

варения у детей. М., Медицина, 1974.— 16. Филиппкин М. А., Низовцев Р. А. Рентгенологическое исследование при рвоте и срыгивании у детей (лекция), М., 1982.— 17. Цимбал О. Л. Рентгенологическое исследование новорожденных. М.—Л., 1959.— 18. Черноусова Л. Н., Ищенко Н. Ф. В кн.: Вопросы восстановительной травматологии и ортопедии. Свердловск, 1957.— 19. Astley R. Radiology of Alimentary Tract in Infancy. London, 1956.— 20. Grand R., Watkins T. B., Torti F. M. A. Review — Gastroenterol, 1970, 70, 5.— 21. Gross R. The Surgery of infancy and childhood. Philadelphia, 1957.

Поступила 31.07.85.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.33—002.44—02:616.33—009.1—073.75

Г. И. Володина, В. Р. Горст (Казань). Рентгенологическая диагностика моторных расстройств желудка при язвенной болезни

С целью изучения моторики желудка и установления практической значимости ряда количественных рентгенологических критериев его двигательной активности было обследовано 60 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и в предъязвенном состоянии и 8 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 57 лет. Мужчин было 62, женщин — 6. 39 человек страдали язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, 12 — язвой желудка, у 9 лиц было предъязвенное состояние. У 3 больных с язвой желудка был выраженный болевой синдром; у 9 человек болей в момент рентгенологического обследования не было.

Диагностика язвенной болезни была основана на рентгеноморфологических, рентгенофункциональных и сопутствующих признаках данного патологического процесса. У 51 больного были выявлены прямые симптомы: депо бариевой взвеси, конвергенция складок слизистой, инфилтративный вал вокруг язвенного кратера, рубцово-язвенная деформация органа. У 9 больных с выраженными клиническими проявлениями язвенной болезни и наличием функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта рентгенологически и эндоскопически язва не обнаружена.

Для получения количественных критериев моторной активности использовали модифицированный нами метод многократной съемки желудка на одну пленку (диполитграфия) с интервалом между снимками 4—5 с. Для обобщенной оценки двигательной функции желудка был предложен ряд статических и динамических показателей: индекс сократительной способности стенки желудка, выраженный отношением амплитуды волны к ее длине; индекс суммарной кинетической активности, вычисляемый путем деления амплитуды перистальтической волны на ее длину и ритм; индекс возбуждения мышц желудка, определяемый отношением амплитуды перистальтической волны к ритму перистальтики.

Основные показатели моторной функции желудка позволяют сделать заключение об увеличении его двигательной активности при предъязвенных состояниях, язвенной болезни с локализацией дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки, а также при язвенной болезни с локализацией морфологического субстрата в желудке в сочетании с выраженным болевым синдромом. При язвенной болезни с расположением язвы в желудке и при отсутствии боли в момент рентгенологического исследования отмечается тенденция к угнетению моторики органа. Несмотря на имеющиеся нарушения двигательной активности желудка у больных язвенной болезнью, изучение моторики только по скорости, амплитуде и длине перистальтической волны и ритму перистальтики не дает достоверных результатов. Следовательно, в отдельности эти показатели не имеют диагностической ценности. Однако индексы суммарной кинетической активности, сократительной способности стенки желудка и возбуждения мышц желудка закономерно отражают нарушения моторной функции желудка у больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью с локализацией процесса в двенадцатиперстной кишке и желудке при наличии болевого синдрома.

Таким образом, показана возможность выявления признаков заболевания на ранних этапах развития гастродуоденальной язвы.

УДК 616.366—002.2—073.58—78:681.772.2.015.2

В. Б. Любовец (Чебоксары). Использование термографии для оценки эффективности лечения хронического холецистита

Мы изучили информативность термографии в сопоставлении с результатами биохимических исследований желчи у 58 больных хроническим бескаменным холециститом в фазе обострения. Возраст больных колебался от 23 до 58 лет (48 женщин и 10 мужчин). Давность заболевания — от 3 до 15 лет.

Термографию проводили с помощью отечественного тепловизора «Рубин-2М» в положении больного лежа через 3—4 ч после еды, после 20-минутной температурной адаптации при комнатной температуре.

У 91,7% больных при дуоденальном зондировании обнаружены моторно-эвакуаторные нарушения функции желчного пузыря и работы сфинктерного аппарата желчевыводящих путей. Результаты контрольных исследований дуоденального зондирования и биохимических показателей желчи у 38 клинически здоровых лиц соответствовали нормативам, приводимым в литературе.

На термограмме брюшной стенки у обследованных лиц контрольной группы было установлено симметричное тепловое распределение относительно средней линии с физиологической гипертермией в области пупка и мечевидного отростка. Вокруг пупка выявлялась округлой формы зона пониженной температуры. Размеры ее определялись степенью развития подкожно-жировой клетчатки.

У больных хроническим бескаменным холециститом в фазе обострения была обнаружена температурная асимметрия (Δt) в правом и левом подреберьях. Справа очаги и зоны гипертермии распространялись ниже подреберья, часто занимая площадь, значительно превышавшую размеры желчного пузыря. Кроме того, область максимальной гипертермии не всегда совпадала с проекцией желчного пузыря на брюшную стенку, а в части случаев (18) соответствовала зонам Захарьина—Гада. Таким образом, источником наиболее интенсивного инфракрасного излучения у больных являлся не желчный пузырь, а участки кожной поверхности, имеющие висцерокutánную связь с желчным пузырем. При их пальпации отмечались отечность и уплотнение подкожно-жировой клетчатки; кожа на данных участках плохо собиралась в валик, больные при этом чувствовали болезненность. При повторном обследовании в течение дня наблюдалась такая же высокая воспроизводимость термографической картины, что свидетельствовало о достаточной точности метода.

Степень температурной асимметрии в правом и левом подреберьях зависела от выраженности воспаления в желчном пузыре: по мере нарастания интенсивности воспаления Δt увеличивалась от $0,7 \pm 0,2^\circ$ при легкой до $1,15 \pm 0,6^\circ$ при средней степени и до $1,7 \pm 0,2^\circ$ при выраженном воспалении ($P < 0,01 - 0,02$). При анализе термограмм и биохимических сдвигов в желчи наибольшая корреляция была выявлена с показателями ДФА-реакции и содержанием аминных групп: чем выше были показатели ДФА-реакции и аминных групп, тем более высокой была Δt в подреберьях.

Кроме того, обнаружена определенная связь величины очагов или зон гипертермии со степенью воспаления. Так, при легком воспалении площадь отдельных очагов гипертермии в правом подреберье не превышала 3—5 см², при умеренном — очаги гипертермии сливались в зоны размерами более 5 см². При выраженном обострении зоны гипертермии наблюдались не только в правом подреберье, но и над соседними органами: печенью, поджелудочной железой, над желудком и двенадцатиперстной кишкой.

При сопоставлении термограмм с показателями нарушения моторной функции желчного пузыря и желчевыводящих путей наиболее выраженная асимметрия была обнаружена у больных с гипотонически-гипокинетическим типом дискинезий.

В процессе лечения параллельно с улучшением клинко-биохимических показателей прослеживалась счетливая положительная динамика термографической картины с устранением температурной асимметрии правого и левого подреберья. У части больных, несмотря на явное клиническое улучшение (отсутствие жалоб и исчезновение многих объективных клинических симптомов), температурная асимметрия правого и левого подреберья сохранялась, показатели ДФА-реакции и содержание аминокислот оставались также измененными. Последующее наблюдение за этими больными показало, что фаза ремиссии у них продолжалась 1,5—2 нед, затем вновь наступало обострение процесса.

Считаем, что термография брюшной стенки является объективным методом выявления обострения воспалительного процесса в желчном пузыре у больных хроническим холециститом и может быть использована для оценки эффективности проводимой терапии.

УДК 616.366—003.7—089.8

В. Г. Сахаудинов, Ш. Х. Ганцев, Е. И. Сендерович (Уфа). Сочетанные операции при желчнокаменной болезни

Лечение сочетанных хирургических заболеваний в последнее время является актуальным вопросом хирургии. Мы проанализировали 190 историй болезни пациентов, перенесших сочетанные операции на органах брюшной полости с 1974 по 1984 г. по ряду лечебных учреждений г. Уфы. Из общего количества прооперированных больных у 26 (13,7%) наблюдалось сочетание желчнокаменной болезни с другими заболеваниями.

Диагностика сочетанных заболеваний трудна, особенно при желчнокаменной болезни и язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки. Схожесть клинического течения этих заболеваний, в основном при сопутствующем панкреатите, тес-