

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
УКРАИНСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ

На правах рукописи

ХАССАН АМЕР

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ
ДОЛИХОКОЛОН

14.00.19-лучевая диагностика, лучевая терапия

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

КИЕВ - 1992

615.849

ЛННБ України ім.В.Стефаніка



00816853 (V)

Робота виконана в Українському державному медичному
університеті ім.акад. А.А. Богомольця

Научний керівник:

доктор медичних наук, професор: Топчий Т.В.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор: Петрова И.С.

доктор медичних наук, професор: Коваль Г.П.

Ведуче заклад - Харківський інститут медичної радіології.

Захист проводиться "24" _____ грудня _____ 1992 г. В 13.30 годин на
засіданні спеціалізованого ради Д 088,20.01 по захисті
дисертації при Українському науково-дослідницькому інституті
онкології і радіології МЗ України /252022, г. Київ,
ул. Ломоносова, 33/43/.

С дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Українського НДІОР.

Автореферат розісланий "24" _____ листопада _____ 1992 г.

Учений секретар спеціалізованого ради
кандидат медичних наук

О.С. Замітний

ЛННБ ім. В. Стефаніка
АН УРСР

Актуальность работы. Аномалии развития толстой кишки представляют значительный интерес для хирургов, гастроэнтерологов и рентгенологов поскольку они нередко имитируют поражения других органов пищеварения. Запор является самым характерным симптомом аномалий толстой кишки, первое место из которых занимает долихомегаколон /У.А. Аскаров, 1983/.

По утверждению А. Tunaiey /1974/ более 50 % населения Великобритании беспокоит запоры. Во Франции запорами страдают около 10 млн. человек, в ФРГ - 30 % населения /H. Bour , 1984/.

У 40,6 % больных с различными аномалиями развития толстой кишки встречаются функциональные изменения органов пищеварения, а у 16,8 % - морфологические /Г.С. Бутвин с соавт., 1983/.

Вместе с тем функциональные болезни, в частности, функциональные болезни желудочно-кишечного тракта, имеют большое социальное значение. Функциональными гастроэнтерологическими заболеваниями страдает значительное количество людей, главным образом работоспособного возраста. Эти болезни снижают трудоспособность населения, часто являются причиной ее временной утраты. Некоторые формы функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта могут способствовать развитию органических изменений в различных его отделах. Ряд функциональных заболеваний рассматривается как предболезнь язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, определенных форм колита, холецистита, рака толстой кишки /И.К. Климов, 1975, H.W. Read , 1987/.

По мнению А.В. Фролькиса /1991/ диагностика функциональных болезней системы пищеварения занимает много времени, так как врач не находя признаков органической патологии, предпринимает все новые и новые исследования, чтобы найти убедительное

объяснение жадобам больного. На больного с функциональными заболеваниями кишечника в среднем приходится: консультаций различных специалистов - 3,5, инструментальных исследований - 3,7, анализов крови и мочи - 20, операций - 1,7 /Г.М. Соколова, 1986/.

С позиций профилактики сложной сочетанной патологии органов пищеварения практически весьма важно как можно более раннее выявление и устранение первоначального очага афферентной импульсации на стадиях еще не осложненных грубыми органическими изменениями в желудке и тонкой кишке. Иначе говоря, терапия заболеваний пищевого канала у обладателей антропоморфного типа толстой кишки должна быть этиологически обоснованной, комплексной и направленной как на устранение первичного очага патологии, так и на последующее восстановление сопряженно нарушенных функций желудка и тонкой кишки.

В доступной нам литературе сведения о характере, степени и распространенности патологических изменений в желудке и тонкой кишке, о применении рентгенологического и радионуклидного методов для изучения состояния этих органов малочисленны, носят описательный характер /Г.С. Бутвин и соавт., 1983, М.М. Мусаев и соавт., 1986, Н. Cooke, et al., 1984, G. Bassotti, et al., 1987/.

В литературе не освещена рентгенологическая семиотика патологических изменений желудка и тонкой кишки при долихомегаколон, отсутствует систематизация рентгенологических симптомов поражения желудка и тонкой кишки с учетом формы, степени тяжести долихомегаколон, не изучены нарушения всасывательной способности тонкой кишки и их зависимость от особенностей течения заболеваний. Не изучены диагностические возможности комплексного рентгенорадионуклидного исследования тонкой кишки при долихоколон.

Актуальность работы заключается в определении и системати-

зации рентгенорадионуклидной семиотики морфофункциональных изменений желудка и тонкой кишки при долихомегаколон, сопоставления их с особенностями клинического течения заболевания.

Цель работы. Повышение эффективности диагностики морфофункциональных изменений желудка и тонкой кишки при долихомегаколон в зависимости от степени тяжести заболевания и вида удлинения толстой кишки на основе разработки комплекса рентгенорадионуклидных методик исследования верхних отделов пищеварительного тракта.

Задачи исследования:

1. Оценить диагностические возможности рентгенологического метода исследования для изучения морфофункциональных изменений в желудке и тонкой кишке у больных долихомегаколон.

2. Определить и систематизировать рентгенологические признаки поражения желудка при долихомегаколон в зависимости от вида удлинения толстой кишки, степени тяжести клинических проявлений.

3. Установить совокупность признаков, позволяющих характеризовать состояние тонкой кишки у больных долихомегаколон в зависимости от вида удлинения толстой кишки и степени тяжести заболевания.

4. Систематизировать и сопоставить клинические, рентгенологические и радионуклидные признаки поражения желудка и тонкой кишки.

5. Установить совокупность признаков, позволяющих характеризовать компенсаторно-приспособительные процессы, развивающиеся в желудке и тонкой кишке при долихомегаколон.

6. Разработать критерии оценки степени поражения желудка и тонкой кишки при долихомегаколон в зависимости от вида удлинения, степени тяжести клинических проявлений.

Научная новизна исследования. Предложен при обследовании больных долихомегаколон комплекс рентгенологических и радионуклидных методик исследования желудка и тонкой кишки.

Определена и систематизирована рентгенологическая семиотика патологических изменений желудка и тонкой кишки в зависимости от вида удлинения, степени тяжести заболевания.

Предложены критерии оценки тяжести течения заболевания толстой кишки в зависимости от степени морфологических и функциональных нарушений в желудке и тонкой кишке.

Предложены критерии оценки компенсаторно-приспособительных изменений в желудке и тонкой кишке в зависимости от степени тяжести заболевания и вида удлинения толстой кишки.

Практическое значение результатов работы. Комплексное рентгено-радионуклидное исследование желудка и тонкой кишки при долихомегаколон позволяет выявить морфофункциональные изменения этих органов, что имеет значение для обоснования и разработки лечебной тактики.

Комплекс рентгено-радионуклидных методик исследования позволяет выявить компенсаторно-приспособительные изменения в пищевом канале при долихомегаколон, прогнозировать дальнейшее течение заболевания. Предложенные методики рентгенологического исследования желудка, тонкой кишки являются высокоинформативными; сокращают время обследования и лучевую нагрузку.

Внедрение результатов исследования в практику.

Предложенный комплекс рентгено-радионуклидных методик внедрен в практическую работу клинической больницы № 22 г. Киева. По материалам диссертации сделаны 2 рационализаторских предложения.

Основные положения диссертации обсуждены на 2 научно-практических конференциях, приняты к печати 3 работы.

Материалы диссертации включены в методические рекомендации для практических занятий и используются при чтении лекций по рентгенологии и хирургическим болезням студентам Киевского медицинского университета им. акад. А.А. Богомольца.

Апробация материалов диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на конференциях молодых ученых Киевского медицинского института им. акад. А.А. Богомольца в 1991 г.

Апробация проведена на заседании межкафедрального совета /"Специальные вопросы внутренней патологии"/ КМИ им. акад. А.А. Богомольца.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Диагностические возможности комплекса рентгенорадионуклидных методик исследования желудка и тонкой кишки при долихомегаколон.

2. Взаимосвязь выраженности рентгенорадионуклидных проявлений патологических изменений желудка и тонкой кишки от тяжести течения заболевания и степени удлинения толстой кишки.

3. Диагностические возможности комплекса рентгенорадионуклидных методик исследования пищевого канала в определении развития компенсаторно-приспособительных изменений в желудке и тонкой кишке в зависимости от тяжести течения заболевания и вида удлинения толстой кишки.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, содержащего 103 отечественных и 30 зарубежных источников. Материалы диссертации изложены на 110 страницах машинописного текста, содержат 16 таблиц, 4 графика и 14 отпечатков с рентгенограмм.

Содержание работы.

Клинико-рентгенологический анализ патологических изменений желудка и тонкой кишки был проведен у 115 больных с различной формой и степенью тяжести долихоколон.

Для проведения анализа полученных данных обследованные пациенты были разделены на четыре группы: у 78 сохранялся самостоятельный стул раз в 4-10 дней /I группа/, у 37 - отсутствовал /II группа/ у 55 больных долихосигма /группа А/, у 60 - долихомегаколон /группа В/.

Всем больным производилось рентгенорадионуклидное обследование либо в поликлинике, либо при поступлении в стационар.

Общеклиническое исследование включало изучение жалоб, анамнеза, данных объективного и лабораторного исследования.

Клиническое обследование, помимо обычных этапов, включало эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки у 57 больных.

Рентгенологическое исследование больных долихоколон состояло из двух этапов. На первом этапе выполнялись обзорная рентгеноскопия брюшной полости и контрастное исследование толстой кишки /IIБ/, позволяющее определить характер и вид удлинения толстой кишки. Затем 60 больным произвели рентгенологическое исследование желудка, 65 - пассаж бариевой завеси по тонкой кишке по методике Л.С. Розенштрауха с соевт. /1970/. Предложенная фракционная методика позволяла получить изображение рельефа слизистой оболочки желудка, определить форму, положение, размеры и контуры его, проследить за движением контрастного вещества по петлям тонкой кишки и оценить гастроидеальный рефлекс.

Все полученные признаки группировали на рентгеноморфологические, позволяющие охарактеризовать состояние стенки кишки,

и рентгенофункциональные, характеризующие моторно-эвакуаторную и секреторную функции кишки.

Исследование производилось на рентгенодиагностической установке ТУР IIБ-I /ГДР/ при среднем режиме 70 кV, 150 мАс.

В результате значительно сокращалось время рентгеноскопии и количество производимых рентгенограмм при сохранении высокой информативности методики в отношении определения функциональных и морфологических изменений желудка и тонкой кишки. Также для изучения функционального состояния тонкой кишки больным долихоколон производили радионуклидное исследование всасывательной способности методом внешней радиометрии области живота после приема перорально ^{131}I - олеиновой кислоты /19/ в количестве 1 МКг. Для оценки всасывательной способности тонкой кишки по результатам радионуклидного исследования определяли период полувсасывания радиофармпрепарата / T 1/2 /, составляющий в норме $240 \pm 30,0$ мин. /А.И. Ишмухаметов, 1970/.

Анализ результатов комплексного клиникo-рентгенорадионуклидного обследования больных долихоколон позволил выявить различия в клинической характеристике заболевания у пациентов с различной степенью запора и формой удлинения толстой кишки. У больных II и В групп отмечено преобладание длительно текущих форм различных заболеваний органов пищеварения по сравнению с I и А групп, свидетельствующее о неблагоприятном влиянии длительности запора на состояние верхних отделов пищеварительного тракта.

Наличие в анамнезе хронического гастрита отмечено у 75 % больных, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у 7,5 %.

Основными жалобами больных являлись: запор, боль в животе, вздутие живота, неустойчивый стул, отсутствие позыва к дефекации.

Жалобы на запоры предъявляли 100 % больных, у 32,2 % больных самостоятельный стул отсутствовал. Среди больных с наличием самостоятельного стула преобладали лица с частотой стула I раз в 4-10 дней /60,8 % \pm 7,0/.

Вторым симптомом по частоте были постоянные или периодические боли в различных отделах живота, отмеченные у 74,3 % \pm 10,2 больных. Жалобы на боли в животе предъявляли 71,1 \pm 13,2 % госпитализированных больных, за исключением 18 /10,7 % \pm 5,1/ с инертной прямой кишкой. Нормальную жизнедеятельность эти пациенты могли сохранить только в том случае, когда 2 раза в сутки очищали ободочную кишку при помощи клизм. Если в течение суток они нарушали обычный ритм, болевая реакция превышала грань переносимости, снижая трудоспособность/. Постоянное вздутие живота наблюдалось у 68,4 \pm 3,1 % больных. Позыв к дефекации субъективно был сохранен у 24,1 \pm 3,7 больных, снижен - у 17,0 \pm 1,3 %, и полностью отсутствовал у 50,4 \pm 3,5 % больных.

Результаты обобщения материалов изучения морфофункционального состояния желудка и тонкой кишки у больных долихоколон свидетельствуют о взаимосвязи между возникновением симптомов поражения желудка, тонкой кишки и клиническими и анатомическими особенностями долихоколон.

Рентгенологическая характеристика желудка включала анализ рентгеноморфологических и рентгенофункциональных симптомов. Среди рентгеноморфологических признаков чаще других встречались изменения положения и формы желудка, а также рельефа слизистой оболочки.

Удлиненная форма желудка с расположением его нижнего полюса на уровне крестцовых позвонков наблюдалась как в I группе /58,2 \pm 3,8 %/ так и во II /11,3 \pm 2,1 %/, а также в группе А /63,1 \pm 5,3 %/ и в группе В /21,0 \pm 2,8 %/. Эти данные согласуются с

мнением Е.А. Берг и соавт. /1983/ о преобладании гипотонического характера дискинезии желудка у больных дискинезией толстой кишки с синдромом запора. Различия в частоте выявления указанных изменений в I и II, а также в группах А и В статистически достоверны $/P < 0,05/$.

Преобладание удлиненной формы с пониженным тонусом у больных I и А групп, объясняется сохранением рефликса от раздраженной клизмами и каловыми массами прямой кишки в привратник /афферентная импульсация из прямой кишки/, вследствие которой привратник спазмируется. У больных II и В групп возрастает частота гиперкинетических нарушений желудка $/24,1 \pm 5,3 \%/$, что является свидетельством нарушения процессов компенсации, т.е. потери резервуарной функции желудка.

Наиболее характерными рентгеноморфологическими признаками при исследовании желудка у больных долихоколон явились различные изменения рельефа слизистой оболочки у $/46,8 \pm 5,1 \%/$ больных I группы, $/87,3 \pm 12,7 \%/$ - II группы, $/52,4 \pm 5,5 \%/$ - группы А и у $/70,2 \pm 7,4 \%/$ - группы В $/P < 0,05/$.

Рентгенофункциональные изменения желудка у больных долихоколон характеризовались нарушением тонуса, секреторной функции, перистальтической деятельности и эвакуации.

Следует отметить, что среди двигательных функциональных нарушений желудка у больных I и А групп преобладали гипокинетические дискинезии $/50,3 \pm 7,5 \%$ и $52,1 \pm 8,4 \%$ соответственно/, сопровождавшиеся нарушением ритма $/28,5 \pm 3,2 \%$, $31,7 \pm 4,1 \%/$ и уменьшением глубины перистальтической волны $/29,1 \pm 5,9 \%$, $26,3 \pm 4,7 \%/$, что наряду со спазмом привратника $/30,1 \pm 5,4 \%$, $33,2 \pm 6,3 \%/$ и возникновением дуоденогастральных рефлюксов $/75,4 \pm 11,1 \%$, $76,1 \pm 8,1 \%/$ приводило к задержке эвакуации. Тормозной тип рефликса характеризует нормальные взаимоотношения

толстой кишки и желудка и является свидетельством сохранения процессов, направленных на улучшение процессов формирования химуса и всасывания и имеет приспособительный характер /А.С. Логинов и соавт., 1981, В.Б. Антонович, Л.Б. Кириченко, 1990, Н. Сооке, 1984/. У больных тяжелого течения заболевания и тотальным удлинением толстой кишки /II и В группы/ количество кинетических дискинезий желудка достоверно уменьшалось /II, I \pm 3,1 % и 22,2 \pm 2,0 % соответственно, $P < 0,05$ / при возрастании частоты гиперкинетических нарушений /30,1 \pm 2,2 % и 28,3 \pm 5,0 %/ и гиперсекреции /59,1 \pm 5,2 % и 70,1 \pm 6,1 % соответственно / $P < 0,05$ /.

Гастроэзофагеальный рефлюкс выявлен у /57,0 \pm 5,2 %/ больных, причем, частота этого симптома уменьшилась от /68,6 \pm 7,4 %/ в I группе до /30,4 \pm 5,3 %/ во II группе / $P < 0,05$ /, а также от /70,5 \pm 8,4 %/ в группе А до /39,3 \pm 8,4 %/ в группе В / $P < 0,05$ /.

Рефлюкс-эзофагит выявлен у /50,6 \pm 9,4 %/ больных.

Выявленный комплекс рентгеноморфологических и рентгенофункциональных признаков позволил определить хронический гастрит у /42,5 \pm 9,4 %/ больных I группы, /80,0 \pm 20,0 %/ - II группы, у /50,2 \pm 7,7 %/ - группы А и у /66,3 \pm 12,3 %/ - группы В.

Возрастание частоты гастрита у больных II и В групп достоверно и согласуется с данными литературы, /И.И. Джаксон, /1950/ доказывал, что при длительных влияниях со стороны патологических изменений в толстой кишке и желудке могут возникнуть не только стойкие функциональные, но и морфологические нарушения, а при раздражении илеоцекальной области возникает нарушения как моторной функции желудка, как и существенные изменения в кровообращении его /изменения просвета сосудов/, что приводит к возникновению в стенке желудка гипоксии.

При фиброгастроудоденоскопии у большинства больных был установлен диагноз хронический гастродуоденит /75,0 \pm 10,0 %/, а

также эзофагит у $18,4 \pm 2,3 \%$ больных, хронический распространенный гастрит у $41,4 \pm 9,3 \%$, антральный у $18,3 \pm 2,1 \%$. У пожилых больных преобладала атрофическая форма гастрита $18,4 \pm 5,2 \%$.

Рентгеноморфологические признаки дуоденита в виде нечеткости контуров двенадцатиперстной кишки, неровности их, а также утолщение и деформации складок слизистой оболочки наблюдались у $67,5 \pm 9,3 \%$ больных I группы и у $78,1 \pm 8,3 \%$ II группы, а также у $59,4 \pm 9,4 \%$ - группы А и у $78,6 \pm 12,3 \%$ - группы В / $P < 0,05$ /.

Значительное количество содержимого, препятствующее прохождению контрастного вещества, определялось в просвете двенадцатиперстной кишки у $35,1 \pm 4,4 \%$ больных I группы, у $50,3 \pm 9,0 \%$ - II группы, а также у $19,2 \pm 2,9 \%$ - группы А и у $60,5 \pm 9,2 \%$ группы В / $P < 0,05$ /.

Среди двигательных функциональных нарушений двенадцатиперстной кишки у больных I и А групп преобладали гипермоторные дискинезии, сочетавшиеся с повышенным тонусом двенадцатиперстной кишки /соответственно у $36,2 \pm 5,6 \%$ и $39,4 \pm 11,6 \%$. А у больных II и В групп преобладали гипокинетический тип дискинезии /соответственно $24,2 \pm 3,1 \%$ и $38,7 \pm 7,7 \%$. $P > 0,05$ /. Большая частота гиперкинетических дискинезий у больных I и А групп явились результатом сохранения процессов компенсации, способствовавших более интенсивному перемешиванию, что в свою очередь может вести к полному гидролизу и всасыванию, а резкое угнетение двигательной активности двенадцатиперстной кишки у больных II и В групп можно рассматривать как своеобразный компенсаторный механизм, замедляющий продвижение содержимого из желудка в нижележащие отделы пищеварительного тракта.

При эндоскопическом исследовании признаки дуоденита наблюдались у $46,4 \pm 6,2 \%$ больных I группы, у $80,0 \pm 10,0 \%$ - II / $P < 0,05$ /, у $72,2 \pm 8,1 \%$ - больных группы А и у $76,2 \pm 9,0 \%$

группы В / $P > 0,05$ /.

При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях обращали внимание высокая частота выявления дуоденогастральных рефлюксов у больных долихоколон $/69,3 \pm 8,3 \%$, что может быть обусловлено гипертонусом $/30,6 \pm 3,2 \%$, приводящим к повышению полостного давления в двенадцатиперстной кишке и дуоденитом с наличием значительного количества содержимого в просвете $/51,3 \pm 8,7 \%$, а также нарушением функционирования привратника. Частота этих рефлюксов возрасла у больных I и А групп $/71,4 \pm 15,1 \%$ и $74,1 \pm 10,3 \%$ соответственно, $P < 0,05$ /, что объясняется сохранением процессов компенсации.

Анализ состояния тощей кишки у больных с долихоколон свидетельствует о том, что у больных всех групп преобладали функциональные изменения в виде дискинезий по гиперкинетическому типу - у $/59,2 \pm 8,2 \%$ больных I группы, $/60,0 \pm 7,3 \%$ - II, $/70,0 \pm 8,1 \%$ - группы А и у $/52,5 \pm 5,1 \%$ группы В. Фрагментация более всего наблюдалась у больных II и А групп $/20,5 \pm 2,2 \%$ и $17,1 \pm 1,6 \%$ соответственно/.

Изменение рельефа слизистой оболочки встречалось во всех группах, но более всего у больных II и В групп $/58,4 \pm 5,3 \%$ и $42,3 \pm 6,2 \%$ соответственно, $P > 0,05$ /.

Ускоренные сроки пассажа контрастного вещества по петлям тощей кишки чаще всего встречались у больных I и А групп и составляли соответственно $58,0 \pm 6,1 \%$ и $72,1 \pm 9,2 \%$, а замедление пассажа по тощей кишке преобладало у больных II и В групп и составляло $65,2 \pm 7,5 \%$ и $40,1 \pm 5,4 \%$ соответственно, $P < 0,05$ /.

Изучение моторно-эвакуаторной функции подвздошной кишки у больных долихоколон, интегральным показателем которой является сроки пассажа, позволило выявить преобладающее число с замедлением его у $14,1 \pm 2,1 \%$ больных I группы, $62,2 \pm 7,5 \%$ - II

группы, /20,1 + 5,0 %/ - группы А и у /41,5 + 4,4 %/ - группы В /Р < 0,05/. Увеличение скорости пассажа по подвздошной кишке наблюдалось у больных I и А групп, что, очевидно связано с рефлекторным раздражением тонкой кишки.

Среди симптомов, характеризующих нарушение моторики подвздошной кишки, на первый план выступала фрагментированная сегментация, которая преобладала у больных II и В групп и соответственно составила $28,6 \pm 3,2$ % и $25,3 \pm 9,1$ %.

Патологическое содержимое в виде слизи, и жидкости, и газа преобладали у лиц II и В групп и составило: жидкость - $78,0 \pm 8,3$ %, $60,5 \pm 9,2$ %, слизь - $46,0 \pm 4,0$ %, $40,1 \pm 4,3$ %, газ - $67,4 \pm 5,4$ %, $57,4 \pm 5,4$ % соответственно.

Изменение рельефа слизистой оболочки подвздошной кишки в виде утолщения складок наблюдалось у больных II и В групп и составило соответственно $58,5 \pm 5,2$ % и $45,3 \pm 3,2$ %. Эти изменения свидетельствуют о выраженности воспалительных изменений.

Общее время пассажа бариевой взвеси по петлям тонкой кишки было ускорено у /11,4 + 2,5 %/ больных I группы, у /9,3 + 3,2 %/ группы А и у /6,0 + 0,1 %/ группы В. Замедленное время пассажа определялось у /13,1 + 3,1 %/ больных I группы, у /68,3 ± 9,0 %/ - II группы, у /16,5 ± 2,2 %/ - группы А и у /49,5 + 5,0 %/ группы В. При этом отмечена общая тенденция к ускоренному заполнению петель тощей кишки и замедленному - подвздошной /Р < 0,05/.

При проведении исследования тонкой кишки учитывали время ее опорожнения от контрастного вещества. Установлено, что при колостазе время опорожнения тонкой кишки свыше 9 часов было у /50,0 ± 9,1 %/ больных II группы и у /41,3 ± 4,2 %/ группы В. Этот показатель свидетельствует о выраженности компенсаторно-приспособительных процессов в тонкой кишке, направленных на интенсификацию процессов всасывания.

Результаты изучения всасывательной функции тонкой кишки у 19 больных долихоколон после перорального приема ^{131}I олеиновой кислоты свидетельствует об удлинении периода полувсасывания до $272 \pm 21,0$ мин /норма $240 \pm 30,0$ мин/./P < 0,05/.

Таким образом комплекс рентгенорадионуклидных методик исследования при долихомегаколон позволил определить и систематизировать признаки поражения желудка, двенадцатиперстной, тощей и подвздошной кишок в зависимости от длины толстой кишки, а также степени запора.

Комплекс рентгенорадионуклидных признаков позволил выявить воспалительные поражения желудка и тонкой кишки. /Табл. I/.

Частота выявленной патологии

группы больных	I /п=78/	II /п=37/	A /п=55/	B /п=60/	P
Выявленная патология					
Хронический гастрит	42,5+9,4%	80,0+20,0%	50,2+7,0%	66,3+12,3%	P < 0,05
Дуоденит	67,5+9,3%	78,1+8,3%	59,4+9,4%	78,6+12,3%	P < 0,05
Энтерит	23,6+5,6%	58,5+5,2%	27,3+4,3%	45,3+3,2%	P < 0,05

Из таблицы явствует, что частота хронического гастрита и дуоденита, энтерита увеличивается у больных II и B групп.

Наряду с воспалительными изменениями в верхних отделах пищеварительного тракта нам удалось выявить группу компенсаторных изменений, направленных на улучшение процессов всасывания в тонкой кишке. Так, по нашим данным процессы компенсации в пищеварительном тракте начинаются с желудка, где выявляется спазм привратника, который выявлен у большинства больных I и A групп. Это явление направлено на улучшение процессов пищеварения в желудке. Желудок у этих больных приобретает удлинненную форму, тонус его снижен. В то же время у этих больных обычное время

пассажа по тонкой кишке и не изменен гастроилеальный рефлекс, т.е. у этих больных желудок играет первую и важную роль в процессе компенсации. У больных тяжелого течения болезни /П и В группы/ желудок гипертоничен из-за наличия постоянного патологического очага раздражения в дистальных отделах подвздошной кишки /ретроградный илеит/. Компенсаторно-приспособительные процессы у этих больных заключаются в замедлении сроков пассажа по тонкой кишке и ослаблении гастроилеального рефлюкса.

Еще одним местом компенсации является луковица двенадцатиперстной кишки, в которой определяется бульбостаз на фоне смазма нисходящей части двенадцатиперстной кишки, замедляющего продвижения содержимого из желудка в нижележащие отделы пищеварительного тракта.

Итак, модификация функции желудка и тонкой кишки является адаптивной компенсацией нерегулярного ожоружения толстой кишки и абсорбцией в кишечнике при долихомегаколон.

ЛИБ Им. В. Стефанки
АН УРСР

ВЫВОДЫ

1 - Рентгенологическое исследование желудка у больных долихомегаколон позволило выявить группу морфологических и функциональных симптомов, таких как изменения рельефа слизистой оболочки $/58,3 \pm 10,4 \%$, выраженной зубчатости по большой кривизне $/70,0 \pm 7,3 \%$, наличия слизи $/80,4 \pm 13,3 \%$, гиперсекреции $/52,0 \pm 8,0 \%$, изменения тонуса $/54,5 \pm 9,3 \%$, перистальтики $/51,2 \pm 10,1 \%$. Наибольшая частота встречаемости перестроенного рельефа слизистой оболочки отмечается у больных с отсутствием самостоятельного стула $/80,0 \pm 20,0 \%$, а также при выраженной степени удлинения толстой кишки $/66,3 \pm 12,3 \%$.

Достоверное увеличение числа больных с выраженной гиперсекрецией отмечается в зависимости от степени запора и достигает $59,1 \pm 5,2 \%$ у лиц с отсутствием самостоятельного стула. Число больных с гипомоторной дискинезией преобладало у больных I и A групп и составило соответственно $/50,3 \pm 7,5 \%$ $/52,1 \pm 8,4 \%$, с гипермоторной - II и B групп и составило $/11,1 \pm 3,1 \%$, $/22,2 \pm 2,0 \%$.

2 - Комплекс морфофункциональных изменений в желудке позволил выявить хронический гастрит у $/60,4 \pm 8,3 \%$ больных. Частота встречаемости его возрастала по мере усиления степени запора и удлинения толстой кишки. У лиц с отсутствующим самостоятельным стулом составила $/80,0 \pm 20,0 \%$.

3 - Комплекс морфофункциональных изменений двенадцатиперстной кишки позволил диагностировать дуоденит у $/67,5 \pm 9,3 \%$ I группы больных, $/78,1 \pm 8,3 \%$ - II группы, $/59,4 \pm 9,4 \%$ группы A, $/78,6 \pm 12,3 \%$ группы B. Отмечается достоверное увеличение числа воспалительных изменений в двенадцатиперстной кишке в зависимости от степени запора и удлинения толстой кишки.

4 - Частота выявления гастроэзофагеального и дуоденогастрального

рефлюксов преобладала у лиц I и А групп $68,0 \pm 7,4 \%$, $70,5 \pm 7,4 \%$, $71,4 \pm 15,1 \%$, $74,1 \pm 10,3 \%$ соответственно/, и свидетельствует о наличии воспалительных изменений, а также о развитии компенсаторно-приспособительных явлений, направленных на задержку содержимого.

Также компенсаторно-приспособительные явления в желудке заключаются в наличии гипокинезии, пилороспазма, преобладающих у больных I и А групп.

Б - Изменения в тонкой кишке при долихомегаколон, определяемые с помощью комплекса рентгенорадионуклидных методов, проявляются в виде дискинезий, энтеритов, снижения всасывательной способности тонкой кишки. Нарастание частоты гипомоторных дискинезий и энтеритов находится в прямой зависимости от степени запора, а также удлинения толстой кишки.

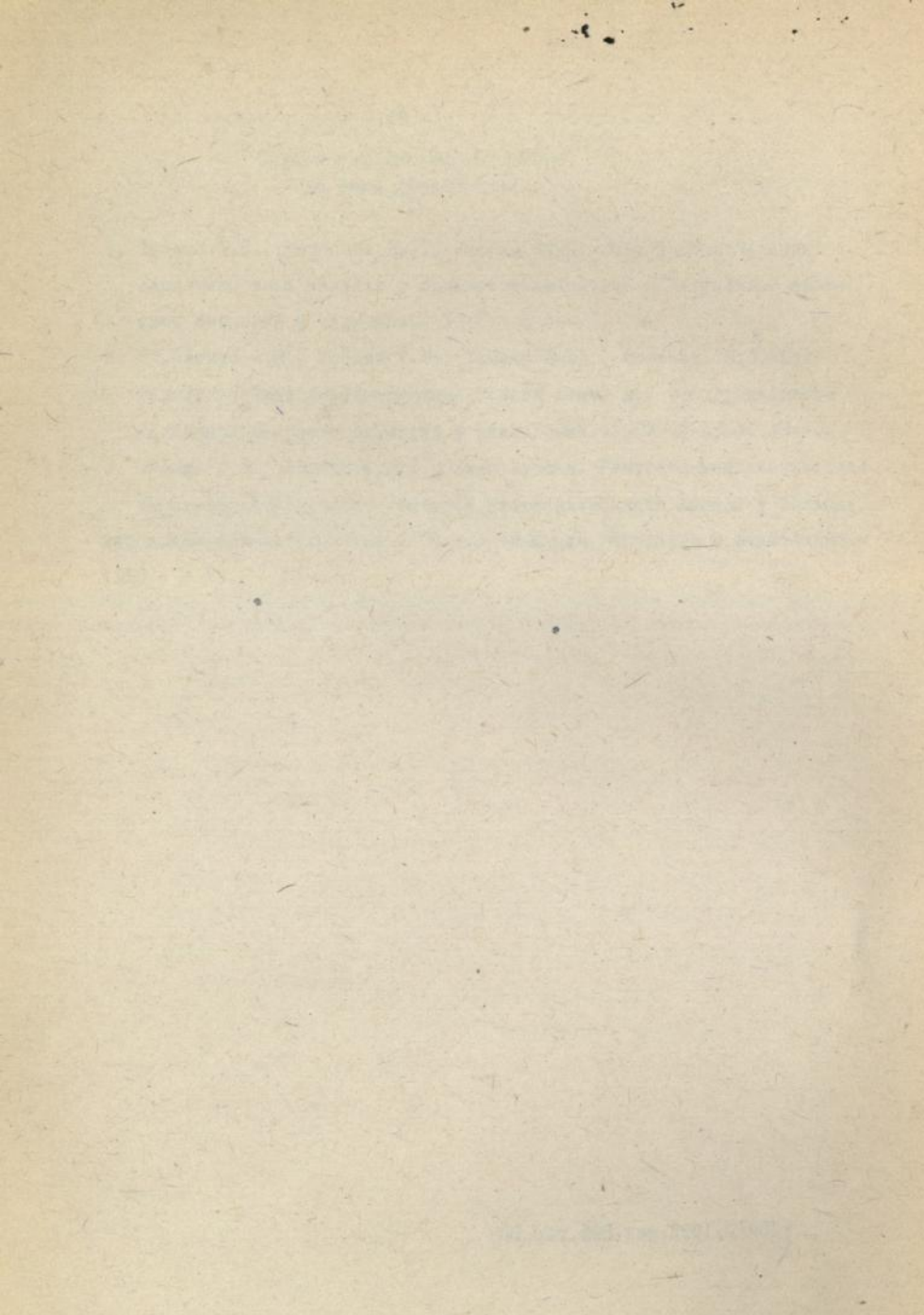
Удлинение времени опорожнения тонкой кишки свыше 9 часов, выявленное у $50,0 \pm 9,0 \%$ больных II группы и у $40,3 \pm 5,2 \%$ больных группы В, а также ослабление гастроилеального рефлюкса, частота встречаемости которого возрастает у больных II и В групп расцениваются как компенсаторно-приспособительные явления, направленные на интенсификацию процессов пищеварения.

Б - Координированная деятельность системы пищеварения достигается за счет регуляторных изменений моторной и эвакуаторной активности желудка и кишечника.

Список опубликованных работ
по теме диссертации

1. Топчий Т.В., Морозова Н.Л., Хассан Амер. Морфофункциональная характеристика желудка у больных долихоколон //Актуальные проблемы биологии и медицины.- 1992.- № 1.- С. 79.
2. Кириченко А.В., Топчий Т.В., Хассан Амер., Морозова Н.Л. Рентгенологическая характеристика тонкой кишки при мегадолихоколон //Клиническая рентгенология и радиология.-1992.-№ 23.-С.42-45.
3. Топчий Т.В., Морозова Н.Л., Амер Хассан. Рентгено-эндоскопическая характеристика верхних отделов пищеварительного канала у больных неспецифическими колитами //Клиническая рентгенология и радиология.- 1992.- № 23.- С.59-62.

РДЭНТІ, 1992, зах. 825, тир. 100



ats 50.110

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF CHEMISTRY
5301 SOUTH CAMPUS DRIVE
CHICAGO, ILL. 60637

RECEIVED

DATE RECEIVED

DEPARTMENT OF CHEMISTRY
UNIVERSITY OF CHICAGO
5301 SOUTH CAMPUS DRIVE
CHICAGO, ILL. 60637

RECEIVED

RECEIVED

DEPARTMENT OF CHEMISTRY
UNIVERSITY OF CHICAGO
5301 SOUTH CAMPUS DRIVE
CHICAGO, ILL. 60637

RECEIVED

26.116

AV 26.116