

С. А. АРУСТАМЯН, С. Г. ШУКУРЯН

РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОЛИФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Приведенные результаты полифлюорографического обследования убедительно свидетельствуют о диагностической ценности примененной методики.

Комплексная методика одновременного полифлюорографического исследования (ПФИ) органов грудной и брюшной полостей и молочных желез (МЖ) применяется нами с 1968 г. при обследованиях больных как в стационарных, так и поликлинических и передвижных рентгенофлюорографических кабинетах. Она имеет большие преимущества перед рентгенографией и обычной рентгеноскопией. Эта методика позволяет выявлять рентгенофункциональные (РФ) и рентгеноморфологические (РМ) изменения различных органов и систем. ПФИ позволяют выявлять также и полиморфную патологию с РМ изменениями в органах грудной и брюшной полости и МЖ одновременно.

Из общего числа обследованных (38672) с помощью ПФИ у 1208 больных (10, 73%) были обнаружены опухоли с различной локализацией. У 2115 больных (5, 47%) одновременно была выявлена костно-суставная патология. РМ изменения с метастатическим обсеменением выявлены в легких, плевре, ребрах, средостении, МЖ, печени, желчном пузыре, поясничных позвонках. С применением контрастных веществ информативность ПФИ значительно возрастает. С помощью ПФИ с контрастированием пищевода в фазе вдоха и выдоха выявлены врожденные и приобретенные пороки сердца в 390 (1%), атеросклероз и аневризма аорты в 1820 случаях (4, 7%).

При митральных пороках и при недостаточности миокарда левого желудочка на флюорограммах четко видны признаки перераспределения кровотока в виде расширения верхнесегментарных сосудов и сужения их в базальных отделах. Отчетливо определяются контуры средостения и больших сосудов. При ПФИ области живота дополнительно выявлено резкое увеличение печени (застойное), получены важные сведения о состоянии сердца, обнаружены сопутствующие заболевания различных органов и систем—сердечно-сосудистые, онкологические, неонкологические, паразитарные. Следует отметить, что в момент выдоха РМ изменения выявляются более четко.

При массовом профилактическом и диагностическом обследовании больных крупнокадровая полифлюорография позволяет выявить заболевания сердечно-сосудистой системы. Среди приобретенных пороков сердца, по данным литературы [5, 8] и нашим наблюдениям, чаще встречаются митральные, митрально-аортальные, аортальные, митрально-аортально-трикуспидальные, митрально-трикуспидальные пороки сердца.

Митральный порок сердца с преобладанием стеноза левого венозного отверстия в флюорографическом изображении характеризуется следующими признаками: в прямой проекции отмечается усиление легочного рисунка в виде мелкой сетки за счет венозного артериального русла. Такая патологическая картина связана с повышенной проницаемостью стенок расширенных капилляров и трансудацией жидкости в альвеолы. Иногда на полифлюорограммах в базальных отделах легочных полей наблюдаются линии Керли—результат отека интерстициальной ткани междольковых перегородок. Корни легких при венозном застое расширены, бесструктурны, с нечеткими границами за счет расширения сосудов. При дальнейшем усилении легочного застоя калибр артериальных сосудов увеличивается и наблюдается увеличение ствола легочной артерии. Расширяются корни легких при сохранении их структурности. При анализе полифлюорограмм в передней проекции мы отметили заполнение талии, расширение обоих желудочков. В I косом положении отмечается смещение контрастированного пищевода увеличенным левым предсердием, выбухание легочной артерии, во II косом положении—увеличение левого предсердия, расширение обоих желудочков. Вышеуказанные флюорографические признаки, характерные для митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого венозного отверстия, иллюстрируются на рис. 1 а, б, в.



Рис. 1. Больная А. Т., 28 лет. а—передняя флюорограмма. Митральный порок с преобладанием стеноза. Резкая легочная гипертензия (расширение теней корней легких, усиленный легочный рисунок, обрубленные корни, значительное расширение дуги легочной артерии, увеличение обоих желудочков): б—флюорограмма в I косом положении той же больной. Резкое смещение контрастированного пищевода расширенным левым предсердием. Выпячивание ствола и легочного конуса легочной артерии; в—флюорограмма во II косом положении той же больной. Увеличение левого предсердия и обоих желудочков.

В указанном флюорографическом наблюдении митрального порока сердца одновременно выявлены РФ изменения контрастированного пищевода в виде его смещения в I косом положении и РМ изменения в виде увеличения левого предсердия и обоих желудочков.

И. Х. Рабкин и соавт. [6], К. А. Кяндарян [5] свидетельствуют о ценности применения рентгенофункциональных методов исследования

в комплексной полифлюорографической диагностике различных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

А. Н. Кишковским, В. А. Картавой и соавт. [4] в результате исследования легких компьютерной томографией получены более достоверные данные о функциональном состоянии паренхимы и сосудов легких, чем при обзорной рентгенографии, продольной томографии легких, крупнокадровой флюорографии.

В случаях необходимости нами дополнительно производились клинико-лабораторные исследования (сканирование печени, ЭКГ, ФКГ, гистологические, цитологические, биохимические, гинекологические, эндоскопические и т. д.).

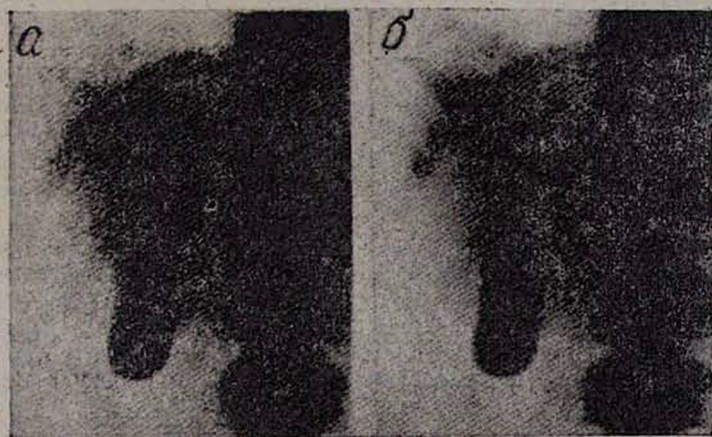


Рис. 2. Больная Х. К., 11 лет. Передняя флюорограмма брюшной полости. а—флюорохолецистография до, б—после пробного завтрака. Гипокинетическая дискинезия желчных путей.

Исходя из данных ряда авторов [2, 3, 7, 9] и наших наблюдений, рентгеноконтрастные методы исследования с учетом анамнестических и клинико-лабораторных данных способствуют выявлению РФ и РМ изменений при заболеваниях желчевыделительной системы.

Л. Д. Линденбрatenом [7] выделены три основные формы дискинезии желчных путей: гиперкинетическая, гипокинетическая и гипертоническая. У больных с гиперкинетической формой дискинезии при холецистографии отмечается усиленное опорожнение пузыря под действием пищи, при гипокинетической дискинезии оно несколько ослаблено, а при гипертонической форме дискинезии, как правило, определяется нормальная тень желчного пузыря без камней. Клинически дискинезия проявляется приступом боли после приема пищи или же симптомами диспепсии. По мнению Pawel [11], ее могут вызывать гормональные расстройства, невротические состояния, висцеро-висцеральные рефлюксы. При флюорографическом исследовании желчного пузыря с учетом анамнестических и клинико-лабораторных данных нами выявлена дискинезия у 28 (7,4%) из 376 исследованных лиц. Различная патология желчного пузыря (бескаменный, каменный холециститы, хронический холангит, дискинезия, обызвествление, птоз, атипичное рас-

положение желчного пузыря) выявлена нами у 376 (1,0%) больных. Примером дискинезии гипокинетической формы в сочетании с хроническим аппендицитом является следующее наблюдение.

Больная Х. К., 11 лет. Направлена во флюорографический кабинет Института рентгенологии с диагнозом гастрит. Жалобы на плохой аппетит и отвращение к жирной пище. Пальпация желчного пузыря болезненна. Исследование крови: СОЭ—31 мм/час, других изменений нет. Биохимическое исследование крови отклонений от нормы не выявило.

Полифлюорография грудной и брюшной полостей: легкие и сердце в норме. Флюорохолестистография при помощи иопагноста с применением фракционного метода: получено средней интенсивности изображение желчного пузыря, увеличенного в размерах, без контурных изменений. Желчный пузырь расширен, опущен, отмечается удлинение пузыря, расширение его дна. Теней конкрементов не выявлено. После пробного завтрака через 40, 60, 90 минут размеры желчного пузыря не изменились—опорожнение желчного пузыря ослаблено, что говорит о гипокинетической форме дискинезии, нарушении функции желчного пузыря при хроническом холецистите.

Рентгенофлюорография желудочно-кишечного тракта: пищевод, желудок, луковица двенадцатиперстной кишки без отклонений от нормы. Через 24 и 48 часов следы бария в толстом кишечнике в области прямой кишки. Область червеобразного отростка при пальпации чувствительна и несколько болезненна, последний заполнен неравномерно.

Заключение: хронический аппендицит, хронический холецистит, дискинезия желчного пузыря—гипокинетическая форма (рис. 2, а б). Больная направлена на специализированное лечение.

Экономический эффект от применения метода полифлюорографии по Армянской республике составляет 2,7, а по Союзу в целом—274, 18 млн. руб.

Таким образом, при сравнении ПФИ с рентгенографическим и рентгеноскопическим методами исследования следует отметить, что крупнокадровые полифлюорограммы в подавляющем большинстве случаев могут заменить обзорные рентгенограммы при полном исключении рентгеноскопии. ПФИ повышает диагностическую информативность, научных исследований, а также лечебно-профилактическую помощь.

ОНЦ им. В. А. Фанарджяна

Поступила 20/X 1987 г.

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍԱՄՅԱՆ, Ս. Հ. ՇՈՒՔՈՒՐՅԱՆ

ՄԻ ՇԱՐՔ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՈՒ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ
ՌԵՆՏԳԵՆԱՖԻՆԱՅԻՆԱԿՑԻՈՆԱԼ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ ՊՈԼԻՖԼՈՐՈԳՐԱՖԻ
ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԿՈՄՊԼԵՔՍՈՒՄ

Տրվում է կրծքի և որովայնի խոռոչների ու կրծքագեղձերի միաժամանակյա պոլիֆլուորոգրաֆիկ հետազոտման կոմպլեքս մեթոդիկան:

Վերլուծվել է պոլիֆլուորոգրամաներ: Օգտագործվել են կոնտրաստ նյութեր՝ տարբեր օրգանների ու համակարգերի հիվանդությունների դեպքում ռենտգենամորֆոլոգիական ու ռենտգենաֆունկցիոնալ փոփոխությունները հայտնաբերելու համար՝ հաշվի առնելով նաև անամնեզն ու կլինիկալաբորատոր հետազոտությունները:

Պոլիֆլուորոգրաֆիկ մեթոդի կիրառումից ստացված տնտեսական արդյուքը Հայկական ՍՍՀ-ում կազմում է 2,7 մլն ռուբլի, իսկ Սովետական Միությունում խոշոր կադրային ֆլուորոգրաֆիկ ապարատների թիվը հասնում է 2650-ի:

ROENTGENOFUNCTINAL METHODS OF STUDY IN THE COMPLEX POLYFLUOROGRAPHIC DIAGNOSIS OF THE DISEASES OF DIFFERENT ORGANS AND SYSTEMS

The results of the polyfluorographic examinations are brought, which testify to the diagnostic value of the applied method.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арустамян С. А. Мед радиол., 1984, 3, с. 40.
2. Васильев Ю. Д. Тез. докл. Всесоюз. конф.: Рентгенофункц. методы исслед. различных органов и систем. Обнинск, 1983, с. 125.
3. Зедгенидзе Г. А., Линденбрaten Л. Д. Краткий курс рентгенологии и радиологии. М., 1963.
4. Кишковский А. Н., Картавова В. А. и соавт. Тез. докл. Всесоюз. конф.: Рентгенофункц. методы исслед. различных органов и систем. Обнинск, 1983, с. 45.
5. Кяндарян К. А. Труды XI Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов. Таллин, 1984, с. 212.
6. Рабкин И. Х., Овчинников В. Н., Юдин А. Л., Милонова В. И. Тез. докл. Всесоюз. конф.: Рентгенофункц. методы исслед. различных органов и систем. Обнинск, 1983, с. 11.
7. Линденбрaten Л. Д. Рентгенология печени и желчных путей. М., 1980.
8. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика. Ереван, 1977.
9. Hodder K. A., Kemp-Harper R. A. Clin. Radiol., 1967, 18, 225.
10. Legge D. A., Carlson H. C. Radiology, 1972, 102, 259.
11. Pawel J. Gallenblase und die ableitenden Gallenwege. Bukarest, 1962.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.36—004 : 616.348 : 599 : 323

В. Т. ИВАШКИН, Г. А. МИНАСЯН

АНТИУЛЬЦЕРОЗНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ САЛЬБУТАМОЛА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ЯЗВООБРАЗОВАНИИ У КРЫС

Относительно недавно установлено, что блокада β_2 -адренорецепторов повышает базальную и стимулированную секрецию соляной кислоты [4], а стимуляция этих рецепторов угнетает желудочное сокоотделение [3, 5]. Эти данные указывают на перспективность поиска антисекреторных и противоязвенных средств среди β_2 -адреномиметиков. Ниже приводятся данные о противоязвенной активности одного из таких средств— β_2 -адреномиметика сальбутамола, нашедшего пока наиболее широкое применение в пульмонологии и акушерстве [2, 6].

Материал и методы

Влияние сальбутамола на язвообразование изучено на 2 патогенетически различных моделях язвы—нейрогенной (рефлекторной) и локально-индуцированной (этаноловой).