

Б. В. КАХКЕДЖЯН

# РАСХОЖДЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ СУБОПЕРАЦИОННО

Дается анализ причин ошибок рентгенологической и эндоскопической диагностики. Предлагается в предоперационной подготовке больных язвенной болезнью использовать оба метода, причем эндоскопию нужно проводить лишь после рентгеновского исследования с целью наиболее точной топической диагностики и определения характера язвы, что имеет значение в выборе метода оперативного лечения.

На сегодняшний день детальная диагностика язвенной болезни остается актуальной проблемой. Вопросы своевременной точной диагностики язвенной болезни особенно важны при выборе правильной хирургической тактики лечения больного.

Уже на ранних этапах применения рентгенодиагностики язвенной болезни многими учеными отмечалась определенная ограниченность рентгенологических методов [3, 4].

За последние годы в хирургии стали успешно применяться эндоскопические приборы с волоконной оптикой—эзофагогастродуоденофиброскопы [5, 10]. При этом гастроскопия и дуоденоскопия необходимы не столько для подтверждения и выявления язвы, сколько для уточнения ее характера [1, 2].

Нами исследовались 211 больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Было проведено изучение данных рентгенологического и эндоскопического исследований, которые позволили при сопоставлении с клиническими проявлениями болезни правильнее ориентироваться в выборе метода оперативного лечения.

В процессе операции проводилась детальная ревизия брюшной полости, в частности, гастродуоденального отрезка, а также изучался операционный материал. Во всех случаях проводилось патоморфологическое исследование операционного материала.

Из 211 больных 166 страдали язвенной болезнью 12-перстной кишки и 45—язвенной болезнью желудка. По данным ряда авторов, язвенная болезнь 12-перстной кишки встречается в 70—94%, а язва желудка—лишь в 5—28% случаев [6—9]. У 14 наших больных имелись множественные язвы.

Язвы желудка в преобладающем большинстве случаев локализовались на малой кривизне и реже в предпривратниковой, привратниковой и других областях, а язвы 12-перстной кишки—в области луковицы и намного реже в пилородуоденальном и других отделах.

В 95% случаев язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки патоморфологически были обнаружены проявления гипертрофического и атрофического гастрита. Фракционное исследование желудочного сока выявило у 126 больных гиперацидное состояние, у 67—гипоацидное и у 18 больных—нормальную кислотность.

90% больных страдали хронической рецидивирующей язвой, которая сопровождалась всеми характерными для этого заболевания исходами и осложнениями. Все они подвергались контрастному рентгенологическому и полному фиброэндоскопическому исследованиям. Для большей достоверности диагноза применялся метод повторного рентгениследования с проведением двойного контрастирования в положении больных лежа и стоя, с выполнением «обзорных» и «прицельных» снимков. Использовался метод рентгеновской пальпации под контролем экрана.

Рентгенологически диагноз язвенной болезни был поставлен у 184 больных, из коих у 82 был выявлен симптом «ниши».

У 45 больных в связи с выраженными рубцовыми изменениями пилоруса, его сужением и деформацией, а также нарушениями эвакуации отсутствовало тугое заполнение привратника, поэтому язвы привратниковой, пилородуоденальной и бульбарной областей рентгенологически выявить не удалось. У 8 из них вследствие резкого расширения желудка, заполнения его жидкостью после промывания отсутствовал также симптом «ниши», хотя язва локализовалась на малой кривизне желудка.

Как было указано, при стенозе привратника в связи с нарушением эвакуации почти невозможно получить тугое заполнение пилорического отрезка, но, как показывают наши данные, одновременно отсутствует заполнение контрастом и луковицы 12-перстной кишки, поэтому в 26 случаях в связи с выраженным стенозом привратника симптомы «ниши» при луковичных язвах отсутствовал.

К дополнительным факторам, затрудняющим распознавание язв, нужно отнести также деформацию луковицы 12-перстной кишки с ее рубцовыми изменениями, что вследствие изменения рельефа слизистой и формы начального отрезка может привести к грубым рентгено-диагностическим ошибкам. В 88 случаях именно в связи с резко выраженной деформацией луковицы при язвах 12-перстной кишки бульбарной локализации симптом «ниши» отсутствовал. Поэтому диагноз язвенной болезни был поставлен на основании косвенных рентгено-функциональных и рентгено-морфологических признаков.

У 8 больных в связи с расположением луковицы 12-перстной кишки позади желудка, эксцентрическим расположением пилоруса, рубцовой структурой 12-перстной кишки, формой трубки и узкого канала симптом «ниши» не был выявлен, несмотря на наличие язвы луковицы и пилорического отрезка. И, наконец, у 3 больных рентгенологически были обнаружены дивертикулы, симптом «ниши» у них не был выявлен. У 6 больных была отмечена малигнизация язвы. У одного больного симптом «ниши» также не был выявлен, несмотря на положительный диагноз перфорации желудочной язвы. При рентгенологическом обследовании не всегда правильно диагностировалась локализация язвы. Так, препилорические язвы, а также язвы луковицы нередко принимались за язву собственного привратника или неопределенно квалифицировались как пилородуоденальные.

Все больные после рентгенологического исследования были подвергнуты полному эндоскопическому обследованию современными фиброгастродуоденоскопами. При эндоскопическом обследовании диагноз язвенной болезни на основании прямых и косвенных признаков был поставлен у 199 больных, в то время как собственно язва была обнаружена в 165 наблюдениях (из 211). У 13 больных язвы были множественными. Преимущественной локализацией желудочных язв была область малой кривизны, а язв 12-перстной кишки—начальный отдел, а именно передняя и задняя стенки луковицы. В 68 наблюдениях эндоскопически отмечался стеноз привратника с его деформацией, что явилось фактором, крайне затрудняющим распознавание язв пилорической и луковичной локализации. Особенно мешало постановке эндоскопического диагноза расширение желудка с нарушением эвакуации и скоплением жидкости.

В связи с перечисленными выше затрудняющими факторами в 43 наблюдениях язвы преимущественно препилорической, пилорической и луковичной локализаций обнаружены не были. У 7 больных в связи с кровотечением из язвы, в основном луковичной, при эндоскопии также не удалось обнаружить язву. Малигнизация язвы была выявлена в четырех случаях. В единичных случаях затрудняющими эндоскопическое исследование факторами были сильная боль и опасность перфорации. При эндоскопическом исследовании деформация луковицы обнаруживалась реже (в 128 случаях), чем при рентгеновском, однако язва при этом обнаруживалась намного чаще. У 65 больных эндоскопически выявлен гастрит, у 36—дуоденит.

Анализ ошибок эндоскопической диагностики еще раз подтвердил, что для точного распознавания локализации и характера язвы большое значение имеет анатомическая проходимость трубчатого органа. У 35 больных с резким сужением пилоруса, особенно с деформацией всего пилорoduоденального отрезка, фиброгастродуоденоскоп не удалось провести в пилорическое отверстие, в связи с чем был получен отрицательный ответ, тогда как у всех этих больных имелись язвы пилорического канала пилорoduоденальной области и начального отрезка 12-перстной кишки. У четырех больных эндоскопически луковичные язвы ошибочно трактовались как язвы желудка, а у одного больного язва желудка была принята за луковичную.

С целью выяснения возможностей каждого метода в отдельности и причин диагностических ошибок нами проведено подробное субоперационное обследование пораженных органов с последующим патоморфологическим исследованием операционного материала. Эти исследования служили контролем. Совпадение рентгенологического и эндоскопического диагнозов отмечено в тех случаях, когда получали положительные ответы—симптом «ниши» и «язвенного дефекта».

Ошибочные диагнозы нами рассматривались в двух вариантах. В первом варианте язва не обнаруживалась ни рентгенологически, ни эндоскопически (28 случаев). Второй вариант ошибочной диагностики—это те случаи, когда рентгенологически выявлялся симптом «ниши»,

а эндоскопическое исследование давало отрицательный ответ, и наоборот.

Проведенный нами анализ показал, что у 27 из 211 больных рентгенологическое исследование дало ложноотрицательный ответ, т. е. язвенная болезнь не была диагностирована, а эндоскопически язвенная болезнь не была диагностирована у 12 человек. Полное совпадение рентгенологического и эндоскопического диагнозов наблюдалось в 184 случаях, расхождения—у 15 больных, у которых эндоскопический диагноз язвенной болезни не был подтвержден рентгенологически, а морфологическое исследование операционного материала обнаружило язву. У 105 больных эндоскопические данные с рентгенологическими не совпадали. Это касалось случаев, когда эндоскопическое исследование обнаруживало множественные язвы, а рентгенологическое—только одну, или эндоскопически выявлялись дополнительные изменения в виде гастрита и дуоденита, которые не описывались рентгенологически, а также тех наблюдений, в которых данные о малигнизации язвы не совпадали. При определении точной локализации язвы эндоскопический метод оказался более надежным. Несмотря на это, рентгенологический метод имеет свои преимущества, так как дает общее представление о форме, величине и подвижности желудка в целом, характере эвакуации и других важных для хирурга данных.

Таким образом, наши исследования показали, что ошибки при рентгенодиагностике язвенной болезни встречаются чаще, чем при фиброэндоскопии. Из 211 больных с диагнозом язвенной болезни, верифицированным во время операции, рентгенологически диагноз был подтвержден в 87%, а эндоскопически—в 94,3% случаев. Вместе с тем в хирургической клинике необходимо использовать оба метода. При этом рентгенологическое исследование должно использоваться в качестве метода, ориентирующего эндоскописта на тот или иной участок, а эндоскопический метод—как ценное информативное добавление к рентгеновскому в целях наиболее точной топической диагностики язвы и выбора метода оперативного лечения.

Кафедра хирургии Ер ГИУВа

Поступила 11/IX 1981 г.

Р. Կ. ՔԵԱՀԿԵԶՅԱՆ

**ԽՈՅԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ  
ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ՏԱՐԲԱՄԻՏՈՒՄԸ, ՃՇՏՎԱԾ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ  
ԸՆԹԱՅՔՈՒՄ**

Տրվում է ռենտգենաբանական և էնդոսկոպիկ ախտորոշման սխալների պատճառների վերլուծությանը, Երկու մեթոդն էլ առաջարկվում են օգտագործել խոցային հիվանդներին վիրահատության նախապատրաստելիս, ըստ որում էնդոսկոպիան պետք է կիրառել միայն ռենտգենաբանական հետազոտությունից հետո, խոցի առավել ճշգրիտ տոպիկական ախտորոշման և նրա բնույթը որոշելու համար, որը նշանակություն ունի օպերատիվ բուժման մեթոդի ընտրության համար:

# VERIFICATIONS OF ROENTGENOLOGIC AND ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF PEPTIC ULCER DIFFERENTIATED IN THE PROCESS OF OPERATION

The analysis of the reasons of errors in the roentgenologic and endoscopic diagnosis is given in the paper. It is suggested to use both methods of investigation during the period of the preoperative preparation of the patient with peptic ulcer. The endoscopy must be conducted only after the roentgenologic study for more accurate topical diagnosis and determination of the character of the ulcer, which is of great importance in choosing the method of the surgical treatment.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Васильев Ю. В., Мельников Н. А. Материалы конференции: Эндоскопия в современной гастроэнтерологии. Душанбе, 1973, стр. 85.
2. Дмитриев А. Н. Эзофагогастроскопия в диагностике варикозного расширения вен пищевода и желудка, как источника кровотечения. М., 1978, стр. 3. (Рукопись депонир. во ВНИИМИ МЗ СССР, № 2204—79).
3. Мансуров Х. Х., Фархадн Г. Р. I Всесоюзный съезд гастроэнтерологов (тезисы докладов). М., 1973, стр. 192.
4. Смагин В. Г., Иванов В. В., Соколов Л. К., Гавриленко Я. В. Материалы конференции: Эндоскопия в современной гастроэнтерологии. Душанбе, 1973, стр. 66.
5. Стручков В. И., Луцевич Э. В., Белов И. Н., Стручков Ю. В. Хирургия, 1976, 7, стр. 59.
6. Фанарджян В. А. Руководство по рентгенодиагностике, т. II. М., 1951.
7. Юдин С. С. Новый хир. арх., 1930, 83, стр. 27.
8. Albrecht N. U. Fort. Roentgenstr., 1974, 40.
9. Kirkland. Цит. по В. А. Фанарджяну [6].
10. Knutson C. O. Amer. J. Surg., 1975, 129, 6, 651.

УДК 616.31—002—02:616.314—089.28

А. А. МИРЗОЯН

## ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ПОЛЬЗОВАВШИХСЯ РАЗЛИЧНЫМИ ТОТАЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Проводились микроскопические исследования соскобов слизистой оболочки протезного ложа с целью оценки эффективности применяемых тотальных протезов и усовершенствования методов их конструирования.

Установлено, что тотальные протезы, изготовленные без учета податливости слизистой оболочки протезного ложа, в значительной степени способствуют возникновению патологического процесса.

Изучение состояния тканей протезного ложа является обязательным условием как для оценки эффективности применяемых тотальных протезов и усовершенствования методов их конструирования, так и для предупреждения осложнений, вызываемых протезами [1, 2]. Цитоло-