

А. А. ШАХБАЗЯН, В. А. ХАЧАТРЯН

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Наблюдения над 136 больными неспецифическим язвенным колитом (НЯК) показали, что при легкой форме болезни изменения со стороны толстой кишки рентгенологически не выявляются. При среднетяжелом и тяжелом течении патологического процесса рентгенологическое исследование с помощью контрастной клизмы и двойного контрастирования не только своевременно выявляет степень и сферу распространения язвенного поражения толстого кишечника, но и иногда вносит поправку в лечение.

В связи с тем, что этиология НЯК полностью не раскрыта, до сих пор не существует специфической диагностики этого заболевания. Среди применяемых вспомогательных клинических и лабораторно-инструментальных методов диагностики одно из ведущих мест занимает рентгенологическое исследование. Однако данный метод не лишен недостатков. Так, С. А. Гинзбург [2] отмечает, что у больных с легким течением НЯК изменения в толстой кишке рентгенологически не выявляются. При средней тяжести заболевания наблюдаются слабо выраженные рентгенологические проявления, которые свойственны также и другим заболеваниям толстой кишки (понижение емкости и эластичности прямой кишки, умеренное нарушение рельефа внутренней поверхности вышележащих отделов толстой кишки и пр.).

В. Б. Антонович с соавт. [1] отмечают, что причиной отрицательно ответа может служить и так называемая рентгенотрицательная форма НЯК, когда наряду с выраженной клинической картиной болезни и данными эндоскопии патологический процесс рентгенологически не выявляется даже при медикаментозной релаксации.

Фаерис [5], наблюдая за 280 больными НЯК и пользуясь методом тугого заполнения толстого кишечника с последующим двойным контрастированием, только в 72% случаев (а у больных с тяжелым течением—в 94%) смог рентгенологически установить диагноз.

В последние годы в целях снижения частоты рентгенотрицательных случаев проводятся функциональные исследования желудочно-кишечного тракта с применением фармакологических препаратов (атропин, метацин, папаверин), которые, устраняя боли, в то же время способствуют равномерному и длительному тугому заполнению кишечника [1, 3].

В настоящей работе приводятся данные рентгенологического исследования 52 больных НЯК, из коих 33 мужчины и 19 женщин в возрасте

от 20 до 72 лет. У 20 лиц заболевание протекало в тяжелой, у 13—среднетяжелой и у 19—легкой формах. Двое больных страдали подострой формой болезни, 3 имели хроническую непрерывную форму, а у 47 наблюдалась хроническая рецидивирующая форма НЯК. Длительность болезни при хроническом течении колебалась от 1 до 20 лет. Из общего количества наблюдаемых больных 24 находились под наблюдением в течение 2—6 лет.

У 20 больных была произведена рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта. В основном это были лица с легким течением заболевания (15 человек) или с дистальным расположением язвенного процесса, легко установленным при ректороманоскопии. У этих больных были выявлены следующие изменения: неравномерное заполнение кишечника бариевой массой, слабо выраженная гаустрация или отсутствие ее, спазм на разных уровнях кишечника и др.

У 32 больных произведено рентгенологическое исследование толстого кишечника с помощью контрастной клизмы и двойного контрастирования. Из них 15 страдали тяжелой формой НЯК, у 12 болезнь имела среднетяжелое течение, и лишь у 5 она протекала в легкой форме. Клиническая ценность метода контрастной клизмы при тяжелых случаях заключается не только в его диагностической значимости, но и в определении глубины и протяжения патологического процесса, что является важным прогностическим признаком.

Ниже приводится клинико-эндоскопическая и рентгенологическая (с помощью контрастной клизмы и двойного контрастирования) характеристика отдельных степеней тяжести НЯК.

1. *Легкая форма НЯК в стадии обострения.* Жалобы на боли в животе, в основном левой подвздошной области, нарушение акта дефекации (запоры или жидкий стул в день 2—3 раза) с примесью слизи и крови. Объективно: болезненная пальпация над сигмовидной кишкой, уплотнение ее стенок.

Ректороманоскопия: обычно кожных изменений в перипанальной области не бывает. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишок умеренно гиперемирована, легко ранима, имеются поверхностные эрозивно-язвенные участки, складки сохранены или слегка сглажены. В просвете кишечника малое количество прозрачной слизи с прожилками крови. Сфинктерный канал в пределах нормы. Активность патологического процесса слизистой оболочки I степени.

Рентгенологические данные: при исследовании с помощью контрастной клизмы и двойного контрастирования заметных отклонений от нормы не выявлено.

2. *Среднетяжелая форма НЯК в стадии обострения.* Жалобы на боли в области живота, иногда приступообразные. Нарушение акта дефекации (жидкий стул в день до 5—6 раз, реже запоры). В кале слизь, кровь, иногда гной. Наряду с этим имеет место ухудшение аппетита, нарушение сна, похудание на 5—10 кг. Объективно кожа и видимые слизистые оболочки бледные, подкожный жировой слой слабо развит. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, при пальпации болезненный по ходу толстого кишечника.

Ректороманоскопия: снаружи имеется некоторое покраснение кожи перипанальной области. Введение трубки ректоскопа затруднено из-за спастического сокращения кишечника и легкой ранимости слизистой оболочки, которая на всем протяжении гиперемирована. Имеются выраженный сосудистый рисунок, крупная зернистость и диффузно расположенные эрозивно-язвенные участки. В просвете кишечника умеренное количество слизисто-кровянистых выделений. Складки слизистой покрыты тонким налетом.

том. Сфинктерный канал раздражен, имеются внутренние геморроидальные узлы. Активность патологического процесса слизистой оболочки II степени.

Рентгенологические данные: контрастная взвесь с трудом заполняет ректосигмовидный угол из-за спастического сокращения и слегка выраженной ригидности указанного участка. Контуры ампулы, ректосигмовидного отдела и нисходящей ободочной кишки мелко зазубрены. В остальных отделах толстой кишки заметных патологических сдвигов не выявлено. Заключение: язвенный колит.

3. *Тяжелая форма НЯК в стадии обострения.* Жалобы на чувство жжения и боли в животе, которые часто принимают приступообразный характер. Боли обычно усиливаются после еды. Имеет место нарушение акта дефекации (частый жидкий стул в день до 10—15 раз). В кале слизь, кровь, гной. Из-за частых позывов нарушается сон, появляется головная боль, возбужденность. Больные отмечают полное отсутствие аппетита или отвращение к пище. Объективно общее состояние больного тяжелое, положение в постели пассивное. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные или субиктеричные. У подростков белое («мраморное») лицо. Кожа сухая, вялая, подкожный жировой слой отсутствует. Язык сухой, обложен белым налетом. В полости рта картина афтозного стоматита. Живот мягкий, впалый, болезненный при поверхностной пальпации. При глубокой пальпации (которая полностью не удается из-за резких болей в животе) прощупывается болезненная, инфильтрированная толстая кишка. Часто выявляются патологические данные со стороны сердца, печени, желудка и поджелудочной железы.

Ректороманоскопия: снаружи раздражение перианальной области (в связи с частыми дефекациями). Трубка ректоскопа проходит с трудом вследствие сужения просвета и спазма кишечника. Слизистая оболочка на всем протяжении гиперемирована, бугриста, гипертрофирована, покрыта диффузно расположенными участками, которые местами сливаются друг с другом. Слизистая оболочка образует бугорки, напоминающие полипы (явление псевдополипоза). На поверхности язв гнойные налеты, заполняющие вместе с кровью и слизью просвет кишечника. Складки слизистой оболочки приобретают причудливые формы. Активность патологического процесса слизистой оболочки III степени.

Рентгенологические данные: контрастная взвесь в ускоренном темпе заполняет все отделы толстой кишки. Ампула и дистальный отдел ободочной кишки глубоко деформированы, стенки кишечника сглажены, ригидны, гаустрация по всей длине толстого кишечника отсутствует. Просвет сигмы и поперечно-ободочной кишки на большом расстоянии сужен. Контуры всех отделов ободочной кишки при тугом заполнении заметно зазубрены. В области ректосигмовидного отдела определяются нишеобразные впадины (язвы). После акта дефекации (неравномерное опорожнение) имеет место нарушение моторики. Рельеф слизистой оболочки полностью изменен. По всей длине прямой и ободочной кишок до цекума определяются пятнистые, местами кольцевидные тени с наличием множественных постоянных депо бария—симптом «мрамора». Заключение: тотальный хронический язвенный колит.

С помощью метода контрастной клизмы и двойного контрастирования нам удалось установить наличие стеноза кишечника у 3 больных (рис. 1а), тотальный язвенный колит—у 6 (рис. 1б), из них у двух—с симптомом «мраморности» (рис. 2а), раковое перерождение язв—у 1 (рис. 2б), проксимальный язвенный колит—у 3, язвенный проктосигмоидит—у 15 больных. У 4 лиц при наличии клинических и эндоскопических данных НЯК рентгенологических проявлений болезни не было выявлено.

Благодаря точному установлению сферы распространения язвенного поражения и характера патологического процесса удалось вовремя провести тотальную колектомию у 2 больных, установить канцерогенное перерождение язвенного колита у 1 (больной отказался от операции и



Рис. 1а. Тотальный язвенный колит. Фиброз кишечника, стеноз.
б. Тотальный язвенный колит.

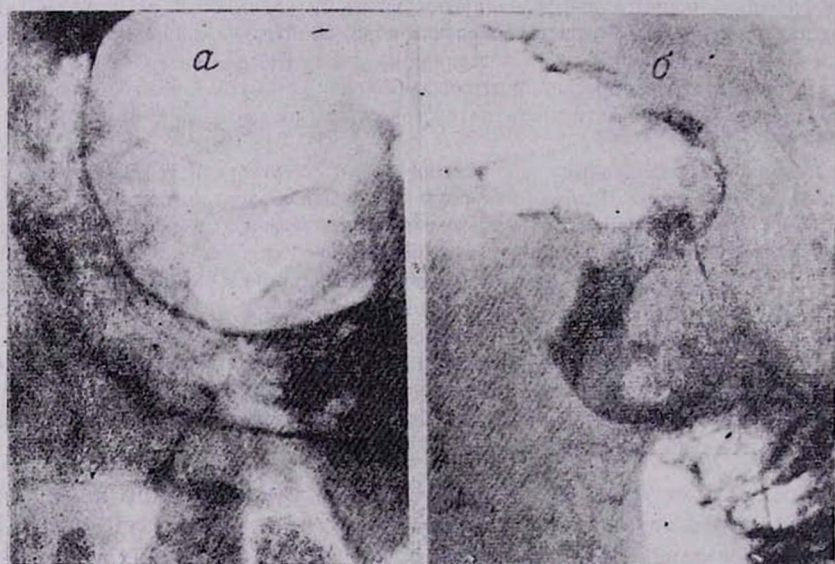


Рис. 2а. «Мраморность» кишечника.
б. Раковое перерождение язвы.

позднее скончался от перфорации кишечника вследствие распада опухоли).

У одной больной с тотальным язвенным колитом развилась клиническая картина стеноза пилорического отдела желудка. Гастрофиброскопическим исследованием этот диагноз был подтвержден. При этом с помощью контрастной клизмы было обнаружено обширное язвенное

поражение толстого кишечника с подозрением на микроперфорацию (зазубренность наружного слоя кишечника). После лапаротомии выяснилось, что антропилорическая часть сужена из-за спаек толстого кишечника, образовавшихся вследствие множественных микроперфораций поперечно-ободочной кишки (рис. 3). Операция завершилась рассечением спаек.

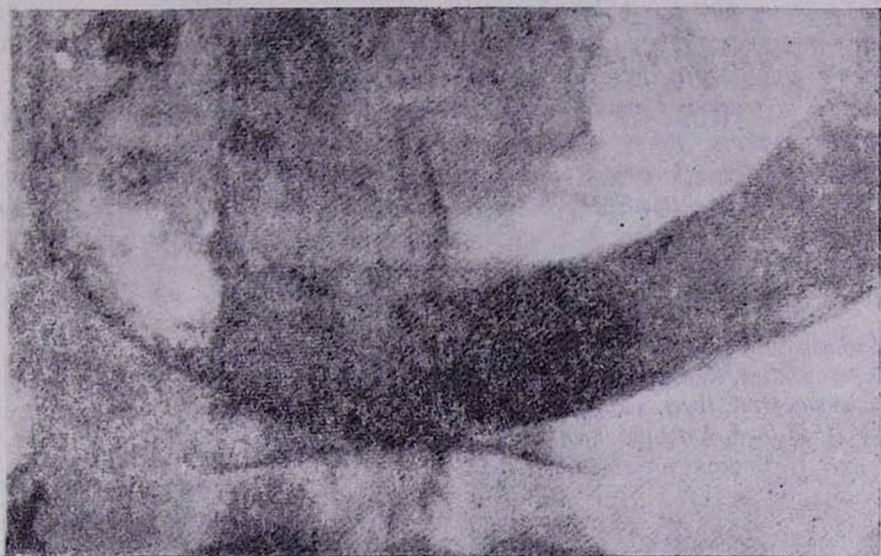


Рис. 3. Микроперфорации. Выраженная зазубренность поперечно-ободочной кишки.

Вышеизложенные данные показывают большую клиническую ценность рентгенологического исследования толстого кишечника при НЯК, в особенности при его неблагоприятном течении.

Выводы

1. При легкой форме неспецифического язвенного колита, когда имеются положительные данные ректороманоскопии, показания к рентгенологическому исследованию толстого кишечника должны решаться в каждом конкретном случае, а не трафаретно, так как при указанной форме заболевания заметных рентгенологических проявлений не бывает.
2. При среднетяжелой и, в особенности, тяжелой формах данной болезни рентгенологическое исследование толстой кишки с помощью контрастной клизмы и двойного контрастирования представляет не только большую диагностическую и прогностическую ценность, но и нередко вносит изменения в тактику лечения больного.

Ա. Ա. ՇԱԽԲԱԶՅԱՆ, Վ. Ա. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ՈՁ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԽՈՑԱՅԻՆ ԿՈՒՆՏԻ ՌԵՆՏԳԵՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

52 ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտով հիվանդների վրա տարված երկարամյա հետադոստոյությունները ցույց են տալիս, որ այդ հիվանդության թեթև ձևերի ժամանակ ռենտգեն տվյալները կամ բացակայում են, կամ նմանվում են հաստ աղիքի այլ հիվանդությունների տվյալներին:

Այլ է պատկերը ծանր, մասամբ էլ միջին ծանրության ձևերի ժամանակ, երբ հաստ աղիքի կոնտրաստային ռենտգեն հոգնան և կրկնակի կոնտրաստավորման մեթոդը կարող է երբեմն վճռական բեկում մտցնել նույնիսկ բուժման մեթոդի ընտրության մեջ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Антонович В. Б., Лыкошина Е. Е. Клин. медицина, 1972 1, стр. 118.
2. Гинзбург С. А. Клин. медицина, 1966, 6, стр. 72.
3. Рабухина Н. А. Докт. дисс. М., 1966.
4. Хачатрян В. А. Автореферат канд. дисс. Ереван, 1970.
5. Feteris H. Intern. Prox., 1971, 11, 4, 561.