

Число койко-дней у таких больных составило в среднем $27,1 \pm 2,0$.

Терапию больных анемией с аутоиммунным тиреоидитом проводили препаратами железа для внутреннего приема 2 — 3 мес в сочетании с преднизолоном по 20 — 30 мг ежедневно в течение 4 — 6 нед и тиреоидином по 0,05 г 2 раза в неделю также 4 — 6 нед. Число койко-дней у этих больных равнялось в среднем $22,6 \pm 1,7$.

Гипофункциональное состояние надпочечников корригировали преднизолоном в дозе 20 — 30 мг или его аналогами в течение 4 — 6 — 8 нед на фоне обычной терапии препаратами железа. Критерием эффективности проведенного лечения явилась нормализация показателей крови у 81,5% больных через 3 — 4 — 6 нед и дальнейшее безрецидивное течение.

Таким образом, первичная профилактика железодефицитной анемии включает санитарно-просветительную работу по упорядочиванию детородного режима, лактации, ликвидации алиментарных нарушений, болезней желудочно-кишечного тракта и женской половой сферы, а также профилактический прием препаратов железа всеми женщинами, кормящими грудью свыше года. Вторичная профилактика заключается в противорецидивном лечении всех больных с резистентной формой железодефицитной анемии по указанной выше методике сроком 2 — 3 нед через каждые полгода в течение 2 лет, что обеспечивает нормализацию гормонального статуса и безрецидивное течение анемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Болезни эндокринной системы. М., Медицина, 1966.— 2. Идельсон Л. И. Гипохромные анемии. М., Медицина, 1931.— 3. Крехова М. А. Пробл. эндокринолог., 1960, 2.— 4. Назаретян М. Н., Митерев Ю. Г., Токарев Ю. Н., Воронина Л. Н. Пробл. гематол., 1982, 2.— 5. Петрухина Е. Н. Железодефицитная анемия и функциональное состояние щитовидной железы у детей старшего школьного возраста. Автореф. канд. дис., М., 1982.— 6. Случанко И. С., Стоногина В. П. Эпидемиологические методы исследования. М., Медицина, 1979.— 7. Суханов Ю. С. Значение эндокринных нарушений в патогенезе, диагностике и лечении железодефицитных анемий у детей. Автореф. докт. дисс., М., 1982.

Поступила 19 января 1984 г.

УДК 616.334—007.271—079.4—072.1—073.75

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПИЛОРОСТЕНОЗОВ

Р. Ф. Акберов, М. Х. Файзуллин, В. Ю. Муравьев

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Своевременное распознавание причины пилоростеноза остается одной из трудных задач в рентгенодиагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта. Клиника пилоростеноза зависит от стадии процесса и достаточно хорошо изучена. Однако только по клинической картине невозможно дифференцировать пилоростенозы на почве рубцово-язвенного процесса пилородуоденальной зоны и опухолевой стеноз. Следует отметить, что отличительной чертой ракового пилоростеноза является тревожная и быстро нарастающая клиническая симптоматика в виде усиливающихся болей с потерей аппетита и похуданием. Из-за нарушения эвакуации из желудка доминирующим клиническим симптомом становится рвота.

Супра- и инфрапиллярные стенозы двенадцатиперстной кишки, обусловленные первичной и вторичной опухолью, и рубцово-язвенные перипроцессы имеют сходную с пилоростенозами клинику, поэтому в целях дифференциальной диагностики необходимо проведение релаксационной дуоденографии.

При функциональном пилоростенозе, вызванном пилороспазмом, и при обострении язвенной болезни с инфильтрацией требуется дифференциальная диагностика с органическими пилоростенозами. Аналогичную картину дает также первичный гипертрофический пилоростеноз у взрослых, который в 50 — 74% случаев сопровождается сопутствующими заболеваниями — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [3].

Основное значение в дифференциальной диагностике приобретает рентгенологиче-

ское исследование. Однако выполняемое по традиционной методике оно не всегда позволяет уточнить природу стеноза. Эктазия желудка, наличие в нем жидкости и пищевых масс затрудняют изучение пневморельефа и контуров выходного отдела желудка, так как содержимое нередко скрывает крупные ниши и даже опухолевые процессы.

Целью нашей работы являлось сопоставление результатов клинико-рентгено-эндоскопических исследований, данных оперативного лечения в установлении причины пилоростеноза; разработка рабочей схемы классификации стенозов пилородуоденальной зоны, выбор рациональной методики рентгенологического исследования и составление таблиц наиболее важных дифференциально-диагностических критериев пилоростенозов, обусловленных рубцово-язвенным процессом, опухолями, первичным гипертрофическим пилоростенозом у взрослых.

Следует отметить, что до настоящего времени нет общепринятой классификации пилоростенозов, поэтому в повседневной работе мы пользовались классификацией, разработанной М. Х. Файзуллиним (табл. 1).

Таблица 1

Классификация стенозов пилородуоденальной зоны по этиологии

Первичные		Вторичные
органические	функциональные (пилороспазм)	
Опухолевый стеноз	Калькулезный холецистит	Рак фатерова соска Рак головки поджелудочной железы
Ригидный пилорус — антральный гастрит	Острый панкреатит	Болезнь Крона (с поражением двенадцатиперстной кишки)
Первичный гипертрофический стеноз привратника у взрослых (ПГСР)	Мочекаменная болезнь	Кисты поджелудочной железы (сдавливающий просвет двенадцатиперстной кишки)
Врожденный гипертрофический пилоростеноз новорожденных (ВГСП)	Острая кишечная непроходимость	Кольцевидная поджелудочная железа
Рубцово-язвенный стеноз в исходе:	Гипотония, атония желудка	Атрезия и врожденные стенозы двенадцатиперстной кишки
язвы привратника		Артериомезентериальная непроходимость (врожденная и приобретенная форма)
язвы предпривратника		Перипанкреатиты
язвы луковицы		Спаечный перипроцесс
сочетанные (множественные)		Посттравматическая гематома
язвы желудка и двенадцатиперстной кишки		Сдавление соседними органами
постбульбарные язвы		

Нами сопоставлены результаты клинического, рентгенологического и эндоскопического исследований и операционные данные у 104 больных (женщин — 40, мужчин — 64) с пилородуоденальными стенозами различной этиологии за 1974—1982 гг. Возраст больных колебался от 23 до 69 лет. За несколько дней до рентгенологического исследования им проводили паранефральную блокаду; в течение 3 дней вводили 0,1% атропин в количестве 1,0 подкожно 2—3 раза в день. Кроме того, назначали повторные промывания желудка 2% раствором гидрокарбоната натрия в течение 3 дней, что позволяло исключить пилороспазм и значительно облегчало рентгенодиагностику.

Рентгенологическое исследование начинали с общепринятой методики с последующим использованием двухконтрастного исследования, или пневмогастрографии, в латеропозиции [1, 5], которые, как показала наша практика, позволяють уточнить природу анатомических изменений, обусловивших пилоростеноз. Газ обладает большей проникающей способностью по сравнению с бариевой взвесью, поэтому с его помощью можно выявить характерные признаки ракового или рубцово-язвенного стеноза (рис. 1). Некоторые авторы указывают на большую диагностическую ценность пневмогастрографии в дифференциальной диагностике опухолевых и язвенных стенозов выходного отдела желудка [4]. Ю. Н. Калиш и соавт. (1978) при стенозах пилородуоденальной зоны рекомендуют метод одноэтапного рентгено-эндоскопического исследования.

При пилоростенозах II — III стадии мы использовали метод одноэтапной рентгено-эндоскопии с канюлированием суженного пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки для установления признаков ракового или рубцово-язвенного



Рис. 1. Больной К., 47 лет. На рентгенограмме в латеропозиции после приема газообразующей смеси пилорический отдел конусообразно сужен, с нечеткими, неровными контурами. Воздух заполняет неизмененную луковицу. Раковый пилоростеноз.

стеноза. Кроме того, изучали перистальтическую функцию полиграфией и кинокамерой с телеэкрана; эвакуаторную функцию оценивали по снимкам через 6 — 12 — 24 — 48 ч.

Пилоростенозы, обусловленные язвенной болезнью пилородуоденальной зоны, диагностированы у 47 больных, опухолевый стеноз выходного отдела желудка — у 51, первичный гипертрофический пилоростеноз — у 2, вторичный (спаечный процесс) стеноз пилородуоденальной зоны — у 4. Из 47 человек с пилоростенозом вследствие рубцово-язвенного процесса пилородуоденальной зоны у 19 больных язвы локализовались в луковице, у 13 — в привратнике по малой кривизне, у 2 — по большой кривизне, у 13 человек множественные язвы были выявлены и в луковице, и в желудке.

Среди пациентов этой группы длительный язвенный процесс отмечен у 30 человек, сравнительно короткий (3 — 5 лет) — у 6 больных с пилоростенозом II — III стадий. По данным рентгенологического исследования, язвенная ниша обнаружена только у 35 больных, при эндоскопии точная локализация язвы определена у 43. У 3

больных сопутствующий эрозивный гастрит установлен лишь при эндоскопии. Основные клинико-рентгено-эндоскопические признаки и данные оперативного вмешательства в зависимости от стадии пилоростеноза, обусловленного рубцово-язвенным процессом, представлены в табл. 2. При пилоростенозах язвенной этиологии выход из желудка представляется часто закругленным, подчеркнуто гладким на всем протяжении (при отсутствии перипроцесса), особенно на пневмогастрограммах или сним-

Таблица 2

Признаки пилоростеноза рубцово-язвенной этиологии

Группы признаков	Стадии развития пилоростеноза			
	формирующийся пилоростеноз (стадия 0)	компенсированный пилоростеноз (стадия I)	субкомпенсированный пилоростеноз (стадия II)	декомпенсированный пилоростеноз (стадия III)
Клинические	Клиника отсутствует	Начальные признаки стеноза	Выраженные клинические проявления, изменения водно-солевого обмена	Постоянная рвота, истощение
Рентгенологические	Желудок обычных размеров, нормальная перистальтика. Язвы луковицы пилорического канала, сочетанные язвы различной локализации	Желудок нормальных размеров или несколько расширен. Перистальтика усилена, сужение пилородуоденального канала, сопутствующий пилороспазм. Задержка бариевой взвеси до 14—16 ч. Язвы луковицы и пилорического канала, сочетанные язвы. Закругленность контуров выходного отдела желудка	Желудок значительно расширен. Натощак жидкость, пищевые массы. Бариевая взвесь принимает форму чаши. Перистальтика ослабленная, длительные паузы покоя. Сужение пилородуоденального канала, при заполнении которого выявляются язвы луковицы и пилорического канала. Задержка эвакуа-	Выраженная эктазия желудка, задержка эвакуации до 24—48—64 ч. Закругленность контуров выходного отдела желудка, суженный пилорический канал не заполняется

1	2	3	4	5
Эндоскопические	Рубцово-язвенная деформация привратника или луковицы. Привратник полностью не раскрывается. Язвы луковицы пилорического канала или их сочетания	Рубцовая деформация пилородуоденального канала с сужением его до 1—0,5 см	пии бариевой взвеси до 12—24 ч. Закругленность контуров выходного отдела желудка. Желудок растянут. Пилородуоденальный канал сужен до 1—0,3 см за счет резкой рубцовой деформации	Желудок больших размеров, атрофия слизистой, эрозивный гастрит. Рубцовое сужение пилородуоденального канала. Лишь при одноэтапном введении тонкого зонда в канал выявлены язвы луковицы
Функциональные	Тонус тела и антрального отдела повышенный или нормальный. Усиление моторики антрального отдела. Возможны периодические нарушения ритма сокращений	Тонус тела и антрального отдела нормальный или повышенный. Сокращения антрального отдела усилены, носят спастический характер	Тонус желудка снижен	Резкое снижение тонуса желудка
Операционные	Желудок нормальных размеров или несколько увеличен, стенки его утолщены. Рубцовая деформация пилородуоденального канала и луковицы. Язвы с воспалительным валом и рубцовым процессом различной локализации	Желудок нормальных размеров или увеличен. Гипертрофия стенки. Пилорический канал сужен до 0,5 см	Желудок растянут, гипертрофия стенки. Пилородуоденальный канал сужен. Рубцово-язвенные изменения различной локализации	Желудок растянут, стенки истончены. Выраженный рубцовый процесс вплоть до полного закрытия просвета пилорического канала, рубцовые изменения луковицы, осложненные (петрирующие) язвы

ках в латеропозиции с использованием двухконтрастного исследования. Если удается заполнить суженный пилорический канал при одномоментном рентгено-эндоскопическом исследовании, то выявляется язвенная ниша пилорического канала или луковицы двенадцатиперстной кишки. На латерограмме закругленный выход из желудка констатирован у 43 больных с пилоростенозом рубцово-язвенного происхождения, но при раздувании желудка эластичность стенок была сохранена. Округлая конфигурация расширенного антрального отдела желудка является характерным признаком стеноза пилородуоденальной зоны неопухолевой природы. Вероятнее всего, он обусловлен спастическим компонентом стеноза.

Из 51 больного с опухолевым стенозом выходного отдела желудка правильный рентгенологический диагноз установлен в поликлинике у 27 больных, в стационаре—

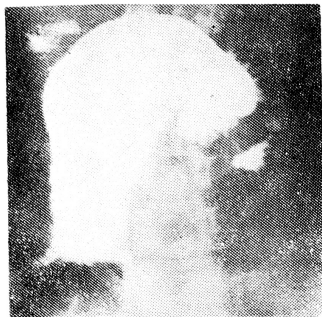


Рис. 2. Больной Н., 47 лет. На рентгенограмме желудка после тугого заполнения пилорический канал удлиннен, сужен, с нечеткими, неровными контурами. Асимметричный дефект наполнения в антральном отделе. Раковый пилоростеноз.

которой пилорический канал выглядит даже расширенным и напоминает не вполне правильную трубку с несколько волнистыми контурами и с совершенно одинаковым просветом на всем протяжении исследования. Раковая инфильтрация в виде неравномерной муфты распространялась на препилорический и антральный отделы желудка.

Другим важным рентгенологическим признаком опухолевого стеноза был симптом асимметричного краевого дефекта наполнения по контурам препилорической части желудка (у 19 больных). Симптом нависания основания луковицы над пилорическим каналом был установлен у 2 больных с раковым стенозом и у 2 с первичным гипертрофическим пилоростенозом. В целях изучения перистальтической и моторно-эвакуаторной функции желудка большое практическое значение приобретают полиграфия и кинематография. Наличие аперистальтической зоны вблизи устья пилорического канала также служит достаточно весомым подтверждением стенозирующего рака привратника.

Основные клинико-рентгенологические признаки ракового стеноза выходного отдела желудка представлены в табл. 3. По литературным данным и результатам двух

у 48. При эндоскопии диагноз установлен у 50 больных. При раковом стенозе округлая конфигурация выхода из желудка отсутствовала у всех больных, контуры краев были неровными, как бы изъеденными, нередко выходной отдел по форме напоминал конус, причем его стороны были неодинаковой длины. Такая картина ракового стеноза обусловлена циркулярной карциномой и диагностирована у большинства больных со стенозом выходного отдела желудка. При изъязвляющихся раках к описанной картине добавляется наличие раковой ниши (у 11). На контуре дилатированного желудка непосредственно у одного из краев сужения выявлялся дефект наполнения (у 17), обусловленный экзофитным компонентом опухоли (рис. 2). Удлинение пилорического канала обнаружено у 43 из 51 больного, раковая опухоль распространялась и на антральный отдел желудка. В этих случаях были истинные стенозы выходного отдела с резким сужением пилорического канала. Однако следует подчеркнуть, что при раковом процессе пилорического канала вследствие его прорастания опухолью может наблюдаться и органическая недостаточность привратника (у 8), при

Таблица 3

Признаки пилоростеноза опухолевой природы

Группы признаков	Стадии развития пилоростеноза		
	декомпенсированный пилоростеноз (стадия I)	субкомпенсированный пилоростеноз (стадия II)	компенсированный пилоростеноз (стадия III)
Клинические	Общая симптоматика	Клинические признаки более отчетливо выражены	Выраженная клиника, постоянная рвота, истощение
Рентгенологические	Задержка эвакуации на несколько часов. Отчетливо выражены минутные колебания тонуса. Продолжительность пауз покоя превышает продолжительность периодов активности. Удлинение пилорического канала до 2 см с неровными изъеденными контурами. Краевой дефект наполнения по краям пилорического отдела, возможна раковая ниша, апе-	Контрастная масса задерживается в желудке на несколько суток. Периоды кратковременной активности чередуются с продолжительными паузами покоя до 15—20 мин. Выходной отдел желудка имеет форму конуса с неровными, изъеденными контурами. Удлинение пилорического канала до 4—4,5 см вследствие раковой инфильтрации с распростра-	Гастроэктазия, тонус желудка низкий. Перистальтические волны проходят малочисленными группами. Паузы покоя до 60—120 мин. Выходной отдел желудка сужен, имеет форму конуса с неровными, изъеденными контурами в результате раковой инфильтрации пилорического канала с переходом на антральный отдел. Пилорический канал представлен зияю-

1	2	3	4
	<p>ристаллическая зона вблизи устья пилорического канала на полиграммах. Отсутствие эластичности стенок при двухконтрастном исследовании и на пневмогастрограммах</p>	<p>нением на антральный отдел, ригидность стенок пилорического канала, дефект наполнения по краям антрального отдела. Раковая ниша, аперистальтическая зона на полиграммах. Симптом нависания основания луковицы вследствие распространения раковой инфильтрации на луковицу (дифференцировать с первичным гипертрофическим пилоростенозом). При первичном гипертрофическом пилоростенозе удлинение пилорического канала от 1,5 до 4 см с ровными четкими контурами, с узкими тонкими складками слизистой, не является ригидным, меняет форму и размеры при пневмогастрографии, может быть симптом двух параллельных полосок. Гипертрофированный пилорический сфинктер деформирует основание луковицы, придавая ей форму зонтика или шляпки гриба</p>	<p>шей трубкой с ригидными стенками. Просвет пилорического канала не меняется. Аперистальтическая зона на полиграммах</p>

собственных наблюдений основными рентгенологическими симптомами при первичном гипертрофированном пилоростенозе являются сужение и удлинение пилорического канала (рис. 3). Нормальная длина пилорического канала в фазе расслабления составляет 0,5 — 1 см, при мышечной гипертрофии — 1,5 — 4 см. На рентгенограммах

в латеропозиции с двухконтрастным исследованием или при пневмогастрографии пилорический канал выглядит прямым или слегка искривленным, не является ригидным, изменяет свою форму и калибр (рис. 4). Слизистая прослеживается с более удлиненными, узкими и тонкими складками. Гипертрофированный пилорический сфинктер деформирует основание луковицы двенадцатиперстной кишки, придавая ей форму зонтика или шляпки гриба, что является патогномичным признаком первичного гипертро-

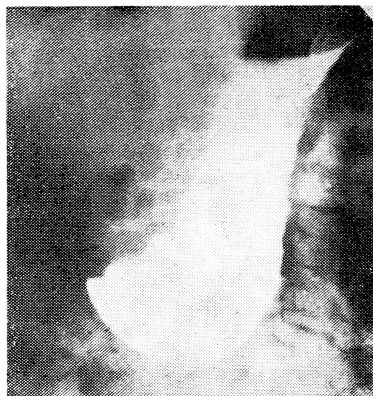


Рис. 3. Больная С., 32 лет. Первичный гипертрофированный пилоростеноз (оперативное подтверждение). Пилорический канал удлинен, с ровными четкими контурами, антральный отдел закруглен.



Рис. 4. Больная К., 37 лет. На рентгенограмме после приема газообразующей смеси: гастроэктазия, пилорический канал удлинен (представлен симптомом параллельных полосок), с ровными четкими контурами первичного гипертрофического пилоростеноза (оперативное подтверждение).

фического пилоростеноза. Однако этот симптом нужно дифференцировать с пролабированием слизистой. Как показали наши исследования, эндоскопия при первичном гиперпрофираванном пилоростенозе оказалась малоэффективной.

Резюмируя, следует отметить, что полной корреляции между клинико-рентгенологическими изменениями и стадией пилоростеноза не имеется. Для решения основной диагностической задачи — выяснения причины стеноза — большое значение приобретает комплексное клинико-рентгено-эндоскопическое исследование с тщательным изучением перистальтической, моторно-эвакуаторной функции желудка. Даже при кратковременном заполнении суженного пилородуоденального канала можно дифференцировать признаки язвенной пилы и раковой инфильтрации.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное клинико-рентгено-эндоскопическое исследование позволило у 102 из 104 больных установить анатомическую природу пилоростеноза.

2. Использование двухконтрастного исследования, или пневмогастрографии, при пилоростенозах II—III стадии позволяет дифференцировать рубцово-язвенный и опухолевый стенозы выходного отдела желудка.

3. Полной корреляции между клинико-рентгенологическими, эндоскопическими изменениями и стадией пилоростеноза не установлено. Окончательное установление стадии пилоростеноза возможно лишь на операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П. В. Клинико-рентгенологическая семиотика рака желудка. М., Медицина, 1974.—2. Калиш Ю. И., Остер А. Н., Струцкий Л. П. Мед журн. Узбекистана, 1978, 10.—3. Пономарев А. А. Врач. дело, 1980, 9.—4. Портной Л. М., Сазонов А. М., Нефедова В. О. Пневмогастрография. М., Медицина, 1980.—5. Соколов Ю. Н. Вестн. рентгенол., 1975, 6.

Поступила 21 сентября 1983 г.

УДК 616.37—002.1—089.853:616.382—089.583.29

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ГИПОТЕРМИЧЕСКИЙ ЛАВАЖ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Н. П. Евдокимов

Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина и хирургическое отделение медико-санитарной части г. Омутинска Кировской области

В диагностике и лечении острого панкреатита все большее значение приобретает лапароскопия. Этот метод является более простым и щадящим, чем оперативные приемы. Описаны методики лапароскопической локальной гипотермии поджелудочной железы и бурсооментопанкреатоскопии [1, 2].

Известно, что гипотермия обладает положительными свойствами, резко угнетая синтез амилазы, трипсина и липазы. Локальная желудочная гипотермия имеет ряд серьезных недостатков — требует использования сложной аппаратуры, осуществляется под эндотрахеальным наркозом и др. [3, 4]. В то же время лапароскопическая локальная гипотермия более эффективна.

На основании разработанного ранее метода мы провели у 81 больного прямой осмотр поджелудочной железы и сальниковой сумки (бурсооментопанкреатоскопию). У 18 (22%) больных в сальниковую сумку ввести лапароскоп не удалось. Один больной прооперирован в связи с повреждением сосуда в отечной желудочно-ободочной связке.

Исследования в клинике при панкреатоскопии у 63 человек показали, что у 94,4% больных сальниковая сумка представляет собой замкнутую полость. В связи с этим при одновременном сочетании гипотермии поджелудочной железы и лаваж сальниковой сумки достигается более значительный лечебный эффект.

Мы применили лапароскопический гипотермический лаваж сальниковой сумки в комплексном лечении 63 больных с острым панкреатитом и холецистопанкреати-