

Б. В. КАХКЕДЖЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Проведено сравнительное изучение данных рентгенологического и эндоскопического исследований при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Характер язвенного поражения верифицирован при последующей операции. Установлено, что эндоскопическое обследование позволяет более точно определить детали язвенного поражения, однако оба метода необходимы и взаимодополняющи.

Нами изучены данные рентгенологического и эндоскопического исследований, проведенных у 211 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, верифицированные во время последующего оперативного вмешательства.

Рентгенологическое распознавание язвенной болезни желудка на нашем материале имело место у 40 из 45 больных, причем «ниша» была обнаружена лишь у 24. Множественные «ниши» найдены у 4 больных. У 18 больных «ниша» проецировалась на малой кривизне, в остальных случаях она располагалась в области кардии, антральном, препилорическом и пилорическом отделах. В 5 наблюдениях «ниша» не была выявлена в связи с выраженным стенозом привратника, резким расширением желудка, нарушением эвакуации и накоплением в желудке жидкости и пищевых масс. Во всех перечисленных случаях при операции язва имела препилорическую и пилорическую локализацию. У одного больного «ниша» не была выявлена при перфорации пилорической язвы. У двух больных рентгенологически была диагностирована малигнизация язвы в виде дефекта наполнения.

В 5 случаях рентгенологически был поставлен диагноз стеноза привратника с его деформацией, пилородуоденального отдела и луковицы 12-перстной кишки.

Диагноз язвенной болезни с локализацией в 12-перстной кишке рентгенологически был поставлен у 144 из 166 больных. Из указанного числа в 58 случаях установлен симптом «ниши». В 140 случаях язва «ниша» располагалась в луковице 12-перстной кишки, в остальных 26 случаях—в пилородуоденальном и пилорическом отделах. В 17 случаях язвы «ниши» были множественными. В 39 случаях был обнаружен

язвенный стеноз привратника, в связи с чем в 26 случаях симптом «ниши» не был выявлен. Деформация луковицы рентгенологически была выявлена в 142, симптом «ниши» при этом отсутствовал в 88 случаях. В 129 случаях «ниша» не была обнаружена в результате неправильностей расположения луковицы 12-перстной кишки в отношении пилоруса. Так, в половине этих наблюдений луковица находилась позади желудка. В I случае обнаружен дивертикул в области луковицы 12-перстной кишки, в двух других просвет 12-перстной кишки был настолько сужен, что барий проходил его с большим трудом и узкой струей, в связи с чем симптом «ниши» не выявлен.

Из приведенных данных видно, что при язвенной болезни как желудка, так и 12-перстной кишки в некоторых случаях создаются объективные трудности рентгенологического распознавания симптома «ниши». Наиболее частым исходом язвенной болезни являются рубцовые изменения, в частности привратника, пилородуоденального сегмента и луковицы 12-перстной кишки со стенозом, деформацией, вплоть до глубокого обезображивания, а также те плотные инфильтративно-рубцовые сращения, которые глубоко нарушают топографические взаимоотношения гастродуоденальной области. Именно эти причины вынуждают рентгенолога диагностировать язвенную болезнь по косвенным признакам. И тем не менее рентгенологическое исследование является одним из важных тестов в комплексной диагностике язвенной болезни.

Эндоскопические методы исследования позволяют намного расширить возможности объективной и точной оценки язвенного поражения желудка и 12-перстной кишки.

По мнению ряда авторов [3, 5, 7], наиболее полное визуальное изучение желудка и 12-перстной кишки при язвенной болезни стало возможным лишь после применения эндоскопов с волоконной оптикой. Однако для применения этого метода необходимо четкое определение показаний и противопоказаний, проведение специальной подготовки больного, обеспечение безболезненности исследования и безупречности технических приемов. Кроме того, необходима четкая регистрация полученной информации, ее анализ, синтез и окончательная оценка полученных данных. Поэтому основным условием, необходимым для обнаружения и оценки состояния язвы при эндоскопии, кроме анатомической проходимости органа и совершенства аппаратуры, является опыт эндоскописта.

Границы применения эндоскопии все более расширяются не только в плановых исследованиях больных, но и в экстренной хирургии. Правильно проведенное эндоскопическое исследование сравнительно легко переносится больными и не дает осложнений [3]. Применение эндоскопического метода особенно эффективно для топической диагностики поверхностных дефектов язв пилорического отдела, мелких и щелевидных

язв и наиболее «трудных» язвенных дефектов, которые почти не распознаются рентгенологическим методом.

По данным ряда авторов [1, 2, 4, 6, 8], эндоскопическая диагностика имеет некоторые преимущества по сравнению с рентгенологической с точки зрения более точного определения локализации и характера язвы.

По данным литературы, эндоскопическое распознавание язв желудка и 12-перстной кишки в среднем составляет 80%. На нашем материале эндоскопически диагноз язвенной болезни был поставлен у 42 из 45 больных. У 41 больного был выявлен язвенный дефект. Множественные язвы были обнаружены у 6 человек. У 20 больных язвы локализовались в области малой кривизны, в 5 случаях—в антральном отделе, в 9—в пилорическом, в 4—в области угла желудка. Остальные язвы локализовались в области кардии и большой кривизны. Не удалось обнаружить при эндоскопии язвенное поражение у двух больных в связи с резким стенозом и деформацией пилоруса и луковицы 12-перстной кишки с расширением желудка и наполнением его жидкостью. При эндоскопическом исследовании у 28 больных был обнаружен стеноз с деформацией привратника.

Диагноз язвенной болезни 12-перстной кишки эндоскопически был поставлен у 157 из 166 больных. У 124 из 157 больных обнаружено язвенное поражение преимущественно в области луковицы—ее начального отдела. Язвы луковицы располагались на задней стенке в 10 случаях, на передней—в 5 и на передней и задней стенках (множественные язвы)—в 4 случаях. В 33 случаях обнаружена деформация луковицы и в 11—стеноз привратника с его деформацией.

К причинам, затруднявшим эндоскопическое выявление язвы, кроме выраженного стеноза, спазма привратника и деформации 12-перстной кишки, следует отнести также кровотечение, перфорацию и сильные болевые ощущения, не позволяющие продолжать проводимое обследование.

Как показывают наши данные, эндоскопическое исследование по сравнению с рентгенологическим позволяет точнее определить наличие язвенного поражения желудка и 12-перстной кишки, а также детализировать наличие язвенного дефекта и других изменений пораженных органов.

Сравнительный анализ рентгенологических и эндоскопических данных позволил выявить основные причины ошибочной диагностики язвенной болезни.

Кафедра хирургии Ер ГИДУВа

Поступила 28/1 1981 г.

ՌԵՆՏԳԵՆՅԱՆ ԵՎ ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ
ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՅԻՆ
ՀԻՎԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդությամբ տառապող 211 հիվանդների մոտ ուսումնասիրվել են ռենտգենյան և էնդոսկոպիկ քննություններից ստացված արդյունքները, համեմատելով վիրահատության ժամանակ հայտնաբերված պաթոմորֆոլոգիական փոփոխությունների հետ:

Վիրահատության ժամանակ հաստատված խոցային հիվանդությամբ տառապող 211 հիվանդներից 199-ի մոտ հիվանդությունը ախտորոշվել է էնդոսկոպիկ, իսկ 184-ի մոտ ռենտգենյան քննության միջոցով:

Խոցային հիվանդության ախտորոշման ժամանակակից միջոցների շարքում էնդոսկոպիկ քննությունը ռենտգենյան հետազոտման հետ միասին պետք է լինի պարտադիր, որովհետև նրա արդյունքները առավել համապատասխանում են վիրահատության ժամանակ ստացված տվյալներին և օգնում ճիշտ ընտրելու օպերատիվ բուժման համապատասխան եղանակը:

B. V. KAHKEDJIAN

COMPARATIVE EVALUATION OF ROENTGENOLOGIC AND
ENDOSCOPIC METHODS OF DIAGNOSIS OF STOMACH AND
DUODENAL ULCERS

It has been carried out comparative study of roentgenologic and endoscopic analysis of stomach and duodenal ulcers. The characteristics of ulcerous affection have been verified during the following operation. It is established that endoscopic investigation allows to determine the details of ulcerous affection more exactly, but both methods of study are important and supplement each other.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Араблинский В. М., Мельников Н. А. Клин. медицина, 1978, 3, стр. 70.
2. Василенко В. Х., Васильев Ю. В. Современ. медицина, 1973, 4, стр. 17.
3. Стручков В. И., Луцевич Э. В., Белов И. Н., Стручков Ю. В. Хирургия, 1976, 7, стр. 59.
4. Успенский В. М., Акимов Н. П., Стефаненко Ю. Ф. Терапевт. архив, 1977, 7, стр. 115.
5. Чеканов В. Я. Вестн. хирургии, 1977, 4, стр. 39.
6. Щеглова Н. Д. Эндоскопия в современной гастроэнтерологии (мат. конф.), Душанбе, 1973, стр. 17.
7. Knutson C. O. Amer. J. Surg., 1975, 129, 6, 651.
8. Salman P. K. Acta Gastro-ent. Belg., 1974, 37, 3, 115.