

С. А. АРУСТАМЯН, Л. Н. МКРТЧЯН, Н. В. КАРАПЕТАН,
А. М. АМБАРЦУМЯН, Т. Г. ОВАНЕСЬБЕКОВА

РОЛЬ КОМПЛЕКСНЫХ РЕНТГЕНОФЛЮОРОХОЛЕЦИСТО- ГРАФИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Приводится методика комплексных рентгенофлюорохолестистографических и эндоскопических исследований, повышающих диагностическую информативность при выявлении патологии желчевыделительной системы. Комплексное обследование способствует улучшению лечебно-профилактической работы.

В работах, посвященных рентгенофлюородиагностике заболеваний желчевыделительной системы, подробно изложены возрастные особенности желчного пузыря, аномалии его развития, рентгеновские симптомы поражения желчных ходов, желчного пузыря, печени при ее различных заболеваниях [1—9]. Однако ряд вопросов рентгенофлюорохолестистографического (РФХГ) исследования желчевыделительной системы требует нового подхода, в частности изучение желчного пузыря в норме и патологии в рентгенофлюорографическом и эндоскопическом аспектах.

В настоящем сообщении обобщен опыт синхронных холестистографических и эндоскопических исследований желчевыделительной системы.

Обследование больного производилось в вертикальном положении с предварительным флюорографическим исследованием органов грудной полости.

С помощью РФХГ исследований определялись: форма печени, форма и величина желчного пузыря, его контурные изменения, деформации,птоз, наличие конкрементов, дискинезии и т. д. После пробного завтрака по РФХГ судили о сократительной способности желчного пузыря. При интерпретации РФХГ диагностированы хронические бескаменные холециститы, калькулезные холециститы, холангиты, дискинезии,птоз, атипичная локализация желчного пузыря и т. д. Зачастую на полифлюорограммах выявлялись и патологические изменения других органов—сердца, средостения, плевры, диафрагмы, селезенки, почек, позвоночника.

Флюорографические исследования произведены у 4642, РФХГ исследования—у 181 больного при помощи иопагноста, холевида. При этом выявлены разнообразные заболевания желчевыделительной системы: хронические бескаменные холециститы—42, калькулезные холециститы—25, дискинезии желчного пузыря—42, холангиты—9, гепатохолангиохолециститы—26, атипичная локализация желчного пузыря—29, рак желчного пузыря—3, рак печени—5. При рентгенофлюорографическом исследовании желудочно-кишечного тракта выявлены: перихолецистит, перидуоденит, гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

надцатиперстной кишки, панкреатит, гепатит, аппендицит, спастический колит, доброкачественные и злокачественные опухоли желудка и другие заболевания, которые протекали одновременно с патологией желчевыделительной системы.

По данным В. А. Фанарджяна [6], при просвечивании желудка и двенадцатиперстной кишки часто выявляются косвенные симптомы, которые свидетельствуют о возможном поражении желчного пузыря. Их выявление дает повод к более подробному клиническому и рентгенологическому изучению желчного пузыря и тем самым уменьшает число диагностических ошибок.

Рентгенофлюорографические и эндоскопические исследования дополнялись другими методами исследований не изолированно, а в едином плане, в так называемых клинко-рентгенофлюороэндоскопических сопоставлениях (радиосканирование, стерильная миелография, цитологическое, патоморфологическое, биохимическое, клинко-лабораторные исследования, ЭКГ, ФКГ и др.).

Тактика комплексного обследования отвечает современным требованиям, значительно повышая лечебно-профилактическую работу.

При заболеваниях желчевыделительной системы с практической точки зрения эндоскопическими показаниями к проведению РФХГ являлись: 1) наличие желчи в желудке (заброс желчи); 2) недостаточность пилорического жома; 3) сдавление извне атриодуоденальной зоны; 4) язвы, дивертикулы; 5) очаговое воспаление слизистой двенадцатиперстной кишки; 6) патология Фатерова сосочка.

Эндоскопические исследования произведены у 913 лиц, из коих у 281 больного выявлены различные заболевания: наличие желчи в желудке (заброс желчи) и недостаточность пилорического жома—у 77, сдавление извне атриодуоденальной зоны—у 8, язвы и дивертикулы—у 160 (язвы были доброкачественного характера), очаговое воспаление слизистой двенадцатиперстной кишки—у 3, патология Фатерова сосочка—у 3 больных (в одном случае выявлен рак, в другом—киста, в третьем—аденома).

По данным Е. В. Демина [3], заболевания желчных путей являются одним из наиболее распространенных видов патологии органов брюшной полости, и в 90% случаев острый холецистит проявляется на фоне желчно-каменной болезни. Одним из тяжелых осложнений ее является остро возникающая обтурационная желтуха, встречающаяся у 20% больных вследствие полной или частичной закупорки общего желчного протока камнем. Заболевания желчевыделительной системы зачастую сочетаются с язвой желудка.

По данным рентгенофлюороэндоскопических наблюдений для доброкачественных язв желудка характерна правильная округлая форма, коническая, с гладкими контурами, диаметром 2,5 см; малигнизирующие язвы более плоские, с неровными контурами, неправильной формы, с перестроенными складками, диаметром 4,0 см. Совместная работа рентгенологов и эндоскопистов повысила информативность дифференциальной диагностики изъязвлений желудка до 98%.

Показаниями к проведению РФХГ являлись: 1) увеличенная печень; 2) нарушение функциональной активности желчного пузыря при холециститах и дискинезиях; 3) язвы двенадцатиперстной кишки и желудка; 4) локализация солитарных и множественных конкрементов в желчных ходах, в желчном пузыре либо в желчных ходах и в желчном пузыре одновременно; 5) дифференциальная диагностика желтухи.

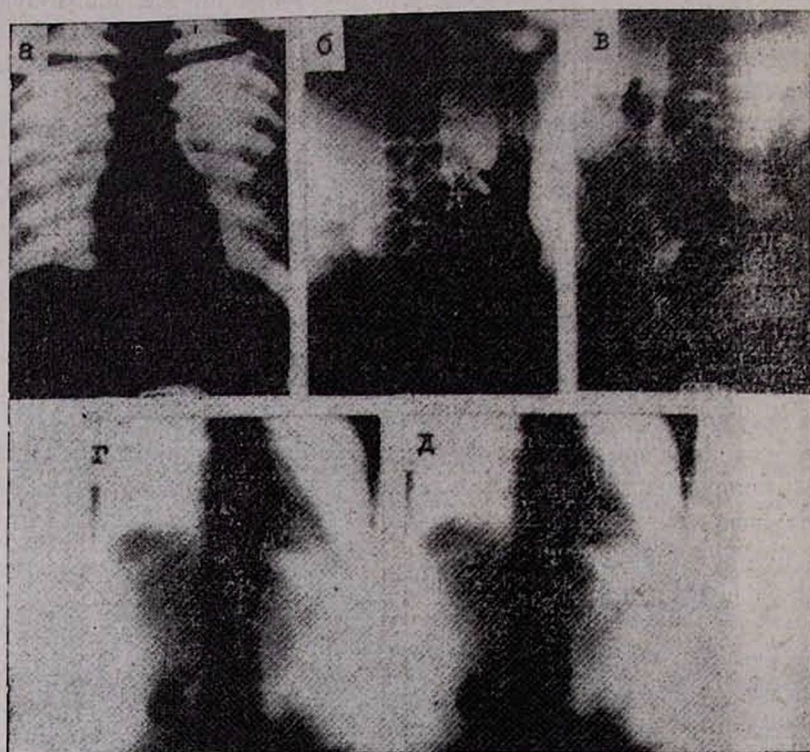


Рис. 1. Больная С. З., 22 лет. а—передняя рентгенофлюорограмма грудной полости. Нормальная картина легких и сердца; б—рентгенофлюорограмма желудка. Язва желудка по малой кривизне, в средней трети. Рефлекторный спазм латерального контура луковицы двенадцатиперстной кишки; в—рентгенофлюорограмма толстой кишки через 24 часа. Спастический колит поперечно-ободочного и нисходящего отделов толстой кишки; г—рентгенофлюорохолецистография до пробного завтрака; д—через 60. 90 мин после пробного завтрака. е—гипокинетическая форма дискинезии желчных путей. Желчный пузырь сохранил свою форму.

Противопоказанием к рентгенофлюорографии являются тяжелые заболевания печени, почек, сердечно-сосудистой системы, щитовидной и поджелудочной желез. Кроме того, при выраженной желтухе пероральная и внутривенная холецистография оказывается неэффективной. В тех случаях, когда клинические симптомы желчевыделительной системы не подтверждаются результатами рентгенофлюорографического исследования, следует направлять больных на специализированное сонографическое исследование.

Приводим следующее наблюдение.

Больная С., 22 лет. Жалуется на тупые ноющие боли в эпигастральной области, чувство распирания желудка после еды, снижение аппетита, потерю веса на 3 кг, иногда на боли в правом подреберье. Больна 4 месяца. Клинические анализы без отклонений от нормы.

Рентгенофлюорографическое исследование органов грудной и брюшной полостей: на передней флюорограмме—нормальная картина легких и сердца. По малой кривизне желудка выявлена язва правильной формы размером $1,5 \times 1,0$ см. Рельеф слизистой желудка сохранен. Рефлекторный спазм латерального контура луковицы двенадцати-



Рис. 2. Эндофотограмма той же больной.

перстной кишки. Через 24 часа определяется спастический колит поперечноободочного и нисходящего отделов толстой кишки. Произведена флюорохолецистография при помощи иопагноста: теней от конкрементов не выявлено. После пробного завтрака через 60, 90 мин желчный пузырь сохранял свою форму, имело место опущение желчного пузыря, печень была увеличена в поперечнике, наблюдалась дискинезия с замедленным опорожнением желчного пузыря. Вышеописанная язва желудка доброкачественного характера (рис. 1). Диагноз подтвержден эндоскопическим исследованием. Эндофотограмма: язва, локализованная по малой кривизне в средней трети желудка, размером $1,5 \times 1,0$ см, глубиной до 0,3 см; края и дно покрыты плотной фибриновой оболочкой. Состояние после проведенной биопсии: около язвы свежая кровь в виде струйки (рис. 2). После проведенной полибиопсии цитологическое и гистологическое исследования подтвердили доброкачественный характер язвы желудка.

Таким образом, сочетание РФХГ и эндоскопических методов вместе с другими исследованиями повышает диагностическую информативность и эффективность проводимых исследований. Такая тактика комплексных обследований улучшает лечебно-профилактическую работу.

РФХГ исследования отличаются большой информативностью и эффективностью при диагностике холециститов, желчно-каменной болезни и других заболеваний желчевыделительной системы. Рекомендуются широкое применение РФХГ для профилактики различных заболеваний органов брюшной полости.

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍՏԱՄՅԱՆ, Լ. Ն. ՄԿՐՏՉՅԱՆ, Ն. Վ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ,
Ա. Մ. ՀԱՄԲԱՐՏՈՒՄՅԱՆ, Տ. Գ. ՀՈՎՀԱՆՆԵՍՐԵԿՈՎԱ

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՌԵՆՏԳԵՆԱՖԼՈՐՈՒՐՈՇՈԼԵԿԵՍՏՈԳՐԱՖԻԱԿԱՆ
ԵՎ ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ԿՈՄՊԼԵՔՍ ՄԵԹՈԴՆԵՐԻ ԴԵՐԸ ԼԵՂԻ ԱՐՏԱԴՐՈՂ
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Լեղի արտադրող համակարգի, ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցերի հայտնաբերման նպատակով անցկացվել են ֆլյուորոխոլեցիստոգրաֆիական և էնդոսկոպիական կոմպլեքս հետազոտություններ: Ախտորոշումը հաստատվել է կլինիկա-լաբորատոր տվյալներով և պաթոմորֆոլոգիական ուսումնասիրություններով:

Ստացված տվյալները ցույց են տալիս և՛ ռենտգենաֆլյուորոխոլեցիստոգրաֆիական և՛ էնդոսկոպիական հետազոտության մեթոդով լեղի արտադրող համակարգի և ստամոքսի տարբեր հիվանդությունների հայտնաբերման լայն հնարավորությունների մասին:

Նշված մեթոդը նոր հնարավորություններ է բացում հիվանդությունների պաթոգենետիկ հիմունքների հետազոտության համար:

S. A. AROUSTAMIAN, L. N. MKRTCHIAN, N. V. KARAPETIAN,
A. M. HAMBARTSOUMIAN, T. G. HOVANESBEKOVA

THE ROLE OF COMPLEX ROENTGENOFUOROCHOLECYSTOGRAPHIC AND ENDOSCOPIC METHODS OF INVESTIGATION IN DIAGNOSIS OF THE BILIARY TRACT DISEASES

The method of complex roentgenofluorocholecystographic and endoscopic investigation is given, which allows to diagnose more effectively the pathologies of the biliary tract.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арустамян С. А., Арутюнян Е. М., Багдасарян М. Г. Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1978, 5, с. 84.
2. Вассильев Ю. Д. Рентгенофункциональные методы исследования различных органов и систем (тез. докл. Всесоюзн. конф.) М., 1983, с. 125.
3. Демин Е. В. Рентгенофункциональные исследования желчевыделительной системы (тез. докл. Всесоюзн. конф.) М., 1983, с. 135.
4. Рабкин И. Х., Мнацаканян К. А. Сухомлина Р. А. Рефлексогенная релаксация желудка и двенадцатиперстной кишки методом акупунктуры. М., 1983, с. 177.
5. Сагателян Г. М. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка и гастродуоденальной системы. Ереван, 1966.
6. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика. Ереван, 1977.
7. Schaldon S. Gastroenterology, 1962, 42, 4, 371.
8. Ysley J., Schanlo J. Amer. J. Roentgenol., 1962, 88, 4 742.