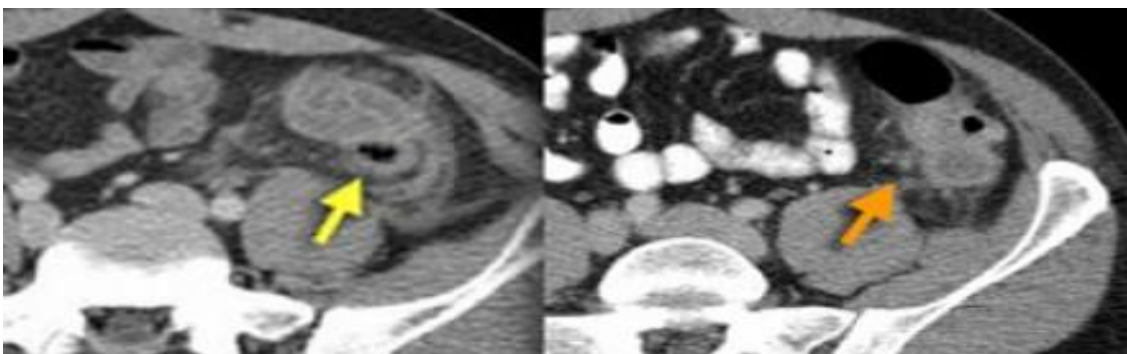


Şəkil 5. Siqmoid divertikulit sonografiyada. Hipoexogen qalınlaşmış divertikulit hiperexogen piy toxuması ilə əhatə edilmişdir (oxlar).



Şəkil 6. Sigmoid divertikulitin ağırlaşmalarının olmaması. Hüceyrə toxumasının ağır şəkildə sıxlaşması və divertikulun olduğu nahiyədə yoğun bağırsağın fokal sıxlaşması. Absessin yaranması aşkar edilməmişdir.

Divertikulitin ağırlaşması, abses, törəmə və ya perforasiya KT-nın aparılması zaman istisna edilə bilər (Şəkil 7).



A)

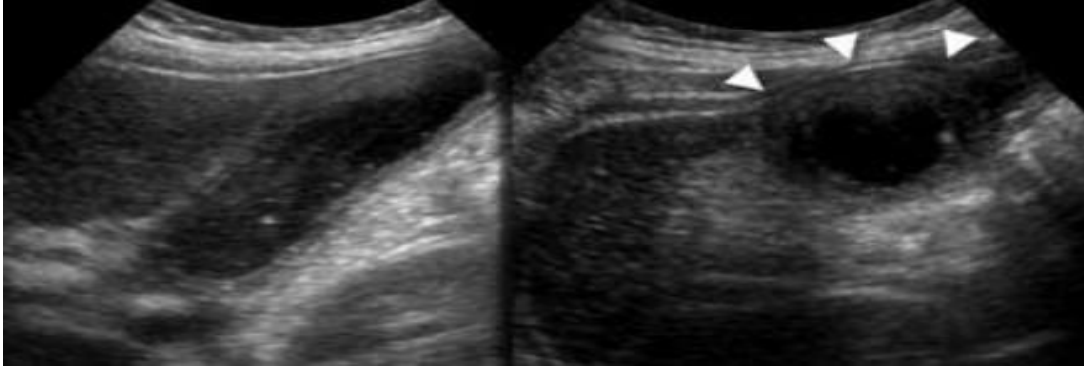
B)

Şəkil 7. Divertikulun KT-si. A) Sigmoid divertikul (ox) hipertensiv piy toxuması ilə əhatə olunmuşdur. Siqmanın divarı qalınlaşmışdır. B) Hüceyrə toxumasının məhdud ağır sıxlaşması ilə siqmanın karsinoma.

Yoğun bağırsağ xərçəngi əhəmiyyətli dərəcədə təhlükəlidir, xüsusilə, invaziv artım, desmoplastik reaksiya və ya iltihab nəticəsində hüceyrə toxumasının ağır şəkildə qalınlaşması ilə əhatə olunduğu zaman yoğun bağırsağ xərçəngi oxşar təsvir xassələri ilə verilə bilər. Çox vaxt diverkuliti yoğun bağırsağ xərçəngindən dəqiq fərqləndirmək mümkün deyil və deməli, müntəzəm olaraq yoğun bağırsağ xərçəngini siqma divertikulitin diferensial diaqnozuna daxil etmək lazımdır.

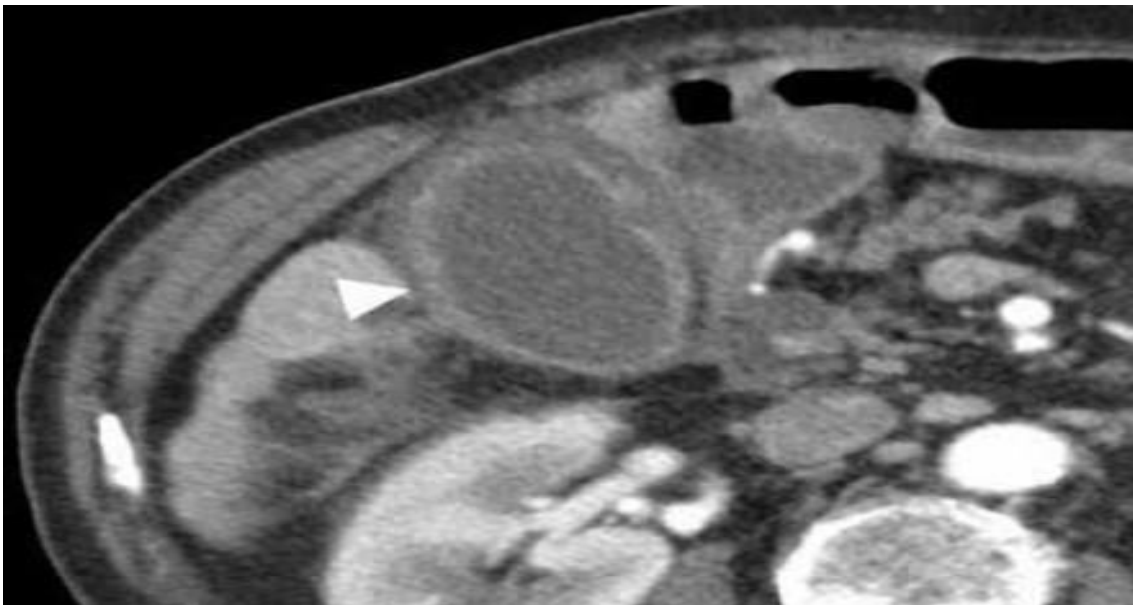
Sağ YK: Xolesistit. Xolesistit daşın kisənin axacaqları üçün maneələr yaratdığı

hallarda yaranır. Sıxılmış öd kisəsinin divarının iltihabına səbəb olur. Öd kisəsində daşlar çox vaxt KT-nın qabağını tutduğundan, xolesistitin müəyyən edilməsi üçün üstünlük verilən vizualizasiya metodu USM-dir. Hidropik öd kisəsinin diaqnozu öd kisəsinin sıxılmaması (nonkompresiya) əsasında müəyyən edilir. Ölçülərə arxayın olmaq lazım deyil, çünki öd kisəsinin ölçüləri müxtəlif ola bilər (Şəkil 8).



Şəkil 8. Uzununa və köndələn USM-də öd kisəsinin qalınlaşmış divarı göstərilmişdir. Öd kisəsi sıxılmır (“hidropik”) və arxa qarın divarında dərinləşmənin səbəbidir (oxlar – göstəricilər).

Xolesistitin təsviri maksimal ağrı sahəsində qalınlaşmış divarı olan genişlənmiş hidropik (yəni sıxılmayan) öd kisəsindən ibarətdir (“Mörfi əlaməti”) (Şəkil 9).



Şəkil 9. Xolesistit KT-da. Öd kisəsinin öz divarı ödemlə qalınlaşması hesabına artmışdır (ox – göstərici) və bəzi hissəsində hüceyrə toxumasının regional ağır sıxlaşmasını görmək olar.

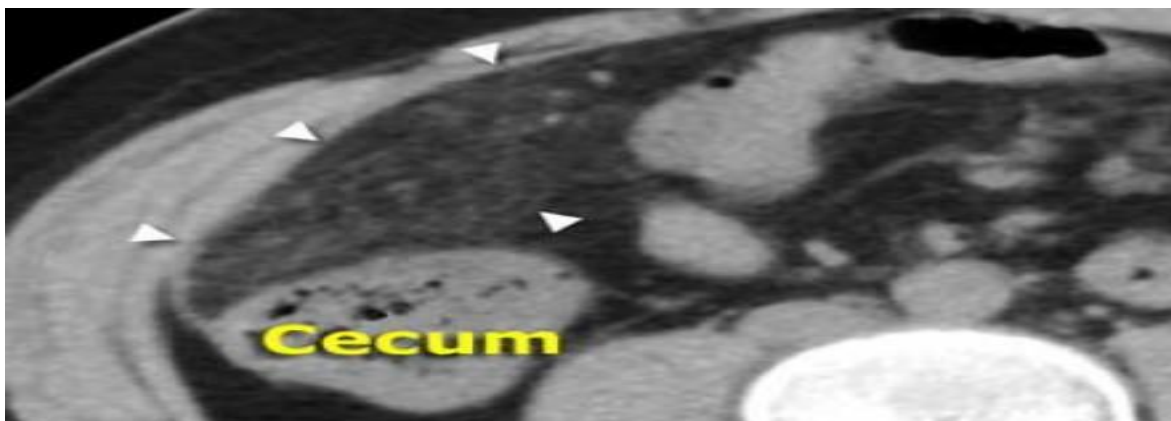
İltihablı öd kisəsi, bir qayda olaraq, daşlar və ya öd çöküntülərini ehtiva edir.

Kəskin iltihaba səbəb olan daş özü-özünə geri qayıda bilmir və ya bilməz, çünki o, öd kisəsinin boynu daxilində parçılmış və ya öd kisəsinin axacaqlarında yerləşmişdir. Öd kisəsi iltihablı piy toxuması ilə əhatə oluna bilər, lakin sonografiyada bu çox vaxt görünmür, KT-də isə bəzən hüceyrə toxumasının ağır sıxlaşmasını aşkar edirik. Pankreatit, hepatit və ya sağtərəfli ürək çatışmazlığı potensial təhlükə təşkil edir, çünki onlar xolesistit meydana çıxmada öd kisəsinin divarının qalınlaşmasına gətirib çıxara bilər. Buna görə də xolesistit diaqnozunun müəyyən edilməsindən əvvəl əmin olmaq lazımdır ki, öd kisəsi ödemlə tıxanmışdır.

Sol YK-da ağrı. Qarın boşluğunun Sol YK-da kəskin ağrı nadir hallarda baş verir. Daha geniş yayılmış səbəb qastral patologiyadır, bu zaman rentgenoloji təsvir cüzi rol oynayır.

Tez-tez baş verən pozulmalar haqqında məlumatları istisna etdikdən sonra bütün qarın boşluğunun sistemik müayinəsinin aparılması vasitəsilə patologiyanın istənilən digər əlamətlərinin aşkar edilməsinə dair müayinə aparmaq lazımdır. İltihablı piy toxumasının, mədənin divarının qalınlaşmasının, bağırsağ keçməzliyinin, assitin və sərbəst hava olması müəyyən edilməlidir.

İltihablı piy toxuması. Piy toxumasının iltihabı hiperexogendir, boşluğu əhatə edir və sonografiyanın aparılması zamanı sıxılır.

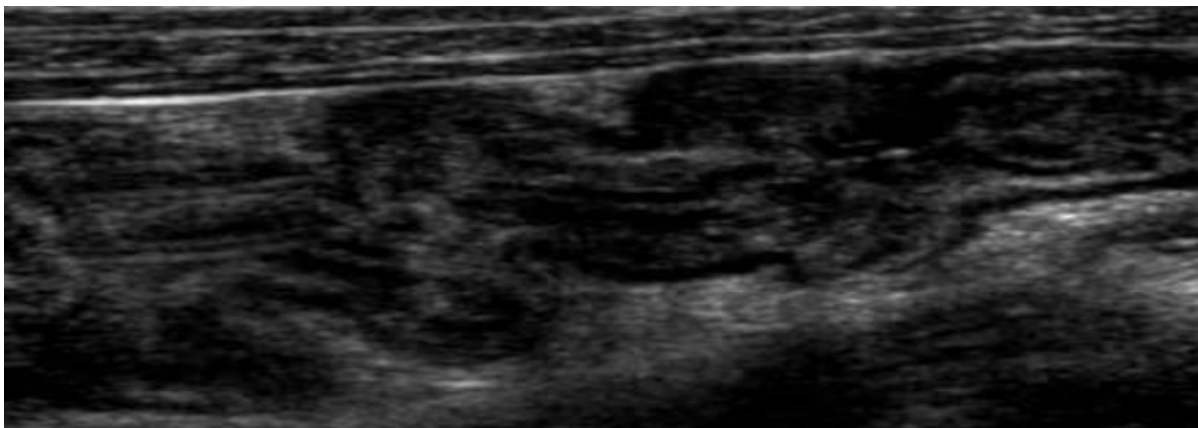


Şəkil 10. Piyliyin kontrastsız KT-si. Sağ yuxarı kvadrantda bir qədər böyüdülmüş sıxıqlı piy toxuması nahiyəsi (oxlar – göstəricilər). Diaqnoz: piyliyin infarktı.

KT-da piy toxumasının iltihabı piy toxumasının ağır sıxılması kimi təqdim edilmişdir. Piy toxumasının iltihabı adətən problemin olduğu yeri və mahiyyəti göstərir. Bir qayda olaraq, mərkəzdə piy toxumasının iltihabı yaxınlığındakı orqan və

ya strukturların iltihabının səbəbidir.

Mədə divarının qalınlaşması. Mədə divarının qalınlaşması iltihabın və ya şişin olmasını göstərir və geniş diferensial diaqnoza malikdir (Şəkil 11). Nazik bağırsağın ilgəklərinin qalınlaşması, bir qayda olaraq, yerli iltihabı göstərir, çünki nazik bağırsaqda şişlər nisbətən nadir hallardır. Yoğun bağırsağın divarının lokal qalınlaşması olan xəstələrdə karsinoma ciddi problem təşkil edir.



Şəkil 11. Kolidən əziyyət çəkən xəstədə mədə bağırsağın diffuz qalınlaşması

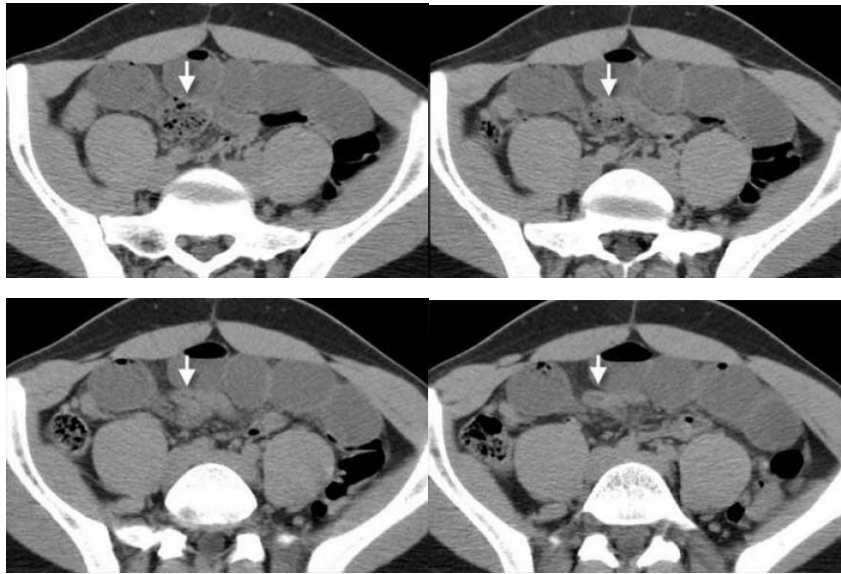
Bağırsaq keçməzliyi (Ileus). Bağırsaq ilgəklərinin patoloji köpməsinə obstruksiya və ya iflic səbəb ola bilər [2]. İlk növbədə bağırsağın hansı hissələrinin zədələnməsini aşkar etmək lazımdır, sonra isə bağırsağın köpməmiş normal ilgəklərinin olmasını müayinə etmək lazımdır (Şəkil 12).



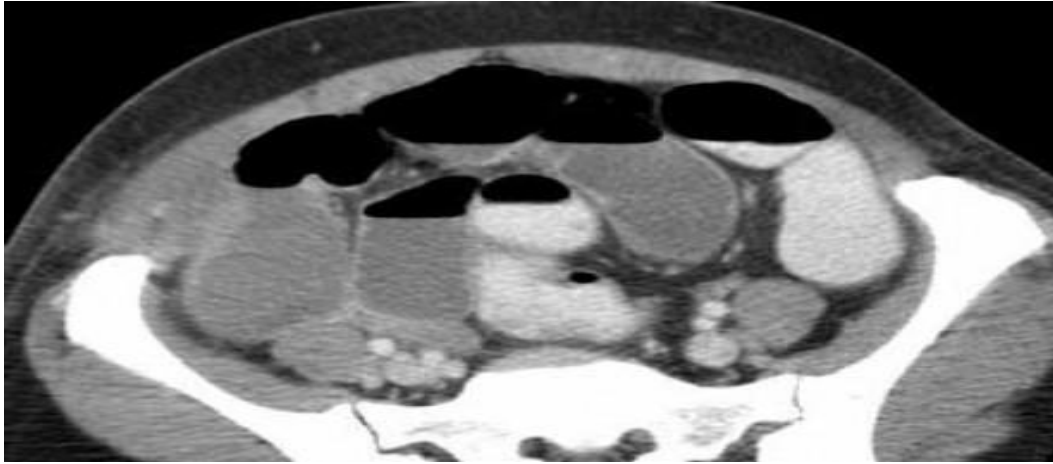
Şəkil 12. Obstruktiv bağırsaq keçməzliyi. KT-da nazik bağırsağın köpmüş ilgəkləri aşkar edilir, lakin nazik bağırsağın bir hissəsi və bütün çənbər bağırsaq köpməmişdir.

Səbəbi – bağırsağ invaginasiyası (ox – göstərici).

Nazik bağırsağın obstruksiyası (NBO) qarın boşluğunda kəskin ağrı olan xəstələrin təxminən 4%-də yaranır. Genişlənmiş nazik bağırsağ və nazik bağırsağın kollapsa uğrayan ilgəkləri müəyyən edilirsə, NBO diaqnozu qoyulur. Obstruksiya olduğu təqdirdə onun səbəbini və yerləşdiyi yeri müəyyən etməyə çalışmaq lazımdır (yapışma, şiş, bağırsağın çevrilməsi, bağırsağ invaginasiyası, qasıq yırtığı). “Nazik Bağırsağın Nəcisli Simptomu” - NBNS (“Small Bowel Feces Sign” - SBFS) çox praktik əlamətdir, çünki o, keçid sahəsində görünür, beləliklə, obstruksiya səbəbinin müəyyən edilməsinə kömək edir (Şəkil 13) [3]. NBNS nazik bağırsağın köpmüş ilgəyində nəcisin meydana gəlməsini simulyasiya edən qazlı və dənəvər material kimi aşkar edilir (Şəkil 14).

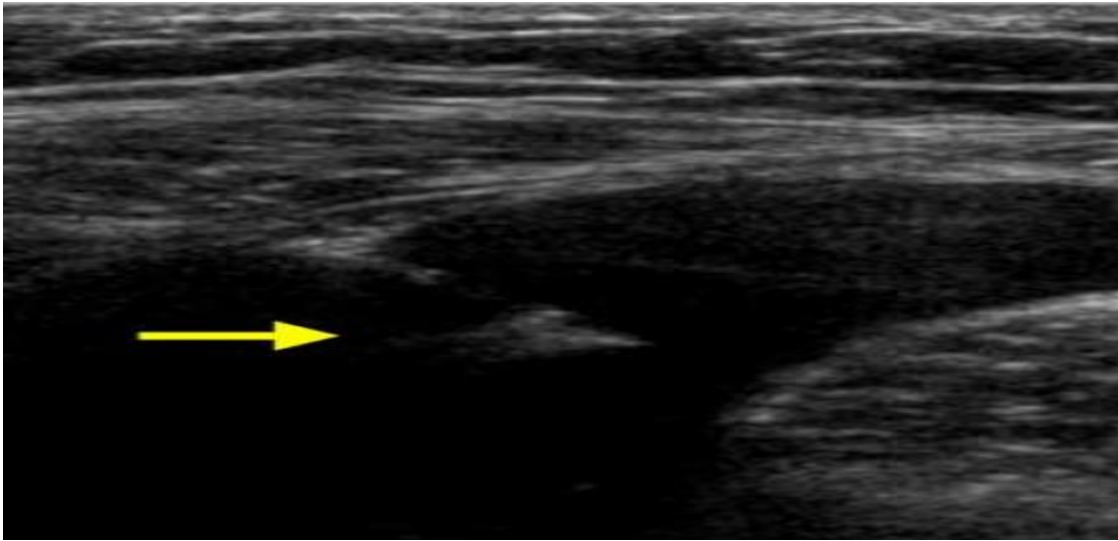


Şəkil 13. Nazik bağırsağın nəcisli əlamətinin təsviri: Köpmüş nazik bağırsaqda nəcis bilavasitə obstruksiyanın mərkəzinə doğru yerləşmişdir. Obstruksiya yapışma nəticəsində yaranmışdır.



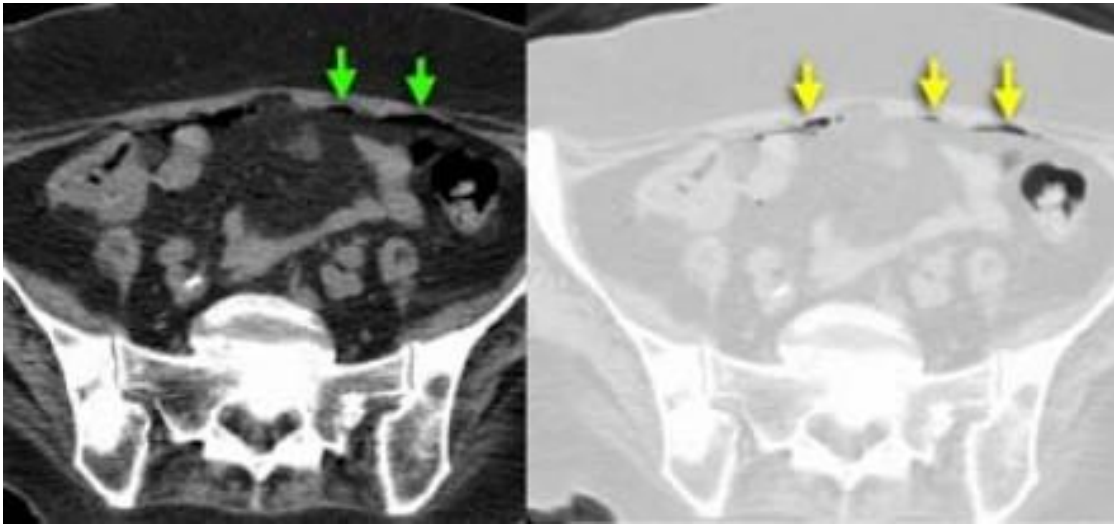
Şəkil 14. Nazik bağırsağın obstruksiyası.

Alternativ şəkildə bağırsağın hər hansı normal ilgəkləri olmadan keçməzlik iflicin səbəbini ehtimal edir. Bu bir, qayda olaraq, iltihab üçün bir çox digər səbəbləri ola bilən ümumi peritonitə reaksiyadır (Şəkil 15).



Şəkil 15. Klinik appendisit. USM assitin yalnız kiçik bir hissəsini aşkar edir. Diaqnostik punksiya (ox iynənin ucunu göstərir) qan aşkar etdi. Qadınlarda bu göstərici EUG olmasına ciddi şübhədir.

Assit. Simptomlar olmayan köüllülərdə qarındaxili sərbəst mayenin aşkar edilən miqdarı müəyyən edilməmişdir, uşaq dünyaya gətirən yaşda olan qadınlarda Duqlasda kiçik maye damcıları istisna edilməklə. Assitin olması abdominal patologiyanın qeyri-spesifik əlamətidir (Şəkil 16).



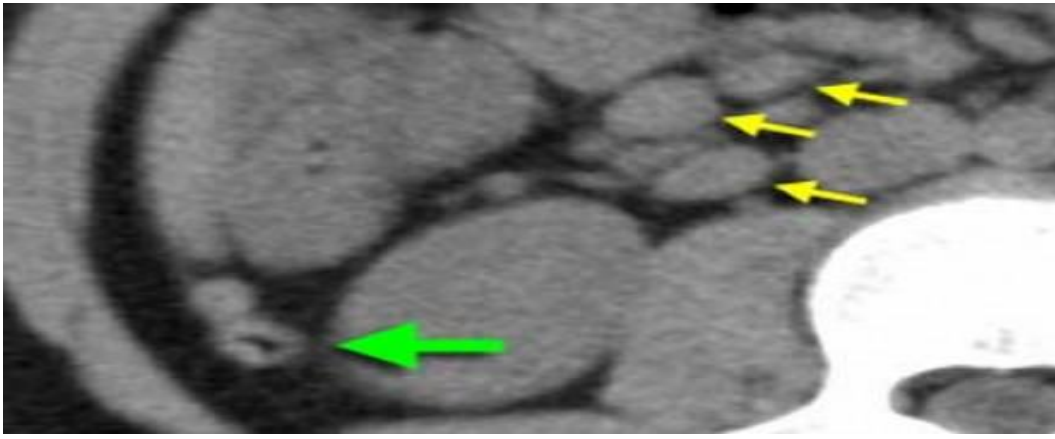
Şəkil 16. Appendisit şübhəli xəstələrdə qarın daxili hava. Sağda ağciyər rejimi təsvirlərində hava daha yaxşı görünür.

Hava boşluğu (sərbəst hava). Sərbəst havanın qarın daxilində olması bağırsağın divarının perforasiyasının təsdiqidir, habelə təcili cərrahi müdaxilə zəruriyyətini göstərir. Pnevmooperitoneumun meydana gəlməsi iki tez-tez rast gəlinən səbəblə bağlıdır: 1) Mədə xorasının perforasiyası; 2) Yoğun bağırsaq divertikulitin perforasiyası. Sərbəst hava adətən deşilmiş appendisitdə görünür.

Qarındaxili sərbəst havanın daha yaxşı aşkar edilməsi üçün həmişə ağciyər rejimli təsvir tədqiq edilməlidir.

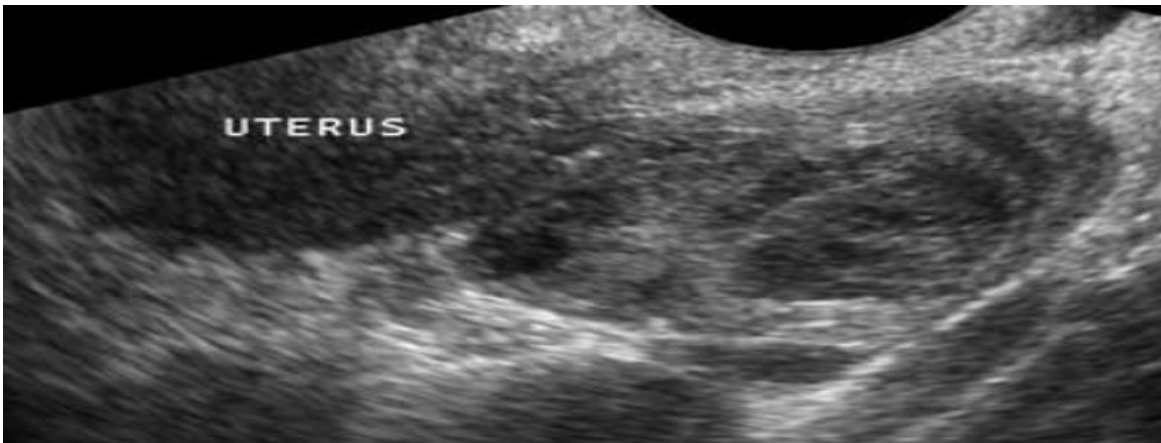
Diferensial diaqnoz. Qarın boşluğunda kəskin ağrının bütün mümkün səbəblərinin tam siyahısı gündəlik praktikada istifadə edilir, buna görə də aşağıda qarın boşluğunda kəskin ağrının tez-tez rast gəlinən səbəblərinin vizualizasiyasının sadəcə bir neçə nümunəsi verilir.

Mezenterial limfadenit. Mezenterial limfadenit appendisitə geniş yayılmış təqlidçisidir. Bu appendisitdən sonra sağ aşağı kvadrantda ağrının yaranmasının ikinci daha çox yayılmış səbəbidir (Şəkil 17). O, mezenterik limfa düyünlərinin əsas iltihablı prosesi eyniləşdirmədən sağtərəfli xoşxassəli özünüməhdudlaşdırıcı iltihabı kimi təyin edilir və böyüklərə nisbətən uşaqlarda daha çox rast gəlinir.



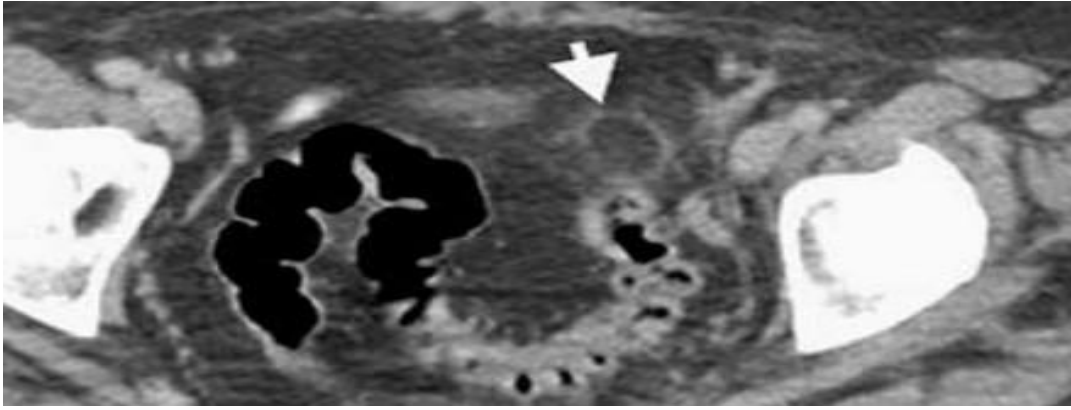
Şəkil 17. Mezenterial limfadenitin KT təsviri. Normal appendiks (yaşıl ox) və böyümüş mezenterial limfa düyünləri (sarı oxlar).

Salpingit. Salpingit həm appendisit, həm də divertikulitin ümumi imitatorudur. Transvaginal sonografiya müxtəlif tərkibli böyümüş iltihablı yumurtalığın təsvirini göstərir (Şəkil 18).



Şəkil 18. Salpingit nəticəsində artımların törəməşəkili genişlənməsi.

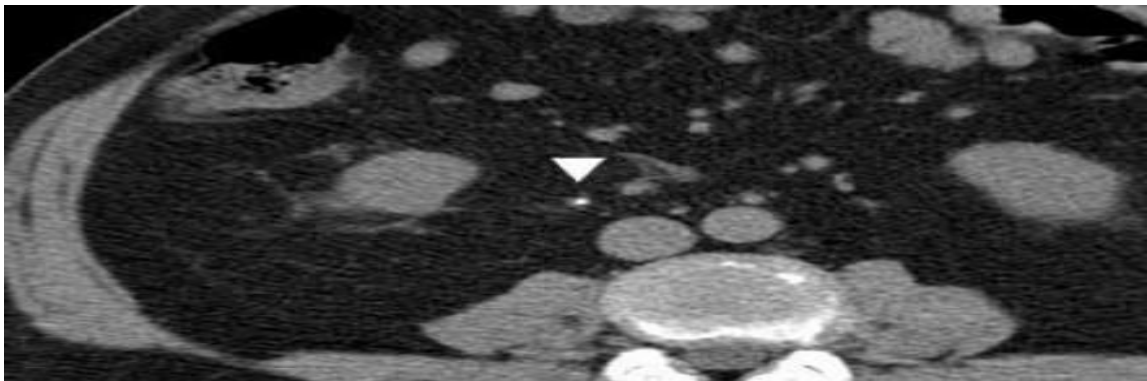
Piyliyin appendagiti. Piylik appendagiti çənbər bağırsağının serosal səthindən kiçik piy sallanmalarıdır. Piylik sallanmaları ikincili dərəcəli iltihaba gətirib çıxara bilər ki, bu da əgər sağ aşağı kvadrantda yerləşmişsə, appendisiti yaradan, sol aşağı kvadrantda yerləşmişsə, divertiküliti yaradan fokal qarın ağrısına səbəb olur. Xarakterik halqa əlaməti piyliyin infarktı ilə əhatə olunmuş iltihablı vistseral peritoneal aralığa uyğundur (Şəkil 19).



Şəkil 19. Divertikulit klinik şübhəsi olan xəstənin soltərəfli piylik appendagiti. Xarakterik hipertensiv halqa əlaməti.

Piylik appendagiti appendisitə şübhəli klinik mənzərəli xəstələrin təxminən 1%-də qeyd edilmişdir. Bu səciyyəvi mahiyyətin müsbət diaqnozunu qoymaq çox vacibdir, çünki piylik appendagiti özünü məhdudlaşdıran (cərrahi müdaxilə tələb etməyən) xəstəlikdir.

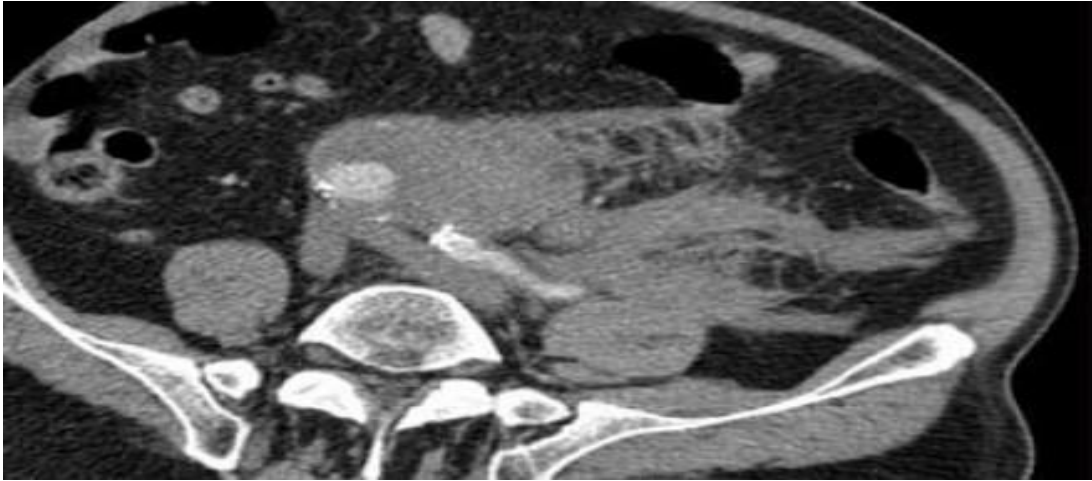
Urolitiaz. Urolitiaz çox vaxt böyürdə ağrıya səbəb olur, lakin sidik axarında daş (ox – göstərici) bəzən appendisiti, xolesistiti və ya divertikuliti təqlid edən klinik əlamətlərlə birlikdə olur (Şəkil 20). Digər tərəfdən, appendisitdə qarışıq iltihablı appendiks nəticəsində sidik axarının iltihabına görə demək olar ki, 25% xəstələrdə hematuriyaya, piuriyaya və albuminuriyaya gətirib çıxarır.



Şəkil 20. Sağ böyürdə ağrıya səbəb olan sağ sidik axarında kiçik daş (ox).

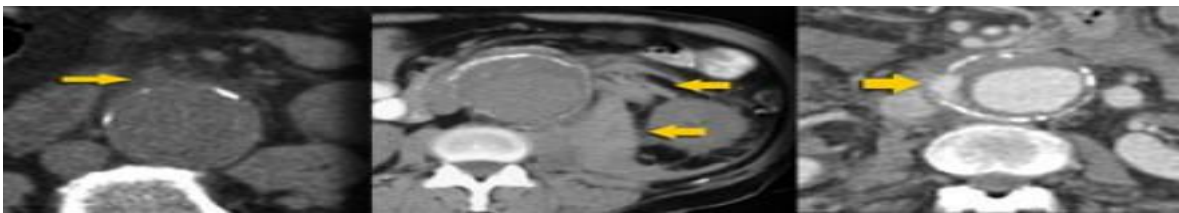
Cırılmış anevrizma. Qarın aortasının anevrizmasının əksəriyyəti sol qarınarxası boşluqda cırılır [4]. Klinik olaraq siqmoid divertikuliti və ya qonşu strukturlarla hematomanın toqquşmasına görə böyrək kolikini təqlid edə bilər. Lakin, xəstələrin əksəriyyətində kürəkdə ağrı və döyünən kütlə, klassik hipotonik triada aşkar edilir.

Fasiləsiz axın qarın boşluğunda cırılmaya və son nəticədə ölümə gətirə bilər. Exoqrafiya sürətli və rahat metodikadır. Lakin, anevrizmanın cırılmasının diaqnostikası üçün KT ilə müqayisədə daha az həssasdır və spesifikdir. Cırılmanın sonoqrafik təsdiqinin olmaması əgər klinik diaqnoz yüksəkdirsə, bu diaqnozu istisna etmir (Şəkil 21, 22).



Şəkil 21. Anevrizmanın cırılması nəticəsində mayenin soltərəfli qarınarxası toplanması.

Aorta anevrizmasının cırılmasının əsas əlamətləri periaortik büküm, retroperitoneal hematoma, və iv. kontrastın ekstravazasiyasıdır.



A)

B)

C)

Şəkil 22. A) Yüngül periaortik büküm; B) Posterior (arxa) pararenal və perirenal hissədə qanama; C) İv. kontrastın ekstravazasiyası.

Soldakı şəkildə yalnız anevrizmaya bitişik olan az miqdarda periferik yumşaq toxuma sıxlığını görünür və əslində bu xəstədə açıq yırtılma riskinin olmasının göstəricisidir. Digər iki halda isə diaqnozu asanlaşdıran, retroperitoneal hematoma və aortanın xaricində kontrast sızması müşahidə olunur.

Pankreatit. KT-da iltihabın əsas fokusunu əhatə edən hüceyrə toxumasının ağır sıxlaşması aşkar edilir (ox – göstərici): mədəaltı vəzi [5] (Şəkil 23).



Şəkil 23. Ekssudativ pankreatit nəticəsində hüceyrə toxumasının ağır sıxlaşması ilə əhatə olunan mədəaltı vəz.

Nəticə. Qarın boşluğunda kəskin ağrı olan xəstələrdə sistemli yanaşmanın tətbiq edilməsi tövsiyə edilir:

1. Daha çox yayılmış xəstəliklərdə diqqəti toplamaq və dəqiq diaqnoz qoymaq və ya onları istisna etmək;
2. Patologiyanın ümumi əlamətlərinin aşkar edilməsinə dair həmişə bütün qarın boşluğunun müayinəsini aparmaq.

Ədəbiyyat

1. Puylaert J.B. et al. A prospective study of ultrasonography in the diagnosis of appendicitis // NEJM, 1987, v.317, pp.666-669.
2. Moore C.J., Corl F.M., Fishman E.K. CT of Cecal Volvulus, Unraveling the Image // JR, 2001, v.177, pp.95-98.
3. Lazarus D.E. et al. Frequency and Relevance of the 'Small-Bowel Feces' Sign on CT in Patients with Small-Bowel Obstruction // AJR, 2004, v.183. pp.1361-1366.
4. Mehard W.B., Heiken J.P., Sicard G.A. High-attenuating crescent in abdominal aortic aneurysm wall at CT: a sign of acute or impending rupture // Radiology, 1994, v. 192, pp. 359-362.
5. Bollen T.L. Imaging of Acute Pancreatitis. Update of the revised Atlanta Classification // Radiol. Clin. North. Am., 2012, v.50, pp.429-445.

Резюме

ОСТРЫЙ ЖИВОТ – ПРАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Гасымзаде Г.Ш.

***Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей,
Баку, Азербайджан***

В представленной статье автор представляет практические подходы, которые позволяют поставить правильный диагноз при остром животе при помощи сонографии и компьютерной томографии, дифференцируя различные патологии. Показано, что обзорная рентгенограмма брюшной полости, кроме как при выявлении камней в почках или пневмоперитонеума, полезна в редких случаях. При всех остальных показаниях обязательно поведение сонографии или компьютерной томографии. Также отмечено, что при острых болях в области живота целесообразно применение двухэтапного подхода, включающего радиологическое исследование, подтверждающее или исключающее большинство общих заболеваний и выявление общих признаков патологии.

Ключевые слова: острый живот, диагностика, сонометрия, компьютерная томография, дифференциация патологий.

Summary

ACUTE ABDOMEN – A PRACTICAL APPROACH

Gasimzadeh G.Sh.

***Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev,
Baku, Azerbaijan***

In the present article, the author presents practical approaches that allow the correct diagnosis in acute abdomen using sonography and computed tomography, differentiating the various pathologies. It is shown that survey radiography of abdomen, besides the detection of kidney stones or pneumoperitoneum, useful in rare cases. For all other indications necessarily conduct sonography or computed tomography. It is also noted that in case of acute pain in the abdomen is advisable to use a two-stage approach involving radiological study confirming or excluding the most common diseases and to identify common signs of pathology.

Key words: acute abdomen pain, diagnosis, sonography, computed tomography, the differentiation of abnormalities.

Redaksiyaya daxil olub: 14.11.2016

Çapa tövsiyə olunub: 28.11.2016

Rəyçi: Dos. Nəsirova F.C.