

УДК 616.45—006—073.75

А. В. АЙВАЗЯН, З. И. ЛЯЛИНА, О. Е. КОЛОДЦЕВ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКА

Специальных работ, посвященных этому вопросу, в литературе нет. Многообразие клинического проявления опухолей мозгового и коркового слоя надпочечника, а также наличие стертых форм заболевания настоятельно диктуют необходимость разработки объективных методов диагностики [7].

О состоянии уровня ранней диагностики опухолей мозгового вещества надпочечника можно судить из следующего: «Из 113 больных, описанных в отечественной литературе, у которых феохромоцитома была распознана на операции или аутопсии, правильный диагноз был установлен у 50» [5].

Среди достоверных методов объективной диагностики опухолей надпочечника ведущее место занимают рентгенологический и лабораторный методы исследования. Исследование в сыворотке крови и в моче пресорных аминов, ванилин-миндальной кислоты, 17-кетостероидов и оксикортикостероидов громоздко, не всегда и не везде может быть произведено. Единственным объективным методом топической диагностики опухолей надпочечника является рентгенологический метод. Ретроградная пиелография, экскреторная и инфузионная урография, произведенная на фоне пресакрального ретропневмоперитонеума в сочетании с томографией, сокращает время обследования больных и повышает качество диагностики [1, 2]. При интерпретации рентгеновских снимков в плане дифференциальной диагностики следует учитывать размеры, форму, контуры, плотность надпочечников, их расположение по отношению к почке и окружающим органам. Ошибки и затруднения при рентгенологической диагностике опухолей надпочечника могут быть связаны:

- а) при исследовании левого надпочечника—с селезенкой, дном желудка, хвостом поджелудочной железы;
- б) при исследовании правого надпочечника—с левой долей печени, желчным пузырем;

в) при исследовании как левого, так и правого надпочечников—с опухолями околопочечной клетчатки и почки, аномалиями развития и положением почек [8].

В норме левый надпочечник больше правого и увеличение правого

надпочечника по сравнению с левым, независимо от их абсолютных размеров, является признаком патологии [6].

Для контрастирования почек и надпочечников применяют углекислый газ, закись азота и кислород. Газ в почечное и надпочечниковое ложе может быть подведен несколькими методами: непосредственно в окологочечное ложе (пневморен, пневмордиография), инсуфляцией в забрюшинное пространство—пресакральной пункцией, пункцией через запирательное отверстие, надлобковой пункцией.

Наибольшее распространение получил метод пресакрального ретропневмоперитонеума [9] как метод технически легко выполнимый, безопасный, контрастирующий обе почки и надпочечники.

Пресакральный ретропневмоперитонеум показан при опухолях и гиперплазии надпочечника, почек, кист, конгинетальных аномалиях и паранефральных флегмонах. Анализируя рентгеновские снимки ретроградных уретеропиелогамм, экскреторных и инфузионных урограмм, проведенных на фоне пресакрального ретропневмоперитонеума у более чем 700 больных за последние 15 лет, мы пришли к выводу, что при опухолях надпочечника изменения в контурах почки, хода мочеточника и изменения в лоханочно-чашечной системе имеют специфическую для патологии надпочечника картину. О. В. Николаев [7], считает возможным смещение почки вниз и латерально опухоли надпочечника. Верхняя чашечка почки, испытывая механическое давление, может быть оттеснена книзу, отдавлена, неравномерно заполнена контрастным веществом. Эти же изменения могут быть в лоханке, но последняя не ампутирована, как об этом пишет И. И. Золоторев [3].

Отсутствие единого мнения в литературе по вопросу о состоянии чашечно-лоханочной системы почки, контуров почки, хода мочеточника при опухолях надпочечника побудило нас провести экспериментальные исследования. Создание модели приближенных условий взаимоотношения надпочечника и почки, наблюдаемых при опухолях надпочечника, несомненно, даст возможность правильно и своевременно выявлять надпочечниковую патологию.

В течение 24 ч. с момента смерти из трупа извлекали почку вместе с мочеточником. Мочеточник удалялся по всей длине со стенкой мочевого пузыря. В скелет, уложенный на рентгеновский стол, укладывали почку и мочеточник в положение в зависимости от стороны извлечения почки. Соблюдая соотношение горизонтальной и вертикальной оси почки к позвоночнику (скелет уложен на спину), производили ретроградную пиелографию. При производстве серийных снимков отклоняли вертикальную ось почки по отношению к горизонтальной на 30°, 45°, 60°, 90° и горизонтальную ось почки по отношению к вертикальной на 30°, 45°, 60°, 90°.

Затем вводили сергозин до и после сдавления, а также отдавливания верхнего полюса почки.

Всего произведено около 100 рентгеновских снимков. На снимках (рис. 1—4), которые произведены при изменении соотношения верти-

кальной оси к горизонтальной в пределах 30° , 45° , 60° , 90° , изменения в конфигурации чашечно-лоханочной системы не выявлены. В то время как изменяя горизонтальную ось по отношению к вертикальной (рис. 5, 6), мы отчетливо видим изменения конфигурации чашечно-лоханочной системы. Особенно отчетливо это видно на рис. 6, где тень контрастированных чашечек накладывается на лоханку и мочеточник, отходит как бы из нижнего полюса почки; картина, характерная как для поясничной, подвздошной дистопии почки, так и для подковообразной почки. Было произведено большое количество рентгенограмм, прежде чем получили характерную для опухолей почки и надпочечника рентгеновскую карти-



Рис. 1—8.

ну. Это зависело от метода введения контрастного вещества, от сдавления или отдавливания полюса почки, степени сдавления и многих других причин. Сдавливая верхний полюс почки, мы получили на ретроградной пиелограмме ампутацию верхнего бокала почки (рис. 7), как это бывает при опухолях почки, в то время как отдавливая верхний полюс почки (рис. 8), мы получили рентгеновскую картину, характерную для опухоли надпочечника, отдаленный верхний бокал почки и смещенный на позвоночник брюшной отдел мочеточника.

Детальное изучение рентгенограмм, полученных нами в эксперименте, и изучение рентгенограмм больных с опухолями надпочечника и почек, оперированных нами, позволяет сделать следующие выводы.

1. Конфигурация чашечно-лоханочной системы не изменяется от изменения вертикальной оси почки по отношению к горизонтальной на 30° , 45° , 60° , 90° .

2. Изменяя угол горизонтальной оси почки по отношению к верти-

кальной на 30°, 45°, 60°, 90°, отчетливо выявляются изменения, характерные для целого ряда патологических состояний почек.

3. Сдавливая полость почки, мы получили ампутацию верхнего или нижнего бокала почки, типичную картину для опухолей почки.

4. Характерную для опухолей надпочечника картину чашечно-лоханочной системы почки мы получили, отдавливая верхний бокал почки.

Клиническая больница № 6
г. Москвы

Поступило 7/VIII 1969 г.

Ա. Վ. ԱՅՎԱԶՅԱՆ, Զ. Ի. ԼՅԱԼԻՆԱ, Օ. Ե. ԿՈԼՈԴՑԵՎ

ՄԱԿԵՐԻԿԱՄԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ՌԵՆՏԳԵՆԱԿՏՈՐՈՇՄԱՆ ԷՔՍՊԵՐԻՄԵՆՏԱԼ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄԸ

Ա Վ Փ Ն Փ Ն Ն Վ

Մակերիկամի ուռուցքների տալիկական ախտորոշումը որոշակի դժվարություններ է ներկայացնում: Մակերիկամի ուռուցքներ ունեցող հիվանդների ռենտգենոգրամաների վերլուծությունը մեզ հիմք է տալիս եզրակացնելու, որ երիկամների ավազանների սխտեմի փոփոխությունները՝ մակերիկամի ախտահարման և միզաժողանի ուղու կողմում, ունեն սպեցիֆիկ առանձնահատկություններ: Մեր կողմից ստացված էքսպերիմենտալ տվյալները հաստատեցին այդ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айвазян А. В. Вестник рентгенологии и радиологии, 1957, 1, стр. 60.
2. Жданова С. М. Вестник рентгенологии и радиологии, 1964, 1, стр. 46.
3. Золоторев И. И. Вестник рентгенологии и радиологии, 1964, 1, стр. 43.
4. Иоффе Б. М. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1956, 2, 5, стр. 30.
5. Казеев К. Н., Зеферова Т. С. Клиническая медицина, 1965, 6, стр. 91.
6. Козлова Е. К. Клиническая медицина, 1960, 38, 5, стр. 87.
7. Николаев О. В., Агафонов Ф. А., Иоффе Б. М. Хирургия, 1949, 2, стр. 3.
8. Перепуст Л. А. Материалы II научной конференции молодых ученых, 1963, стр. 75.
9. Ruiz-Rivas M. Rev. clín. espan., 1947, 25, 206.