

Г. М. ПЕТРОСЯН

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Работа посвящена вопросу диагностики хронических нарушений дуоденальной проходимости в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Рекомендуется применение комплексного инструментального обследования, ведущая роль в котором принадлежит многоканальной иономанометрии.

До настоящего времени процент различных послеоперационных осложнений у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки остается высоким. Изучение причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения показало, что во многих случаях послеоперационные осложнения бывают связаны с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости (ХНДП), не выявленными в период предоперационных обследований [1—4].

Сложность диагностики моторно-эвакуаторных нарушений двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни объясняется скудностью и неяркостью клинических проявлений, а также отсутствием патномоничных симптомов, вследствие чего производится либо резекция желудка, либо ваготомия, а ХНДП остаются нескорректированными. Исходя из этого, для своевременной диагностики данной патологии требуется комплексное инструментальное обследование.

Под нашим наблюдением находилось 103 человека с язвенной болезнью желудка (26) и двенадцатиперстной кишки (77). Из них у 32 больных (31%) целенаправленное комплексное обследование позволило выявить сопутствующие ХНДП (20 мужчин и 12 женщин в возрасте 21—68 лет). Подавляющее большинство (78, 1%) имело длительный язвенный анамнез, причем течение язвенной болезни осложнялось перфорацией с дальнейшим ушиванием язвы у 6 больных, пенетрацией—у 9, кровотечением—у 8, стенозом выходного отдела желудка—у 14 больных.

Анализ клинического материала позволил выявить закономерность, заключающуюся в том, что ХНДП чаще встречается у больных с длительным язвенным анамнезом. Клиническое течение заболевания при сочетанной патологии крайне вариабельно и в основном зависит от периода (обострение или затишье) и стадии (компенсация, субкомпенсация и декомпенсация). Только у 7 из 32 больных нами были отмечены типичные проявления ХНДП: боли, локализованные справа от пупка и не связанные с приемом пищи, горечь во рту, тошнота и рвота желчью, приносящая облегчение, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи. В 8 случаях нарушения дуоденальной проходимости, сопровождающих язвенную болезнь, не имели никаких клинических проявлений и полностью были замаскированы симптоматикой язвенного процесса. У остальных 17 больных присоединение ХНДП придавало течению язвенной болезни лишь некоторые специфические черты: обо-

стрения теряли сезонность, боли переставали зависеть от приема пищи, консервативная терапия становилась менее эффективной, длительно не наступало рубцевания язвы, отмечалась склонность к диспептическим явлениям и астеноневротическим реакциям.

Наши исследования и данные литературы позволяют заключить, что частое сочетание язвенной болезни и ХНДП не является случайным совпадением, а между ними существует патогенетически обусловленная взаимосвязь. ХНДП по отношению к язвенной болезни может быть как первичным заболеванием, так и вторичным. Нужно отметить, что в большинстве случаев нарушения моторики двенадцатиперстной кишки оказывались вторичными и проявлялись через 5 лет и более после начала язвенной болезни. Однако наряду с этим у 4 больных проявления ХНДП были отмечены гораздо раньше, чем выявлена язва.

Для сравнительной оценки различных методов диагностики ХНДП мы изучили информативность данных рентгенографии, исследования моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки методом многоканальной иономанометрии, эндоскопии и радионуклидной гастросцинтиграфии. Следует отметить, что диагностические возможности перечисленных методов обследования неодинаковы, каждый из них выявлял только определенную патологию, а диагноз ставился с учетом результатов всех методов обследования.

Важное место в вопросе выявления ХНДП при язвенной болезни занимает рентгенологическое исследование, которое позволяет определить как прямые признаки ХНДП, так и косвенные. Однако прямые признаки (задержка контрастной взвеси в двенадцатиперстной кишке более 30 секунд, расширение ее поперечного диаметра более 4 см) выявлялись при рентгенологическом исследовании относительно редко. Мы неоднократно убеждались в этом, когда при интраоперационной ревизии определяли увеличение диаметра двенадцатиперстной кишки, чего не было отмечено на рентгенограммах. Гораздо чаще выявлялись признаки, косвенно указывающие на моторно-эвакуаторные нарушения двенадцатиперстной кишки. Это объясняется тем, что рентгенологическое исследование не позволяет длительно наблюдать за продвижением контрастного вещества по кишке. И все же у 7 больных нам удалось выявить увеличение поперечного размера двенадцатиперстной кишки свыше 4 см на фоне замедления пассажа бариевой взвеси. При этом у 3 больных ширина кишки была увеличена до 5, у 2—до 6, у 1—до 7 см, и у 1 больного диаметр кишки превышал 7 см. Замедление прохождения контрастного вещества без видимого расширения просвета кишки было выявлено еще в 4 случаях, и в 5 случаях отмечался обратный заброс бария из луковицы в желудок на фоне крупномаятниковых движений кишечной стенки.

Косвенные рентгенологические признаки ХНДП возникают вследствие нарушения эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки. Из них наличие натошак в желудке слизи и жидкости наблюдалось у 19, замедление эвакуации из желудка—у 13, гипотония и птоз желудка—у 8, увеличение размеров желудка—у 6 больных.

Учитывая, что данные рентгенологические признаки могут встречаться и при стенозе выходного отдела желудка, нужно отметить, что косвенные признаки были выявлены у 24 больных, из них со стенозом было 14, причем в стадии суб- и декомпенсации—7 больных. Однако рентгенологические данные нарушения эвакуации даже в стадии компенсации порой напоминали далеко зашедший пилородуоденальный стеноз, что, вероятно, связано с дублированием причины моторно-эвакуаторных расстройств. Особую роль в рентгенологической диагностике ХНДП играет зондовая дуоденография в условиях искусственной гипотонии. Так как от медикаментозной релаксации органические препятствия по ходу двенадцатиперстной кишки не могут исчезнуть, этим методом удавалось дифференцировать функциональные формы ХНДП от механических. В 7 случаях нам удалось подтвердить механическую природу ХНДП.

Для исследования моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки мы применяли многоканальную одномоментную иононаномерию. Суть метода заключается в одновременной динамической регистрации изменений рН и давления в разных отделах желудка и двенадцатиперстной кишки. С помощью этого метода оказалось возможным определить базальный и пластический тонус исследуемых отделов, количественно и качественно оценить моторную деятельность, определить частоту и интенсивность дуоденогастрального рефлюкса. Диагностическими критериями ХНДП явились урежение ритма сокращений, наличие антиперистальтических сокращений двенадцатиперстной кишки, появление тонических и тоникоперистальтических волн, наличие дуоденогастрального рефлюкса, возникающего на фоне патологических сокращений кишки. Количественный анализ полученных данных показал, что в группе больных с сочетанной патологией отмечается достоверное снижение базального тонуса, частоты сокращений, моторного индекса, средней амплитуды сокращений по сравнению с группой изолированной язвенной болезни. Снижение показателей моторики отмечалось как натощак, так и после приема пищи. Наряду с этим у 12 больных наблюдалась активная сократительная деятельность двенадцатиперстной кишки на фоне манометрических признаков ХНДП, а у 9—резкое снижение сократительной активности кишки. Эти данные имели большое значение для установления стадии патологического процесса. Иононанометрическое исследование во многих случаях давало возможность установить также форму заболевания. Механическая форма ХНДП характеризовалась хотя и редкими, но высокоамплитудными сокращениями. При функциональной форме преобладали редкие низкоамплитудные сокращения, чаще всего на фоне пониженного тонуса кишки.

Наиболее информативным методом для изучения эвакуаторной функции желудка является динамическая радиоизотопная гастросцинтиграфия с использованием гамма-камеры. В отличие от рентгенологического этот метод дает возможность длительного динамического наблюдения за процессом эвакуации пищи из желудка, а применение компьютерного анализатора позволяет получить достоверные данные

эвакуации за любой промежуток времени. Признаки нарушения эвакуации в ранние сроки исследования выявлены у 18 больных. Период полупорожнения у них колебался от 60 до 80 при норме 30 ± 5 минут. Полное опорожнение желудка в нормальные сроки (до 2 часов) среди этих больных зарегистрировано только у двоих. В остальных случаях опорожнение желудка было замедлено до 3 часов и более. Еще у 5 больных было отмечено резкое замедление эвакуации как в ранние, так и в поздние сроки—через 3 часа исследования более 50% меченого завтрака оставалось в желудке.

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, являясь общедиagnostическим этапом исследования, позволяло также выявить некоторые признаки ХНДП. Наиболее достоверным эндоскопическим признаком нарушения дуоденальной проходимости следует считать наличие в желудке натошак желчи на фоне атрофических изменений слизистой антрального отдела, что является верным признаком интенсивного дуоденогастрального рефлюкса. Картина атрофического рефлюкс-гастрита была выявлена у 22 больных, причем у 12 из них в момент исследования обнаружена желчь в просвете желудка. Кроме того, было выявлено наличие натошак слизи и жидкости у 17, зияние привратника—у 8, увеличение размеров желудка—у 5 больных. Как известно, замедление эвакуации из желудка приводит к нарушению функции не только привратникового механизма, но и кардиального жома вследствие атипериастальтических сокращений желудка. Эндоскопическое исследование позволило выявить также недостаточность функции кардии у 14, рефлюкс-эзофагит—у 10 больных.

На основании данных клиники, комплексного инструментального исследования и интраоперационной ревизии у 17 больных установлена функциональная, у 15—механическая форма ХНДП. Причинами последней явились: острый угол в области дуоденоюнального перехода с формированием «двустволки» за счет спаечного процесса (6), рубцово-спаечный процесс с деформацией кишки в вертикальном отделе (3), массивный рубцово-спаечный процесс в области связки Трейца с увеличением лимфоузлов (4), артериомезентериальная компрессия (1) и тотальный замуровывающий перидуоденит (1). В стадии компенсации находились 12 больных, субкомпенсации—17 и декомпенсации—3 больных.

Таким образом, для своевременной диагностики ХНДП при язвенной болезни необходимо применение комплексного инструментального обследования, ведущая роль в котором принадлежит многоканальной иономанометрии. Изучение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет установить форму и стадию болезни и имеет решающее значение для выбора методов хирургического лечения.

ԳԻՈՒԴԻԵՆԱԼ ԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ՀԱՄԱԳՅՎԱՍԾ
 ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12ՄԱՏՆՅԱ ԱՂԻՔԻ ԽՈՑԱՅԻՆ
 ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ

Աշխատանքը նվիրված է ստամոքսի և 12 մատնյա աղիքի խոցային հիվանդությամբ զուգակցված դոուդենալ անցանելիության խրոնիկական խանգարումների ախտորոշման հարցին: Դոուդենալ անցանելիության խրոնիկական խանգարումները ժամանակին հայտնաբերելու համար խորհուրդ է տրվում կատարել կոմպլեքսային գործիքային հետազոտություն, որտեղ առաջնակարգ դերը տրվում է բազմակողմանի իոնոմանոմետրիային:

G. M. PETROSSIAN

THE DIAGNOSIS OF THE DUODENAL PATENCY CHRONIC
 DISTURBANCES, COMBINED WITH DUODENAL AND
 GASTRIC ULCERS

The paper is devoted to the problem of the diagnosis of duodenal and gastric ulcers, combined with different forms of the duodenal patency chronic disturbances. For the timely revealance of the chronic disturbances it is recommended to use the complex instrumental observations, the main role belonging to multichannel ionomanometry.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волколаков Я. Д., Стродс Я. Я., Поварс А. Я. и др. Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической хирургии: Сб. научн. тр., ч. II. Таллин, 1982, с. 153.
2. Даренская С. Д. Автореф. дис. канд. М., 1979, 23.
3. Нестеренко Ю. А., Гольдберг А. П., Шаповальянц С. Г. Хирургия, 1978, 10, с. 29.
4. Репин В. Н. Вестн. хир., 1980, 1, с. 39.

УДК 616.366—002.1

А. А. АЛАВЕРДЯН, В. Т. АПОЯН, А. С. МАЛАЯН

ИЗМЕНЕНИЕ СТРОМЫ И ПИГМЕНТАЦИИ РАДУЖНОЙ
 ОБОЛОЧКИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЖЕЛЧНОГО
 ПУЗЫРЯ

Изучены локализация и характер изменений стромы и пигментации радужной оболочки глаз при патологии желчного пузыря. Установлено, что выявленные изменения характерны для хронического холецистита.

Распознавание топики болезней по радужной оболочке глаза в настоящее время успешно применяется в качестве вспомогательного параклинического метода, отличающегося экспрессивностью, доступностью и достаточно высокой информативностью [5—7, 11, 12, 14—16].

Относительно связи между пораженным органом и изменением архитектоники стромы, а также пигментации радужной оболочки наиболее вероятной можно считать гипотезу Е. С. Вельхова [7]. Согласно последней, афферентные сигналы от внутренних органов, помимо