

Випадки з клінічної практики/Случаи из клинической практики

УДК: 616.342-002.44-073.75+616.342-007.64-073.75

ТРАДИЦИОННАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ДИВЕРТИКУЛОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ЛУКОВИЦА, ПОСТЛУКОВИЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО)

Дьолог М.И.

Врач рентгенолог. г.Тячев. Районная больница,
Закарпатская область, Украина

В последние десятилетия XX века в рентгенологии произошли буквально революционные изменения. Диагностическая специальность, до 70-80 годов называвшаяся рентгенологией, в настоящее время, обогатившись такими новыми высокоинформативными технологиями, как ультразвук, рентгеновская компьютерная (РК), магнитно-резонансная (МР) томография, стала составной частью лучевой диагностики. Только в странах СНГ ещё существует название этой специальности — рентгенология. В других странах она именуется радиологией. И только в странах СНГ ультразвук представлен в качестве самостоятельной специальности. Примерно в эти же годы активно стала применяться в практической медицине эндоскопия, основанная на волоконной оптике. Особенно ярко эти тенденции проявились в гастроэнтерологии, диагностический процесс в которой в значительной степени стал основываться на этом методе. Всё это вместе взятое снизило приоритет долгие годы существовавшей и достаточно прочно утвердившейся традиционной рентгенологии.

Характеризуя такое распространённое заболевание, как язвенная болезнь луковицы 12п.к, необходимо признать, что эндоскопия, вернее дуоденоскопия, имеет в её диагностике некоторые преимущества, чего нельзя сказать о диагностике карманов луковицы, залуковичных язв и дивертикулов. Современные возможности проведения эндоскопии, естественно расширяют диагностические рамки, но в целом ничего принципиально нового не вносят. Традиционное рентгеновское исследование с проведением дозированной компрессии пилородуоденальной зоны — основной метод диагностики язвенной болезни, карманов луковицы, залуковичных язв и дивертикулов 12п.к. Тугое выполнение желудка и 12п.к. бариевой взвесью имеет преимущество перед двойным контрастированием в диагностике вышеуказанных заболеваний.

И чем больше умения у врача рентгенолога, тем большую информацию можно получить с помощью традиционного рентгеновского метода. Тем более, что классическая рентгенология 60-х г. весьма существенно изменилась, и прежде всего за счёт цифровой (дигитальной) рентгенологии, позволившей на порядок уменьшить лучевые нагрузки при проведении рентгеновского исследования и резко повысить диагностичес-

кую эффективность. Следует помнить и о том, что это относительно дешёвый метод исследования, по сравнению с такими достойными диагностическими методами как КТ и МРТ. Прошло более 45 лет с начала широкого внедрения в гастроэнтерологию эндоскопии и активного отстранения от неё рентгенологии. Что-нибудь изменилось в диагностике опухолей и язвенной болезни желудка и 12п.к., опухолей желудка и толстой кишки на раннем этапе их развития? Согласно данным Л.М. Портного, ничего не изменилось и диагностика этих болезней не улучшилась. Пятилетняя выживаемость — один из основных показателей успеха хирургического лечения этих опухолевых заболеваний — тоже остаётся низкой.

Особенно предпочтительным рентгеновский метод является при диагностике хронических язв с выраженной деформацией луковицы, когда ниша чаще всего располагается в области наибольшего сужения, а также при наличии карманов луковицы при язвенной болезни 12п.к. По В.А.Фанарджяну, выпячивания стенки луковицы 12п.к. правильнее называть карманами, так как термин "дивертикул" применяется при ограниченных выпячиваниях стенки иного, чаще не язвенного, происхождения. Карманы луковицы 12п.к. встречающиеся при язвенной болезни этой локализации, находятся в непосредственной близости от язвы. Язвенная ниша, обычно, располагается у верхнего края кармана, чаще всего на латеральном контуре её, напротив рубцов измененной стенки. Карманоподобные изменения латерального контура луковицы могут сопровождаться ретракцией медиального контура. При втянутом латеральном контуре имеется сильное выпячивание на медиальном. Считается, что карманы возникают под влиянием пульсионного воздействия проходящей пищи. Это основной механизм их возникновения, но не единственный. Карманы луковицы, отличаются от язвенной ниши способностью сокращаться, поэтому в процессе исследования они могут менять форму и частично размеры.

Опорожнение карманов луковицы обычно замедлено. Иногда в них определяется горизонтальный уровень. В.А.Фанарджян вывел закономерность, что между местоположением язвенного кармана и локализацией язвы 12п.к. существует определённая зависимость.

1. При карманах луковицы, локализованных на латеральном её контуре, имеется язва задней стенки луковицы.
2. При карманах луковицы, находящихся на её медиальном контуре, имеется язва передней стенки луковицы.
3. При карманах луковицы, развившихся на латеральном и медиальном контурах, имеется двойная язва? на задней и передней стенках луковицы.

Знание этих закономерностей помогает рентгенологу в диагностике язвы при горизонтальном положении луковицы 12п.к., при латеральном положении нисходящей части её, при восходящем положении петли 12п.к., укорочении 12п.к. и других изменениях положения и формы луковицы и всей 12п.к.

Л.М.Портной считает, что отдавая приоритеты в диагностике язвенной болезни двенадцатиперстной кишки эндоскопии, всё же следует сказать, что проведение традиционного рентгенологического исследования является обязательным и его ни в коем случае нельзя устранять из диагностического процесса. В этой связи, прежде всего, следует отметить два обстоятельства. Во первых — это проблема диагностики залуковичных язв и дивертикулов петли двенадцатиперстной кишки. Они встречаются и диагностируются значительно реже, чем язвы луковицы. Связано это с методическими погрешностями при проведении как эндоскопического, так и рентгенологического исследования. Для объективности следует сказать, что даже исключая эту методическую погрешность, рентгенологические возможности выявления карманов луковицы, постлуковичных язв и дивертикулов двенадцатиперстной кишки больше, чем при эндоскопическом исследовании.

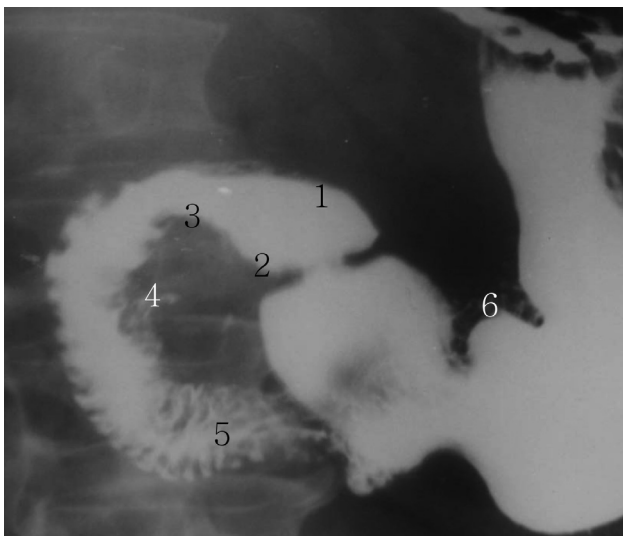


Рис. 1. Нормальное расположение двенадцатиперстной кишки (1 — медиальный контур луковицы; 2 — латеральный контур луковицы; 3 — верхняя горизонтальная ветвь; 4 — нисходящая ветвь; 5 — нижняя горизонтальная ветвь; 6 — дуоденоеюнальный переход).

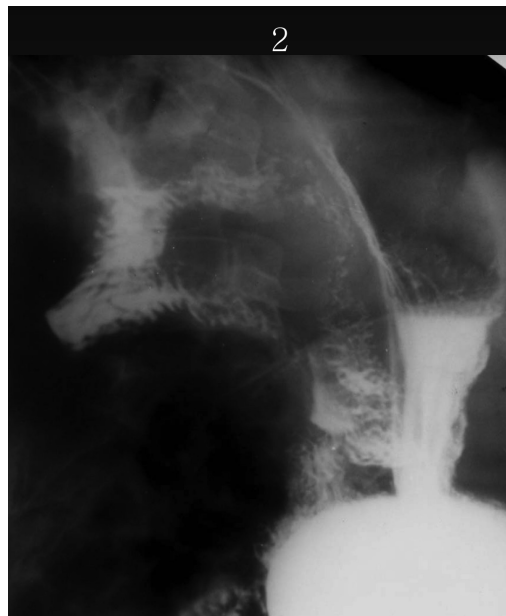
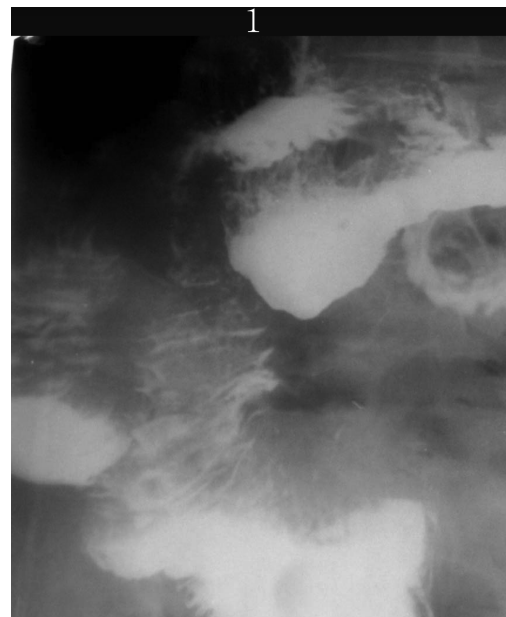


Рис. 2. Различные виды атипичного расположения петли 12п.к., затрудняющие диагностику патологии этого отдела (латеральное положение — 1, восходящее положение — 2)

Приоритет рентгеновского метода в диагностике патологии залуковичного пространства, объясняется анатомическим расположением и особенностями строения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Используя "тугое наполнение" с помощью усиленного насыщения постлуковичного участка 12перстной кишки бариевой взвесью, удается, чаще всего, на контуре выявить типичное отображение язвенной ниши или дивертикула. Между тем, при дуоденоскопии уверенности в их наличии явно недостаточно. А поскольку при такой локализации язв и дивертикулов вопросы дифференциальной диагностики не возникают, можно смело утверждать, что диагностика этой патологии является прерогативой рентгенологии. Одним из моментов, нацеливающих на поиск этих болезней, сле-

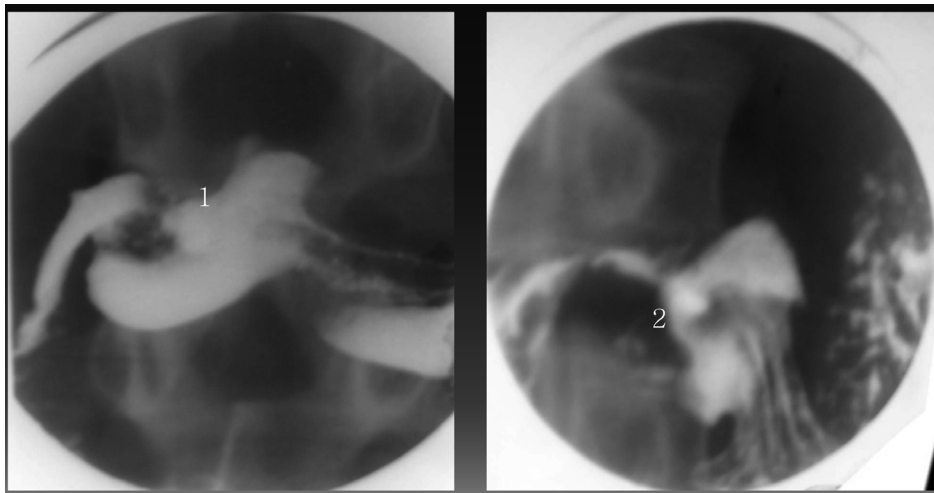


Рис.3. Язва луковицы 12п.к.(1; 2).

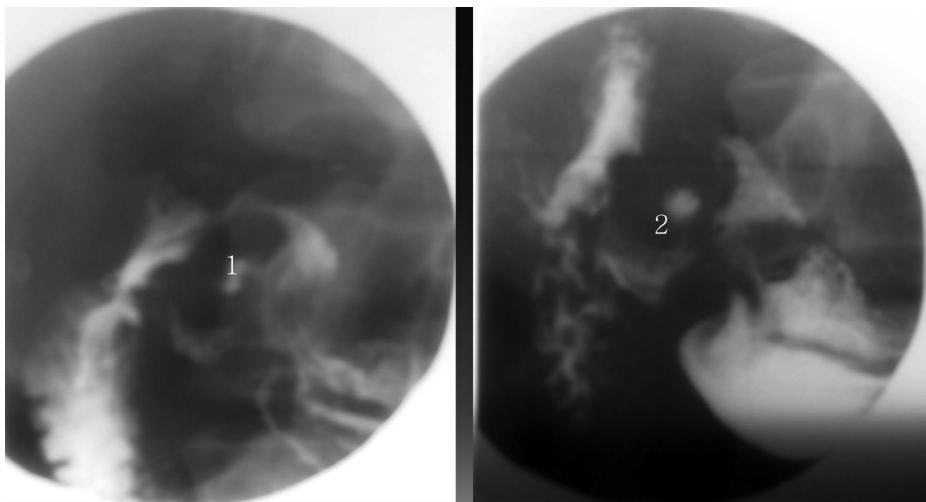


Рис.4. Язва луковицы 12п.к.(1; 2).

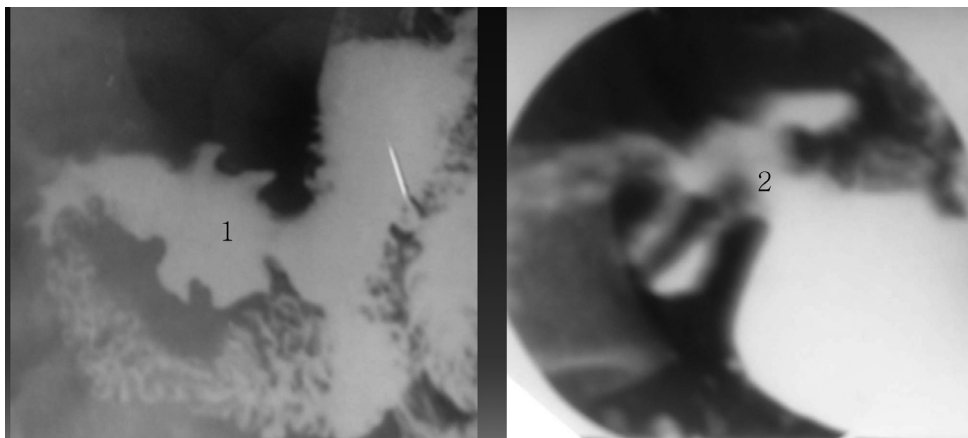


Рис. 5. Карманоподобная деформация лук.12п.к. при язвенной болезни луковицы(1), карманоподобная деформация с залуковичной язвой(2).

дует считать типичные клинические проявления и чаще всего это ночные боли в эпигастральной области, больше справа.

Залуковичные язвы встречаются в 5-20% случаев от всех язв, локализующихся в 12п.к. Чаще всего они располагаются по медиальному контуру нисходящей ветви кишки, но могут опреде-

ляться и в других залуковичных отделах. Рентгеновские признаки этих язв похожие на рентгенпризнаки язв луковицы.

Наблюдаем ниши, которые могут иметь разные размеры, выраженный воспалительный вал, конвергенцию складок слизистой и стойкий спазм на уровне язвы. Для этой локализации язв



Рис.6. Постбульбарная язва 12п.к.(в верхней горизонт. ветви)

характерным является, одновременное с изъязвлением, развитие избыточной соединительной ткани.

Последняя сужает просвет кишки и затрудняет выявление язвы. Трудности в выявлении залуковичных язв обусловлены быстрым пассажем контраста по 12п.к. и наличием стойких спазмов. В связи с этим, рентгенологическое исследование рекомендуется проводить в условиях искусственной гипотонии с использованием релаксантов, что улучшает диагностику язв этой локализации.

Нередко язвы этой локализации осложняются кровотечением, перфорацией, пенетрацией в головку поджелудочной железы. Кроме того, рубцевание язвы может привести к стенозу в нисходящем отделе 12п.к., что в свою очередь является одной из причин дуоденальной непроходимости.

Дивертикулы 12п.к. по латыни название этого заболевания "дивертикул" — звучит несколько необычно — "дорога в сторону". Однако суть болезни оно отображает точно. Ведь дивертикул



Рис.7. Постбульбарные язвы в нисходящей ветви 12п.к.(выше фатерова соска — 1; 2).



Рис.8. Залуковичные язвы 12п.к.(в начале верхней горизонтальной ветви — 1, в нисходящей ветви — 2).

это мешковидное выпячивание стенки полого органа (пищевода, желудка или кишечника), сообщающееся с его просветом. Различают дивертикулы врождённые и приобретенные. Врождённые называются истинными, потому что их стенка состоит из всех слоёв. Приобретенные дивертикулы образуются в слабых участках кишки и их стенка не имеет мышечного слоя. Клиническая картина зависит от размеров и локализации дивертикула, а также от возникших осложнений (дивертикулит, язва, пенетрация, перфорация, кровотечение). На рентгенограммах дивертикул выглядит как дополнительная полость округлой формы, которая с помощью шейки соединена с полостью кишки. Чаще всего в двенадцатиперстной кишке дивертикулы локализуются вдоль внутреннего края нисходящей петли, как правило выше Фатерова соска, но могут быть в любом отделе петли 12п.к. Иногда встречаются множественные дивертикулы. В дивертикулах часто возникает дивертикулит.

Рентгеновские признаки дивертикулита: наличие жидкости и газа в полости дивертикула,

утолщение складок слизистой оболочки вокруг дивертикула, функциональные нарушения, длительная задержка бария в дивертикуле. После воспалительного процесса, в дивертикуле и рядом с ним, могут возникать рубцовые изменения, которые приводят к стриктурам. А они, в свою очередь, к кишечной непроходимости. Дивертикулы могут сочетаться с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Довольно часто развивается реактивный панкреатит. Как исключение, в дивертикуле развивается раковая опухоль. При КТ и УЗИ исследованиях органов брюшной полости дивертикул стенки 12перстной кишки имеет вид дополнительного полого образования, с жидким или газовым содержимым. Иногда дивертикул петли 12п.к. ошибочно принимают за кисту поджелудочной железы. И тогда контрастирование желудочно-кишечного тракта решает эту диагностическую задачу.

Вторая проблема, которая проще решается с помощью рентгенисследования — это проблема оценки степени нарушения эвакуаторной функции пилородуоденальной зоны при язвенной бо-

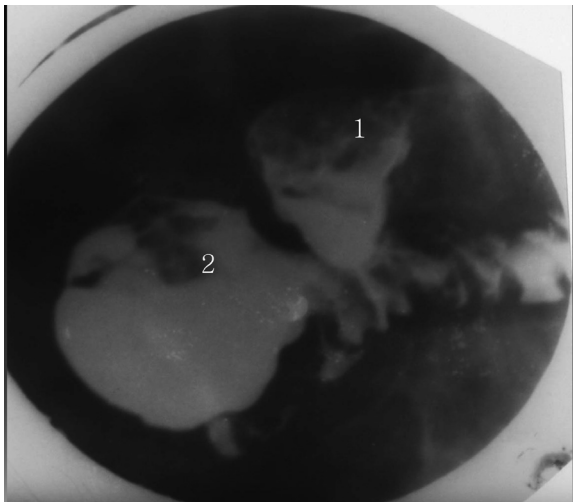


Рис.9. Два дивертикула верхней горизонтальной ветви 12 п.к. (по наружному контуру) с явлениями дивертикулита(1; 2).

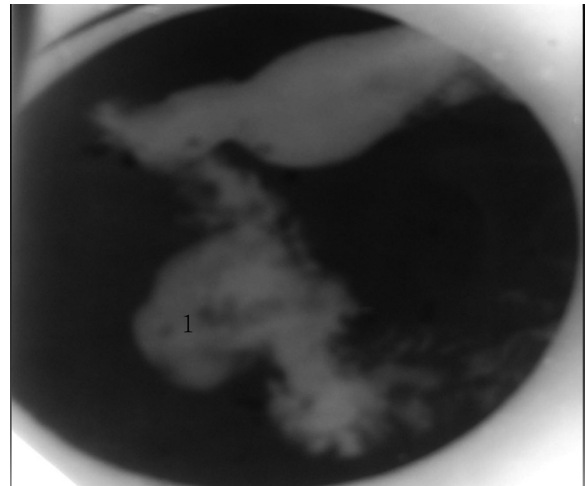


Рис.10. Дивертикул по наружному контуру нисходящей ветви 12п.к.(1). Дивертикулит.

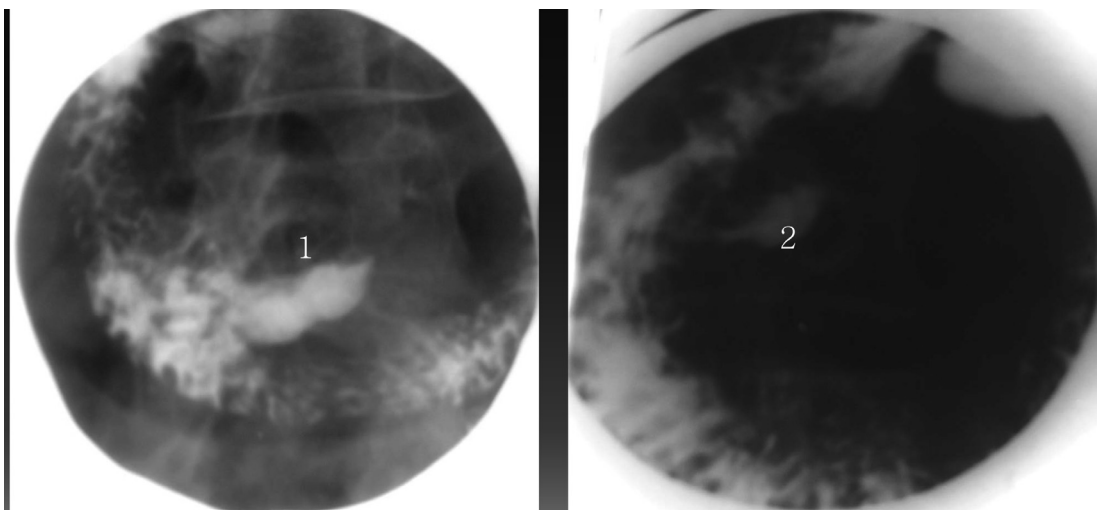


Рис.11. Дивертикулы по внутреннему контуру нисходящей ветви 12п.к., с явлениями дивертикулита(1; 2).

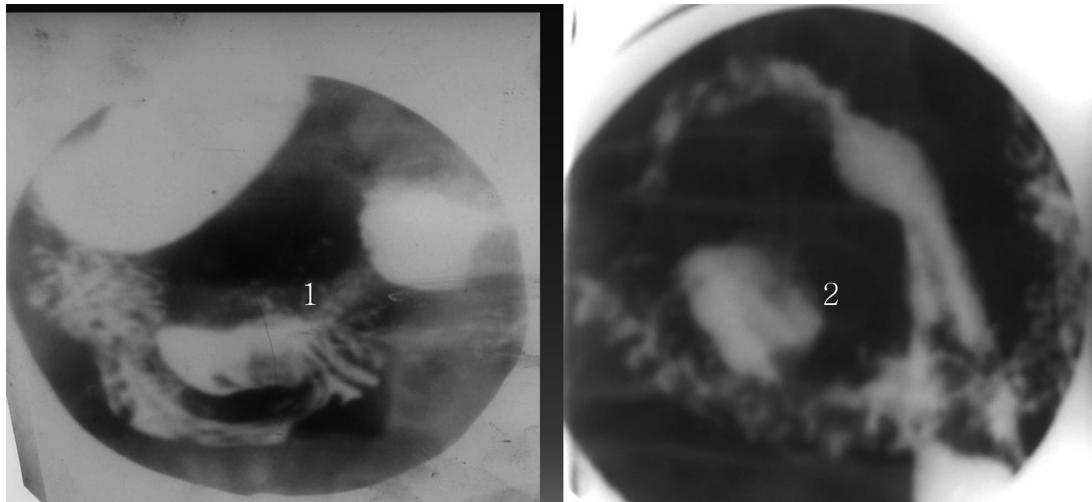


Рис.12. Дивертикулы нижней горизонтальной ветви 12п.к., с признаками дивертикулита(1;2). На рис.12.1. хорошо прослеживается вхождение складок слизистой в дивертикул

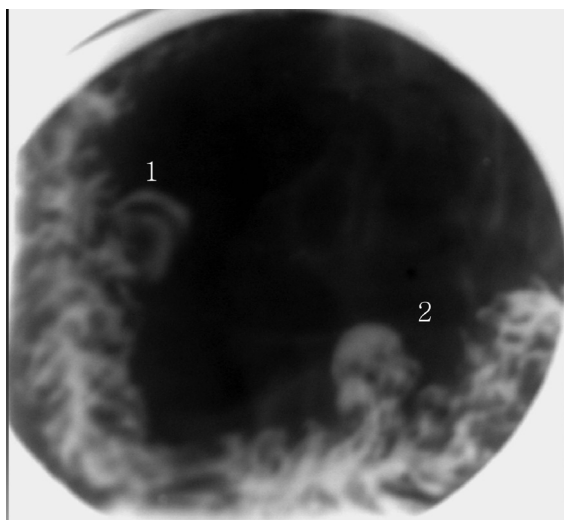


Рис.13. Два дивертикула петли 12 п.к.(в обл. нисходящей ветви –1; в обл. нижней горизонтальной ветви – 2) с вхождением складок слизистой в дивертикулы. Дивертикулит.

лезни луковицы 12п.к., которая при эндоскопии не всегда разрешима. Известно, что процесс заживления язвы луковицы весьма многогранен и может закончиться без признаков нарушения эвакуаторной функции этой области. Но нередко рубцевание язвы приводит к различной степени выраженности нарушениям эвакуаторной функции привратника. И тогда, только с помощью рентген-исследования можно решить, что в большей степени обуславливает эти нарушения — функциональный компонент или органические изменения. Рентгенолог должен решать эту задачу, используя принцип полипозиционности исследования, с наполнением желудка большим количеством контраста или воздуха, добавляя двойное контрастирование.

Если в процессе исследования диагностирована опухоль, приводящая к стенозу, проблема не требует дальнейшего изучения. Если же опухоль желудка исключена, необходимо с большой осторожностью решать вопрос о степени прева-

лирования в имеющемся стенозе органического и функционального компонента. Часто для этого используют исследование с применением фармакологических проб. Хотя многие авторы отказываются от них, в пользу максимальной физиологичности рентгенисследования ЖКТ. Особенно сложно решить вопрос преваляирования органического или функционального компонента у тех больных язвенной болезнью 12п.к., у которых, стойкие нарушения эвакуации обусловлены отёком, а также выраженным антральным гастритом, и симптомы эти купируются только после длительного адекватного лечения. Поэтому оправданными считаются повторные рентгенологические исследования после одного, а иногда и после нескольких курсов лечения.

Л.М. Портной и многие другие авторы считают, что традиционная рентгенология абсолютно незаслуженно отвергнута и частично забыта гастроэнтерологами. При нарушении функции пилородуоденальной области следует помнить о том, что именно рентгенологическое исследование, а не эндоскопия является доминирующим в уточнении причины стенозов этого отдела, в силу анатомо-функциональных его особенностей и, что в диагностике язвенной болезни луковицы 12п.к. и залуковичного пространства, карманоподобных деформаций и дивертикулов двенадцатиперстной кишки, рентгенологический метод диагностики имеет явные преимущества перед дуоденоскопией. И поэтому дуоденоскопия ни в коем случае не должна заменять контрастную рентгеноскопию, а лишь может её дополнять.

ЛИТЕРАТУРА

1. Л.М.Портной. Современная лучевая диагностика в гастроэнтерологии и гастроэнтеро-онкологии. Москва. Издательский дом Видар. — М. 2001 г.
2. В.А.Фанарджян. Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта. — Ереван. — 1961 г.
3. В.Х.Василенко., А.Л.Гребнёв., А.А.Шептулин. Язвенная болезнь. — М. — Медицина. — 1987 г.