

DOI: 10.31082/1728-452X-2019-200-2-56-60

УДК 616.33-002-073.75

## СОЗЫЛМАЛЫ ГАСТРИТТЕРДІҢ РЕНТГЕНСЕМИОТИКАСЫ

К.Х. МУХАМЕДЖАНОВ<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2068-4342>,Е.Б. ДУТБАЕВ<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2068-4342>,Е.С. НИЯТҚАБЫЛОВ<sup>1</sup><sup>1</sup>Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,<sup>2</sup>Орталық қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Мухамеджанов К.Х.

Осы мақалада гастрит және гастриттің жеке формаларын анықтауда- созылмалы гастрит жалпы және жеке рентгенологиялық симптомдардың рентгенодиагностика әдістері бойынша мәліметтер жарияланған. Тек қана гастритке тән арнайы симптом сипатталған. Жиі кездесетін патологияның диагностикасында дәрігер-рентгенологтың жұмысында көмектесетін иллюстративті материал көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** гастриттер, рентгенодиагностикасы, классификациясы, рентгенсемиотикасы.

**Сілтеме үшін:** Мухамеджанов К.Х., Дутбаев Е.Б., Ниятқабылов Е.С. Созылмалы гастриттердің рентгенсемиотикасы // Медицина (Алматы). – 2019. - №2 (200). – С. 56-60

## РЕЗЮМЕ

## РЕНТГЕНСЕМИОТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ

К.Х. МУХАМЕДЖАНОВ<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2068-4342>,Е.Б. ДУТБАЕВ<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2068-4342>,Е.С. НИЯТҚАБЫЛОВ<sup>1</sup><sup>1</sup>Казахский медицинский университет непрерывного образования,

г. Алматы, Республика Казахстан,

<sup>2</sup>Центральная городская клиническая больница, г. Алматы, Республика Казахстан

В данной публикации представлены данные по методам рентгенодиагностики хронического гастрита, общие и частные рентгенологические симптомы, позволяющие выделить наличие гастрита, и симптомы, выявляющие частные формы гастритов. Описан специфический симптом, характерный только для гастрита. Иллюстративный материал, помогающий практикующему врачу-рентгенологу в диагностике этой часто встречающейся патологии.

**Ключевые слова:** гастриты, рентгенодиагностика, классификация, рентгенсемиотика.

## SUMMARY

## RADIOLOGICAL SYMPTOMS OF CHRONIC GASTRITIS

KKh MUKHAMEDZHANOV<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2068-4342>,YeB DUTBAYEV<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2068-4342>,YeS NIYATKABILOV<sup>1</sup><sup>1</sup>Kazakh Medical Continuing Education University, Almaty c., Republic of Kazakhstan,<sup>2</sup>Central City Hospital, Almaty c., Republic of Kazakhstan

This publication presents the methods of radiodiagnosis, of chronic gastritis, general and particular radiological symptoms, allowing to distinguish the presence of gastritis and symptoms that reveal particular forms of gastritis. A specific symptom characteristic of gastritis is described. Illustrative material that allows the practicing radiologist to diagnose this common pathology.

**Keywords:** X-ray diagnostics, classification, X-ray-semiotics.

**For reference:** Mukhamedzhanov KKh, Dutbayev YeB, Niyatkabilov YeS. Radiological symptoms of chronic gastritis. *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2019;2(200):56-60 (In Russ.). DOI:10.31082/1728-452X-2019-200-2-56-60

Хабарласу үшін: Мухамеджанов К.Х., мед. ғылымының докторы, профессор, рентген бөлімінің меңгерушісі, Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, Манас көш., 34, индекс 050000.  
E-mail: erbol.dutbaev@mail.ru

**Contacts:** Mukhamedzhanov KKh, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Radiology KazMUCE, Almaty c., Manas str., 34, index 050000.  
E-mail: erbol.dutbaev@mail.ru

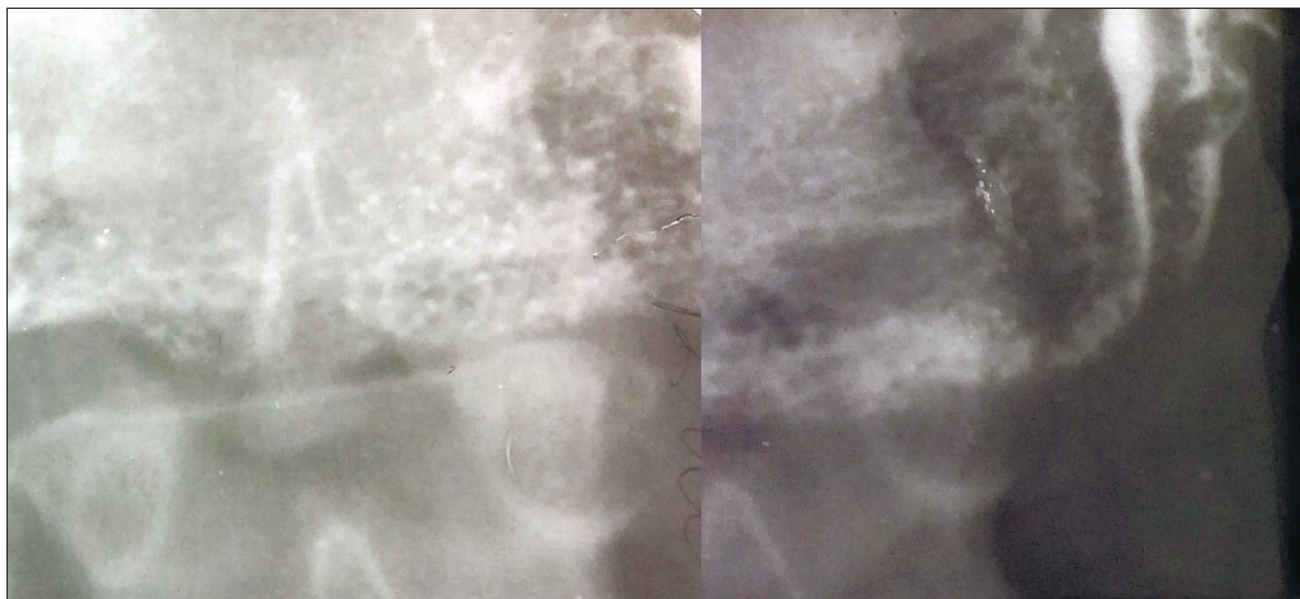
Поступила 16.11.2018

**К**азіргі уақытта асқазан алаңын немесе микробедерін зерттеуге үлкен мән беріліп отыр. Ареолдардың пішіні дөңгелек, сопақша пішінді, мөлшері 1 мм –ден-6 мм дейін. Қалыпты жағдайда олар көрінбейді немесе қиын анықталады. Шырышты қабаттың патологиялық процессінде, мысалға гастриттер кезінде ареолдардың мөлшері ұлғайып, пішіні өзгереді.

## ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕМЕЛЕРІ

Асқазанның шырышты қабатының микробедерінің рентгенологиялық көрінісі алу үшін:

1) диспергаторлар мен стабилизаторлар қосылып арнайы дайындалған ұсақ дисперсті барий қоспасы қолданылады. Диспергатор ретінде жұмыртқаның сары ұзы қолданылады, ондағы инградиенттердің арақатынасы:



Сурет 1 - Гастрит кезіндегі ареолалар

күкірт қышқылды барий 95-100 г, су - 45-50 мл, жұмыртқаның сары уызы 1,2-2,0 г.

2) Арнайы компрессормен дозалы компрессия қолданылады.

3) Көздемелі суретке арналған тубус, үшкір фокусты түтік, мүмкіндігі жоғары күшейткіш экран пайдаланылады.

Шырышты қабаттың бедері асқазанның 1) тонусына байланысты. Гипотониялық қатпарлар – ұзына бойы, гипертонуста қалыңдап, иірімделеді. 2) қатпарлардың айқындылық дәрежесі барий көлеміне байланысты. Асқазанды толық толтырғанда қатпарлар керіліп, жұқарады.

3) бедер конституциялық ерекшеліктерге де байланысты.

Шырышты қабат бедерінің екі түрін ажыратады.

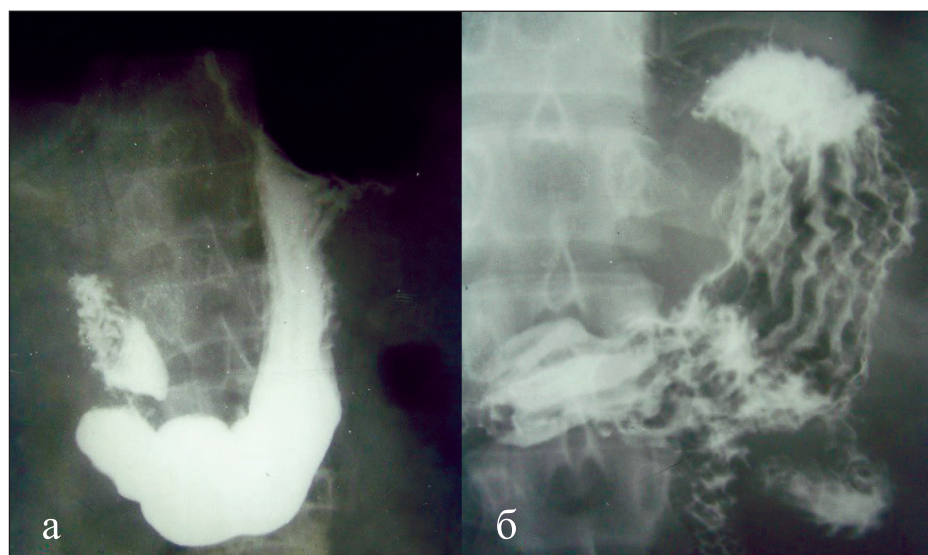
1. Торлы трабекулярлы
2. Магистральды

Антральды бөлімінің шырышты қабатының бедері париетальтиканың әсерінен өзгергіш келеді. Қатпарлардың қалыпты ені 0,5-0,6 см, ал асқазан денесі аймағында 1,0 см дейін жетеді.

#### Асқазанның каскадты бүгілуін тексеру әдістемесі

Асқазанның бұл деформациясына аса көңіл бөлу қажет, өйткені оның негізінде көбіне органикалық өзгерістер жатады: рак, жара, перигастрит. Асқазанның бүгілуі көкет релаксациясы кезінде байқалады, кейде ол көршілес мүшелердің (бауыр, талақ, көлденең ішек және ұйқы безінің) өзгеше орналасуының салдарынан туындайды. Физиологиялық бүгілу гиперстениктерде байқалады.

Барлық жағдайда бүгілуді жазуға тырысады:



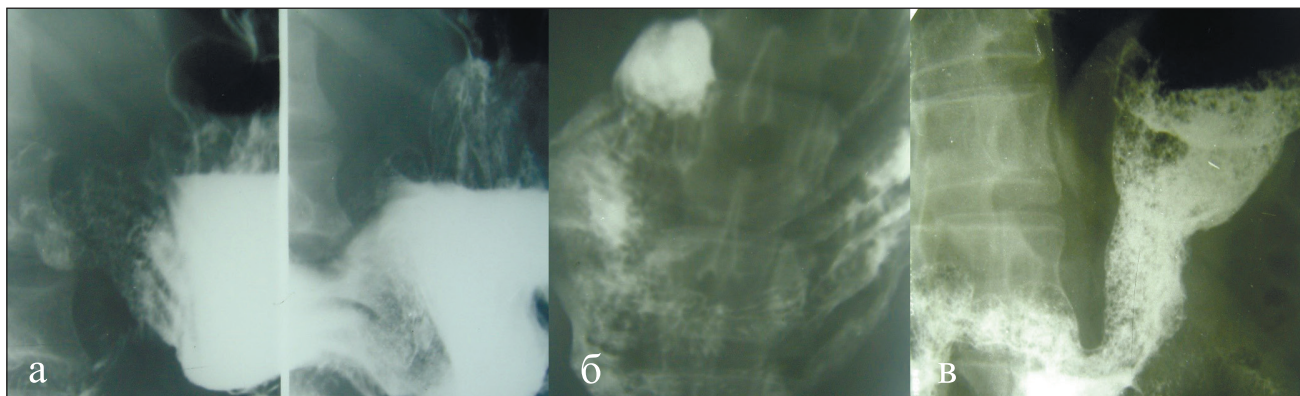
Сурет 2 - а) Толық толтыру; б) Шырышты қабығының рельефі

1. Асқазанды толық толтыру (барий қоспасын екі және үш дүркін ішкізу, науқасты еңкейту, ішіне жатқызу немесе ұзына бойы осімен 360° бұру және асқазанды ауа үріп толтыру).

Егер осы аталған тәсілдер асқазан бүгілуін жазуға мүмкіндік бермесе, онда физиологиялық таңғы ас беріледі. Егер таңғы ас бергеннен кейін де асқазае бүгілуі жазылмаса онда оны органикалық деп есептеп, осы өзгерісті тудырған себептерді табу қажет (рак, жара, гастрит, сол жақ көкет күмбезінің релаксациясы).

#### Асқазанның шырышты қабатының анатомиясы

Қабырғасы 3 қабаттан тұрады: а.) шырышты, бұлшықет және серозы. Шырышты қабаттың өзі 3 қабаттан тұрады: шырышты, бұлшықетті және бұлшықет ет қабатымен болбыр байланысқан шырыш асты қабаты. Бұлшықет қабаты да 3 қабаттан құралған: сыртқы ұзына бойлық, ортаңғы шеңберлі және ішкі қиғаш.



Сурет 3 - а) гиперсекреция; б) шырышты қабығының; в) мәр-рмәр рельефі симптомы қалыңдауы

Асқазан паренхиматозды мүше, секреторлық қызмет атқарады. Шырышты қабат көптеген түтіккі бездерден тұрады. Тәулігіне 1,5 литрге дейін асқазан сөлін бөледі. Шырышты қабаттың беті арасынан «ареолдар» деп аталатын жіңішке шелдер өтетін елізікшелі құрылымды, сол себепті түйіршікті көрініс береді және ол асқазан алаңы деп аталады.

#### Гастриттер

Клиникалық гастроэнтерологияның даму тарихынан 30-40 жылдары рентгендік тексеру бөлмесінен науқастар созылмалы гастрит деген диагнозсыз кетпегендігін көруге болады. Қатпарлардың қалыңдығы басты критерий болып табылған. Қатпарлар жұқарса атрофиялық гастрит, ал қатпарлар қалыңдаса гипертрофиялық гастрит деп есептеген. Гастриттің диагностикасы үшін рентгенологиялық тексерудің маңызы шамалы болған.

Гастриттердің рентгендиагностикасында үлкен өзгерістер пайда болады. Онда созылмалы гастрит диагностикасы комплексті, яғни клиникалық, лабораториялық, рентгенологиялық және эндоскопиялық тексерулермен толықтырылуы керек болды.

Катаральды немесе беткей жедел гастрит кезінде – қан толуы мен шамадан тыс шырыштық бөлінуіне байланысты шырышты қабаттағы қатпарлар қалыңдап, оның контурының айқын еместігі анықталады. Асқазан тонусы жоғарылайды, қалтқы түйініп, перистальтика күшейеді.

Эрозивті гастрит – ұлы сұйықтарды қышқыл немесе сілті немесе алкоголь, салицилаттар және т.б. ішкен кезде дамуы мүмкін. Рентгенологиялық тексергенде шырышты қабат қатпарларының ісінуіне байланысты полиптеріді төмпешектер мен кішігірім эрозиялар, қою шырыштың жиналуы, қалтқышың түйілуі, перистальтиканың болмауы анықталады, ал бірнеше аптадан соң тырмықтың тарылуы мен деформациялар байқалады.

Власов П.В. созылмалы гастриттің алты түрін ажыратады.

1. Созылмалы жайылмалы гастрит
2. Созылмалы антральды гастрит
3. Созылмалы ригидті антральды гастрит
4. Созылмалы эрозивті гастрит
5. Созылмалы полипозды гастрит
6. Жара ауруымен қосарланған созылмалы гастрит.

#### Гастриттердің жалпы рентгендиагностикасы

Созылмалы гастриттердің жалпы рентгенологиялық

белгілері морфологиялық және функциональды симптомдардан тұрады.

Созылмалы гастриттің диагностикасында функциональды симптомдардың маңызы зор. Ең алғашқысы гиперсекреция симптомы, ол тексеру барысында жоғарылайды. Созылмалы гастрит кезінде шырышты қабат бетінде көп мөлшерде шырыш жиналып, ол барий қоспасымен қосылғанда кездемелі суреттерде ұсақ ағарулар түрінде жақсы анықталатын мрамор суретің береді.

Созылмалы гастритке тонустың жоғарылауы және төмендеуі, эвакуацияның жеделдеуі немесе балулауы түріндегі асқазанның моторлы-эвакуациялық қызметінің бұзылысы тән.

Гастриттердің рентгендиагностикасы барысында шырышты қабат бедерінің жағдайы (пішіні, калибрі, қатпарлардың саны) мұқият зерттеледі. Дорекі деформацияланған ұлғайған контуры анық емес микробедері 90% анықтаудың маңызы зор.

#### Жайылмалы немесе универсалды гастриттің рентгендиагностикасы

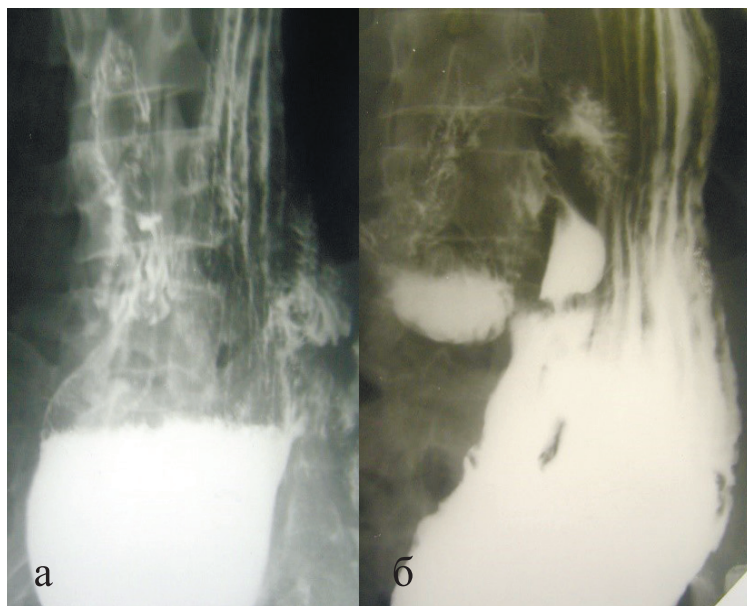
Бұл берілген гастритке шырышты қабат бедерінің диффузды қайта құрылуы тән болып табылады. Бұл кезде қатпарлардың саны мен калибрінің біршама ұлғаюы, кейбір жерлердің біртекті емес қалыңдауы байқалады, деформацияланған қатпарлар полиптеріді қалыңдап, кейде рак кезіндегі «атипті бедерге» ұқсас көрініс береді. Бірақ рактан айырмашылығы перистальтика әсерінен және асқазанның контраспен толу барысында өзінің өзгерімтігін сақтайды.

Шырышты қабат бедерінің дорекі өзгерісінің көрінісі асқазанның ішіндегі терең және ретсіз тісшелер болып табылады.

Универсалды гастриттің екелу диагностикасында веналардың варикозды кеңеюі, полипоз, Менетрие ауруы мен асқазанның жүйелі аурулары туралы ойлау қажет. (Мухамеджанов К.Х.)

#### Антральды гастрит

Созылмалы гастрит көбінесе антральды бөлімінде орналасады. Рентгенологиялық көрінісі шырышты қабат қатпарларының аздап қалыңдауынан бастап, оның суретінің айқын атипизмге дейін өзгеруімен сипатталады. Уақыт өте келе антральды бөлімнің шырышты қабаты өзінің серпімділігі мен өзгеру қабілеттігін жоғалтады. Қатпарлардың ригидтілігі айқындала түседі, қатпарлардың



Сурет 4 - Универсальды гастрит

көлденең орналасуы мен кеңеюі тұрақталады, антральды бөлімнің үлкен иінінің контурында біртекті тішселер пайда болады.

Антральды гастритке антральды бөлімнің ұзына бойлық мускулатурасының спастикалық жиырылуына байланысты, оның қысқаруы тән. Кейде шырышты қабаттың тегістелген бедері фонында ұсақ полипозды ағарулар көрінеді. Созылмалы антральды гастрит көбіне қышқылдықтың төмендеуімен жүреді.

Антральды гастриттің түрлерінің бірі ригидті (склероздаушы) гастрит болып табылады, және ол асқазанның рак алдылық жағдайына жатады. Оған үш негізгі белгілер тән:

А. Антральды бөлімнің деформациясы мен тарылуы

Б. Бедерінің өзгеруі

В. Перистальтиканың әлсіреуі немесе жойылуы

Антральды бөлімнің тарылуы мен ригидтілігі

1. созылмалы қабыну процесінің нәтижесінде асқазан қабырғасында дәнекер тінінің өсу дәрежесіне

2. шырышты қабаттың ісінуіне

3. шығаберіс бөлімнің, қалтқының түйілуіне байланысты (Антонович В.Б.)

Ригидті антральды гастриттің рентгенологиялық көрінісі эндофитті рак көрінісін еске түсіреді. Антральды гастрит пен ракты екелу\* үшін фармакологиялық сынама пайдаланылады. Көк тамырға 1% 0,25-0,3 мл морфин немесе 0,05 %-1,0 мл прозерин ерітіндісі енгізіледі. Морфинді немесе прзерінді енгізгеннен кейін (8-10 мин. соң) тарылған антральды бөлім кеңіп, перистальтика пайда болады, шырышты қабат бедері қалыпты көрініске ие болады. Антральды бөлім рагында морфин енгізгеннен соң ешқандай өзгеріс болмайды.

Бірақ ригидті антральды гастрит кезінде тарылған антральды бөлім барлық жағдайда кеңіп, перистальтика пайда бола бермейді.

Ригидтіліктің екі фазасын ажыратады:

1. салыстырмалы ригидтілік фазасы

2. толық ригидтілік фазасы

Салыстырмалы ригидтілік фазасында морфин енгізгеннен соң терең перистальтика пайда болады, антральды бөлім қуысы кеңейеді, пальпацияланатын тәжі жоғалады.

Сөйтіп, морфинді сынама процесінің қайтымдылық дәрежесін анықтауға, сонымен қатар науқастың болашағын болжауға мүмкіндік береді.

#### Полипозды гастрит

Полипозды гастритке ең алдымен шырышты қабат бедерінің қалыңдауы мен қатпарлардың ісінуі түріндегі өзгерістері тән. Контур анық емес, дөңгелек толу деффектері пайда болады, олар өзгерген шырышты қабатта орналасады. Полипозды өзгерістер шырыш қабаттын мөлшерлі компрессиямен тексеру барысында жасалған көздемелі рентгенограммада анық көрінеді.

Полипозды гастрит диагностикасында гиперсекреция, мраморлық бедер, белсенді немесе беткей перистальтика, эвакуаторлық қызмет бұзылысы сияқты функционалды өзгерістердің қосарлануының маңызы зор.

#### Эрозивті гастрит

Асқазанның шырышты қабатының эрозиясы көптеген себептерден, соның ішінде күйік, шок, сепсис, медикаментозды препараттар (салицилаттар, стероидты гормондар және т.б.) әсерінен туындауы мүмкін.

Шырышты қабат қатпарлары өзгерген – қалындаған, кейде толығымен тегістелген. Өзгерген шырышты қабат фонында жиектері анық емес полиптерге ұқсас бедер директтері көрінеді. Көбіне деффекттер перистальтика кезінде жайылып кетеді, олардың көпешілігі дұрыс емес, сопақша пішінді. Бұл деффекттердің ерекшелігі шырыш қабатының эрозивті бетінің көрінісі болып табылатын ұсақ «барий депаларының» болуымен сипатталады. Олар шырыш бедерінің көздемелі рентгенограммаларында жақсы көрінеді, ол рентгеноскопия кезінде байқалмай қалуы мүмкін. Эрозивті гастрит кезінде асқазан құрамының қышқылдылығы көбіне жоғарылайды, кейде өте үлкен санға дейін жетуі мүмкін. Жиі кездесетін клиникалық көрінісі қан кету болып табылады. Полипозды гастритпен екелу\* кезінде эрозиялық болуының маңызы зор.

#### Қосарлана жүретін жаралы гастрит

Асқазан мен 12 елі ішек буылтығының жара ауруы көбіне гастритпен тірнесе жүреді, оны тіркескен гастрит немесе қосарланған жаралы гастрит деп атайды.

Асқазан мен 12 елі ішек буылтығының жарасы кезіндегі гастриттің рентгенологиялық белгілері негізінен басқа да созылмалы гастриттегідей. Тек гиперсекреция симптомы мен асқазанның моторлы-эвакуаторлық қызметінің бұзылысы айқынырақ болады.

Шырышты қабат қатпарлары қалындап, иірімделіп, ретсізденуі мүмкін. Асқазанның үлкен иіні тегіс емес, ретсіз, дөрені тесілмеген.

Антральды бөлімде дорекі колденең орналасқан қатпарлар, кейде полипозды томпаюлар анықталады.

Қосарланған гастритке 12 елі ішектің қабыну белгілері мен антральды бөлімнің зақымдану белгілері тән.

Емнің әсерінен жара нишасы жойылғанымен нишамен

бірге жара ауруы белгілерінің жойылуы шарт емес екендігі тәжірибеден белгілі. Рентгендік тексеру кезінде коарланған гастриттің белгілері көбіне сақталады.

Асқазанның шырышты қабатының шамадан тыс дамуы немесе Менетрие ауруы.

Алғаш рет француз анатомы Менетрие жазған. Бұл шырышты қабат бедерінің ерекше ақаулы өзгеруі, қандай да бір клиникалық симптоматикасы жоқ.

Бұл жағдайдың негізінде асқазанның шырышты қабатының безді гиперплазиясы жатыр (Мухамеджанов К.Х.).

Асқазанның бұл жағдайының көптеген синонимдері бар: алып гипертрофиялық гастрит, ісік тәрізді гастрит, «Менетрие» ауруы, шырышты қабаттың кистозды аденопатиясы, «қатпарлардың алыптылығы» (гигантизм), асқазанның шырышты қабатының шамадан тыс дамуы және т.б. Бұл кезде асқазанның ішкі бетінің шырышты қабатының бедері кеңіген қатпарлардан, үлкен жастық тәрізді дефектерден, терең ретсіз орналасқан, барий қоспасын ұзақ ұстайтын шұңқырлардан тұрады. Қатпарлардың биіктігі 2,5-3,0 см, ені 2,0 см дейін жетуі мүмкін.

Асқазанның пішіні мен мөлшері айтарлықтай өзгермейді. Көбіне асқазанның үлкен иінінде, асқазан синусында орналасады. Кіші иін мен антральды бөлім көбіне зақымданбайды.

Власов П.В. және басқа да зерттеушілер шырышты қабаттың шамадан тыс дамуының универсальды немесе жайылмалы түрін, және органикалық немесе орныққан

түрін ажыратады. Жайылмалы түрі сирек кездеседі, ол кезде процесс антральды бөлімге тарайды.

Рентгенодиагностика сүйекетік негізгі рентгенологиялық симптомдар (Антонович В.Б.):

1. Зақымдалған аймақтың қабырғасының серпімділігі, яғни перистальтиканың сақталуы
2. Пальпацияланатын ісіктің болмауы
3. Асқазанның пішіні мен мөлшері өзгермейді
4. Тексеру процессінде, әсіресе асқазанды толық толтыру барысында шырышты қабат бедерінің рентгенологиялық көрінісінің өзгерістігі.

Асқазанды нық толтырғанда шырышты қабат бедері реттеледі, кейбір бедердегі дефекттер жойылады.

#### **Зерттеу мөлдірлігі**

*Зерттеуге демеушілік қолдау көрсетілген жоқ. Авторлар баспаға ұсынылған қолжазбаның түпкілікті нұсқасы үшін толық жауап береді.*

#### **Қаржылық және басқа да қарым-қатынастар туралы декларация**

*Барлық авторлар мақаланың концепциясын дайындауға және қолжазбаны жазуға қатысты. Қолжазбаның түпкілікті нұсқасын барлық авторлар мақұлдады. Авторлар мақала үшін қаламақы алған жоқ.*

#### **Мүдделер қайшылығы**

*Авторлар мүдделер қайшылығының жоқ екендігін мәлімдеуде.*

#### **ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР**

1 Антонович В.Б. Рентгенодиагностика патологии пищевода, желудка и кишечника: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1987. – 400 с.

2 Мухамеджанов К.Х. Рентгенологиялық семиотиканың негіздері. – Алматы: Өлішер, 2015. - 171 б.

3 Власов П.В. Рентгенодиагностика хронических гастритов. <https://radiomed.ru/publications/obz-hronichenskiy-gastrit>

#### **REFERENCES**

1 Antonovich VB. *Rentgenodiagnostika patologii pi-shchevoda, zheludka i kishechnika: rukovodstvo dlya vrachey* [X-ray diagnosis oesophageal, gastric and intestinal pathology]. Moscow: Medicine; 1987. P. 400

2 Mukhamedzhanov KKh. *Rentgenologiyalyk semiotika-nyn negizderi* [Basic of X-ray semiotics]. Almaty: Alisher; 2015. P. 171

3 Vlasov PV. *Rentgenodiagnostika khronicheskikh gastritov* [-ray diagnosis of chronic gastritis]. Available from: <https://radiomed.ru/publications/obz-hronichenskiy-gastrit>