

1. Дульцев Ю. В. Хирургия, 1984, 12, с. 68.
2. Перов Ю. А. Дис. канд. Куйбышев, 1959.
3. Милитарев Ю. М., Врублевский В. А. Всесоюзная конф. по проктологии (Москва, 21—22 февраля 1978), тез. докл. М., 1978.
4. Эктов В. Н. В кн.: Проблемы проктологии, вып. 4. М., 1983, с. 36.
5. Эктов В. Н. Автореф. дис. канд. М., 1984.
6. Bailey R. V. et al. Dis Colon Rectum, 1973, 21, 8, p. 38.
7. Ruiz-Moreno F. Dis Colon Rectum, 1968, 11, 4, p. 23.
8. Tchirkev G. Colon-proctology, 1937, 3, 1, p. 31.
9. Goligher J. C. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. New York: Ed. Springfield, 1977, p. 116.

УДК 617.55—073.75

И.Е. КАГАН, А. И. БУХМАН

ВОПРОСЫ ТАКТИКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Разработана схема последовательности использования лучевых методик исследования с учетом локализации поражения, особенностей клинического течения, а главное—разрешающей способности (информативности) отдельных методов или их сочетания при дифференциальной диагностике новообразований левой половины брюшной полости.

Своевременное и точное распознавание объемных образований левой половины брюшной полости до настоящего времени представляет одну из наиболее трудных задач в клинической практике. Важную роль при этом играют клиничко-лабораторные данные. В последние годы значительное место отводится лапароскопии, сопровождающейся пункционной биопсией с цитологическим исследованием. Однако практика убеждает, что наибольшей информативностью и наименьшей травматичностью обладают лучевые методы исследования: рентгенодиагностика, радионуклидная, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, термография, ядерно-магнитный резонанс. С их помощью удастся не только выявить патологический очаг, но и дать подробную характеристику его распространенности, морфологического характера, особенностей кровоснабжения, взаимоотношения с окружающими тканями и органами. Но и тут клиницисту-рентгенологу нередко приходится встречаться со значительными сложностями в правильном, наиболее рациональном выборе методики или комплекса методик исследования. Достаточно подчеркнуть, что только рентгенодиагностика, являющаяся основой любой лучевой диагностики, насчитывает в своем арсенале не менее 35 методик.

В настоящей работе мы поставили перед собой задачу, основываясь на личном клиническом опыте и данных литературы, разработать наиболее рациональную тактику рентгенолога при объемных образованиях левой половины брюшной полости.

Обследованы 252 больных, из них 28—с новообразованиями левой почки, 72—левого надпочечника, 38—с опухолями поджелудочной железы (в 9 наблюдениях—инсулома, в 29—кисты и другие опухоли) и в 114 наблюдениях—спленомегалия (11—опухоли и кисты селезенки и в 103 наблюдениях—спленомегалический синдром, обусловленный различными заболеваниями системы крови).

Проведенные исследования и данные литературы показывают, что современная рентгенодиагностика обладает богатым запасом средств и способов для своевременного распознавания и детальной характеристики объемных образований левой половины брюшной полости. Наиболее информативным является комплексное исследование—сочетание нескольких методик рентгенодиагностики, выполненных в определенной последовательности, исходя из клинических особенностей течения заболевания, соображений максимальной лучевой безопасности больных и персонала, а также экономичности проводимых исследований. Приведенные ниже наблюдения иллюстрируют тактику рентгенолога при подозрении на наличие новообразования левой половины брюшной полости.

Больная К., 46 лет, поступила в Институт экспериментальной эндокринологии и химии гормонов АМН СССР 4. 02. 86 г. с жалобами на усиленный рост волос на лице и теле, похудание на 6 кг, общую слабость, головокружение. Явления гирсутизма отмечены с 1980 г., одновременно с этим начали выпадать волосы на голове. Менструации с 14 лет, регулярные. Беременностей 4, двое срочных родов, последние в 1972 г., два медицинских аборта без осложнений. В 1986 г. впервые повысилось АД до 160/110 мм рт. ст.

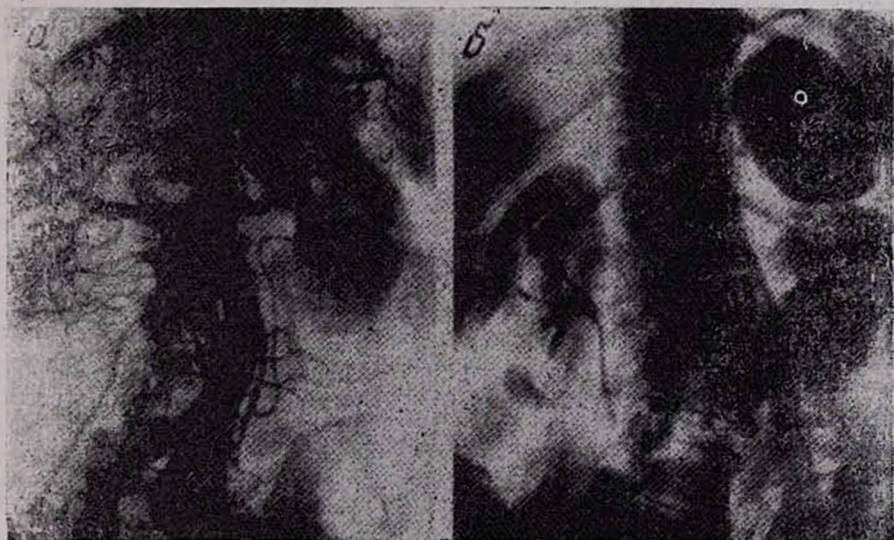


Рис. 1. а. Больная К., 46 лет. Ангиограмма Отмечается смещение селезеночной артерии. б. То же наблюдение. Пневмосупраренограмма. Определяется новообразование левого надпочечника.

При осмотре обращала на себя внимание выраженная сенильность больной и обильное оволосение по мужскому типу. Масса тела 67 кг при росте 168 см, перераспределения подкожной жировой клетчатки не выявлено, молочные железы дряблые, лактореи нет. Тоны сердца ясные, пульс 76 уд. в мин, ритмичный. АД колеблется

от 130/80 до 150/90 мм рт. ст. Со стороны органов дыхания и пищеварения патологии не выявлено, щитовидная железа не увеличена, симптомов нарушения ее функции нет. Гинекологическое обследование: клитор гипертрофирован, вирилен, матка средних размеров, шейка чистая. Придатки: справа не пальпируются, слева определяется эластичное образование 5×5 см. Высказано подозрение на вирилизирующую опухоль левого яичника. Клинические анализы крови и мочи без патологии. Экскреция 17 ОКС с мочой составляла 13,5 мкмоль/с (при норме 7,1—16,0). 17-КС—100,7 мкмоль/с (при норме 31,1—50,6). Дексаметазоновая проба: экскреция 17 ОКС снизилась до уровня 5,6 мкмоль/с, а содержание 17-КС несколько повысилось (112 мкмоль/с). Уровень тестостерона в крови—10,5 нмоль/л (при норме 0,7—2,7).

На рентгенограмме черепа структура костей не изменена, форма и размер турецкого седла обычные. Ангиографическое исследование почек и надпочечников (рис. 1а). Справа изменений не обнаружено, слева над верхним полюсом почки нечетко контурируется образование 5×5 см. Выявляется беспорядочная сеть сосудов патологического характера. Селезеночная артерия смещена медиально, контуры ее неровные, волнистые на протяжении около 3 см. Высказывалось мнение о наличии новообразования левого надпочечника или селезенки. Ультразвуковое исследование: правый яичник несколько увеличен, его размеры 4,1×2,5×2, левый—3,2×1,9×3,6 см. В области левого надпочечника нечетко визуализировалось образование плотной консистенции.

Ввиду противоречивости данных решено произвести уточняющее пневмографическое исследование надпочечников в сочетании с инфузионной урографией. После наложения пневмоперитонеума и введения внутривенно 80 мл 76% раствора верографина была четко выявлена опухоль левого надпочечника овоидной формы размером 8×9 см (рис. 1б).

На основании данных комплексного обследования установлен диагноз: вирилизирующая опухоль левого надпочечника. 8. 12. 86 г. произведена операция удаления опухоли, исходящей из левого надпочечника, вместе с надпочечником. Вес новообразования 115 г, размеры 8,5×8×4 см. Опухоль покрыта тонкой фиброзной оболочкой, на разрезе вещество ее вишневого цвета с множеством мелких кистозно измененных участков. Прилежащая к опухоли ткань коры надпочечника в состоянии выраженной атрофии. Гистологическое исследование: злокачественная опухоль из элементов коры надпочечника с явлениями ангиоинвазии и врастания в кору надпочечника.

В приведенном наблюдении были использованы несколько методик диагностики, но достоверный диагноз удалось установить после проведения пневмосупраренографии. Это не означает, что в каждом подобном случае исследование следует начинать именно с вышеупомянутого метода. Необходимо принимать во внимание, что пневмосупраренография, осуществляемая повторно, нередко оказывается неэффективной из-за наличия спаечного процесса, менее информативна она и у пожилых людей в связи с возрастными особенностями жировой клетчатки, а также при очень больших злокачественных опухолях надпочечников, прорастающих в окружающие органы и ткани и препятствующих проникновению газа в околонадпочечниковое пространство.

Больная Ф., 32 лет. Поступила в ЦНИИГПК 12. 06. 84 г. с жалобами на чувство тяжести в левом подреберье, наличие в этой области опухолевидного образования, ощущение жжения под левой лопаткой, утомляемость, слабость. Шесть лет назад во время беременности в нескольких анализах крови обнаружено снижение показателей гемоглобина до 100 г/л, в этот же период впервые выявлена спленомегалия. Больная консультирована в ЦНИИГПК, системное заболевание крови было отвергнуто. В течение двух последующих лет регулярно не обследовалась, в эпизодически проводившихся анализах крови патологических изменений не определялось. Консультация в специализированной гематологической клинике по поводу спленомегалии—рекомендована госпитализация для проведения обследования, включающего пункцию печени и селезенки, и решения вопроса о спленэктомии. От предложенного обследо-

вания больная отказалась. В 1984 г. (через 5 лет от начала заболевания) при исследовании крови выявлено снижение гемоглобина до 100 г/л, эритроцитов—до $3,2-3,4 \times 10^{12}$, ретикулоцитов—до 4%, снижение уровня сывороточного железа до 4,5—4,8 мкмоль/л.

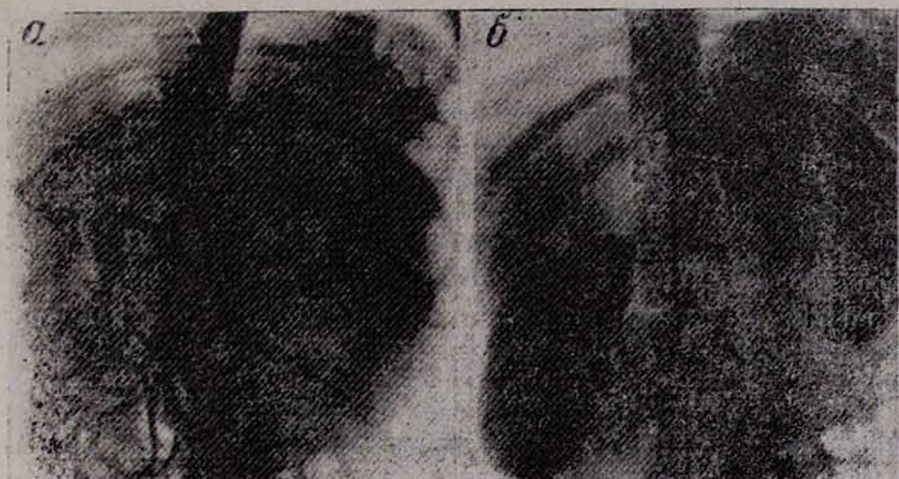


Рис. 2. а. Больная Ф., 32 лет. Ангиограмма. Брюшной отдел аорты смещен вправо. Селезеночная артерия дугообразно оттеснена кверху и медиально. б. То же наблюдение. Паренхиматозная фаза. Селезенка небольших размеров, оттеснена кверху, контрастируется равномерно. Левая почка деформирована (уплощена), смещена кверху и кнутри. Паренхима контрастируется неравномерно, в нижнем полюсе менее интенсивно.

При первом же рентгенологическом исследовании—обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости—спленомегалия была исключена. На рентгенограммах высоко в левом подреберье определялась четко очерченная тень неувеличенной селезенки, которая узкой полосой просветления отделялась от тени пальпируемого образования, симулировавшего спленомегалию. Патологическое образование занимало всю половину брюшной полости, оттесняя селезенку вверх, а желудок по большой кривизне—вправо и вперед. При сцинтиграфическом исследовании селезенка оттеснена кверху без очаговых изменений. Левая почка увеличена, смещена вверх, имеются диффузно-очаговые изменения в зоне, прилежащей к воротам. Полученные данные указывают на наличие кисты, исходящей из левой почки или из левого яичника. Экскреторная урография выявила смещение левой почки вверх и медиально, изменение направления ее продольной оси, деформацию чашечно-лоханочной системы. На серии брюшных аортограмм (рис. 2а)—брюшная аорта смещена вправо, располагается по правому контуру позвоночника. Селезеночная артерия дугообразно оттеснена кверху и медиально. Магистральный отдел левой почечной артерии смещен медиально, вытянут и удлиннен, сосудистый рисунок левой почки обеднен, внутриорганные ветви лишены мелких разветвлений. В паренхиматозной фазе (рис. 2б) выявлено смещение селезенки кверху, деформация и уплощение почки, дистопия ее кверху и кнутри, неравномерное контрастирование паренхимы, менее интенсивное в нижней половине органа. Ангиографическое исследование дает основание для дифференциальной диагностики между забрюшинным неорганическим образованием, обусловившим смещение аорты и левой почки, и образованием, исходящим из левой почки. Ультрасонография показала, что опухолевидное образование исходит из забрюшинного пространства, имеет однородную эхоструктуру и дает выраженное акустическое усиление. Интимной связи его с почкой и селезенкой не выявлено, отвести образование от поджелудочной железы не удается.

При операции в забрюшинном пространстве обнаружено опухолевидное образование, гладкое, малоподвижное, размером 25×15 см, смещающее почку медиально и вверх и имеющее, с ней сращения. Макропрепарат: образование овоидной формы, размером $25 \times 12 \times 10$ см, стенки толщиной 0,3—0,4 см, на внутренней поверхности—остатки крошковидных наложений бурого цвета. Гистологическое исследование: стенка кисты образована фиброзной тканью без выстилки, содержимое—роговые массы и кристаллы холестерина, имеется очаговая инфильтрация малыми лимфоцитами. Заключение: дермоидная киста.

В приведенном наблюдении забрюшинная дермоидная киста сопровождалась железодефицитной анемией. Это послужило причиной того, что в течение 5 лет изменения у больной расценивались как проявления заболевания системы крови неясного генеза, протекающего с анемией и спленомегалией. Характерно, что уже первое рентгенологическое исследование дало возможность исключить спленомегалию и определить рациональную тактику обследования больной. Каждая из примененных методик исследования позволила получить полезную информацию для диагностической концепции.

Новообразования левой половины брюшной полости, как мы убедились, обычно сопровождаются нарушениями функциональной деятельности заинтересованных органов и систем, а нередко и значительными анатомическими изменениями. Это, с одной стороны, при наличии большого арсенала рентгенодиагностических методик позволяет достаточно быстро определить общие рентгенологические симптомы патологических изменений, с другой—создает определенные трудности при выборе наиболее эффективных методик в каждом конкретном случае.

Мы предлагаем схему очередности использования рентгенологических методик исследования при поражении левого надпочечника, поджелудочной железы, левой почки, селезенки и левой половины забрюшинного пространства. При этом мы учитывали информативность исследования, сложность методики, техническую доступность (наличие аппаратуры), степень радиационной вредности, а также экономичность.

Левый надпочечник. 1. Клинико-лабораторные (включая гормональные) исследования. 2. Обзорная рентгенография брюшной полости. 3. Пневмосупраренография или компьютерная томография. 4. Ангиография (флебография, артериография). 5. Инфузионная урография.

Поджелудочная железа. 1. Клинико-лабораторные (включая гормональные) исследования. 2. Обзорная рентгенография брюшной полости. 3. Ангиография (артериография) или компьютерная томография. 4. Исследование желудочно-кишечного тракта. 5. Экскреторная панкреатография.

Левая почка. 1. Клинико-лабораторные исследования. 2. Обзорная рентгенография брюшной полости. 3. Инфузионная урография. 4. Ангиография. 5. Компьютерная томография. 6. Пневморенография.

Селезенка. 1. Клинико-лабораторные исследования (гемограмма, стерильная пункция, трепанобиопсия и др.). 2. Обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости. 3. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. 4. Ангиография или спленопортография. 5. Компьютерная томография.

Неорганичные образования левой половины забрюшинного пространства. 1. Клинико-лабораторные исследования. 2. Обзорная рентгенография брюшной полости. 3. Компьютерная томография. 4. Ангиография. 5. Наложение пневмоперитонеума. 6. Исследование желудочно-кишечного тракта.

Разумеется, в схеме нельзя учесть всех нюансов диагностики каждого конкретного случая. Сочетаясь с другими методиками лучевой диагностики (ультразвуковая диагностика, термография, радиологическая диагностика, ядерно-магнитный резонанс и др.), она может видоизменяться. Выбор наиболее эффективного сочетания методических приемов—это результат степени профессиональной подготовки врача-рентгенолога, его клинического опыта и творческой инициативы.

Центральный ордена Ленина
и ордена Трудового Красного Знамени
НИИ гематологии и переливания крови

Поступила 18/VI 1987 г.

Ի. Ե. ԿԱԳԱՆ, Ա. Ի. ԲՈՒԽՄԱՆ

ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԶԱՆԻ ԿԵՍԻ ԾԱՎԱԼԱՅԻՆ ԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՅԻ ՀԱՐՑԵՐԸ

Հետազոտվել են 242 հիվանդ՝ 28-ձախ երիկամի ներագոյացությամբ, 72-ձախ մակերիկամի ուռուցքներով, 38 հիվանդների մոտ հայտնաբերված են ենթաստամոքսային գեղձի ուռուցքներ (հետազոտություններից 9՝ ինսուլոմա, 29՝ կիստա և ուրիշ ուռուցքներ) և 114 հետազոտություն-սպլենոմեգալիայով (փայծաղի ուռուցքի և կիստայի 11 դեպք և արյան սիստեմի զանազան հիվանդություններով պայմանավորված սպլենոմեգալիայի սինդրոմի 113 դեպք)։

Ներկայացված է ռենտգենաբանի տակտիկան՝ որովայնի խոռոչի աչ կեսի նորագոյացությունների դիֆերենցիալ ախտորոշման ժամանակ զանազան ռենտգենաբանական մեթոդիկաների կիրառման համակցման և հոջորդակա-նության սխեման։

I. E. KAGAN, A. I. BUKHMAN

STRATEGY OF LEFT ABDOMEN TUMOR ROENTGENOLOGIC INVESTIGATIONS

Experiences of the roentgenology departments of the USSR Ministry of Health Central Scientific Research Institute of Hematology and Blood Transfusion and the USSR Academy of Medical Sciences Institute of Experimental Endocrinology and Chemistry of Hormons for 10 years are analyzed and summerized. 242 patients have been observed: 28 with the left kidney tumor, 72 with the left adrenal gland tumors, 38 patients with the pancreatic tumors (9 patients with insuloma, 29 with cysts and other tumors), splenomegaly was observed in 114 cases (11 tumors and spleen cysts, 113 patients revealed splenomegalic syndrome caused by various blood system diseases).

Roentgenologic strategy is given (scheme of the correlation and succession of the usage of various roentgenologic methods in the differential diagnosis of the left abdomen tumors).

1. Бухман А. И. Рентгенодиагностика в эндокринологии. М., 1975.
2. Бухман А. И. Рентгенодиагностика заболеваний надпочечников (методические рекомендации). М., 1983.
3. Зарецкий В. В., Выховская А. Г. Клиническая термография. М., 1976.
4. Каган И. Е. В кн.: Актуальные вопросы рентгенодиагностики в гематологии. М., 1981, с. 72.
5. Клиническая рентгенорадиология (под ред. акад. АМН СССР Г. А. Зедгенидзе). М., 1985.
6. Новикова Э. З. Вестн. рентгенол. и радиол., 1961, 4, с. 31.
7. Новикова Э. З. Рентгенологические изменения при заболеваниях системы крови. М., 1982.
8. Перельман В. М. Каган И. Е. В кн.: Всесоюзный X съезд рентгенологов и радиологов. Тез. докл. М., 1977, стр. 296.
9. Руководство по ангиографии (под ред. И. Х. Рабкина). М., 1977.
10. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика. М., 1951.
11. Banzhaf E., Ritter H., Daum H., Endert G. et al. Radiol. Diagnost., 1976, 17, 1, 23.
12. Dondelinger R., Lamarque J. Radiol. Diagnost., 1976, 17, 1, 41.
13. Eilke M., Ferstl A., Schwegler N. Radiologie, 1975, 15, 10, 377.
14. Krlivko E., Karagjuljan R. Radiol. Diagnost., 1976, 17, 1, 41.
15. Morales J. O., Goldberg B. B. Seminars nucl. Med., 1975, 5, 4, 339.
16. Rehwal U., Heckmann R. Radiologie, 1983, 23, 3, 114.
17. Teichman O. Pneumoretroperitoneum. Praha, Statni Zdravotnicki nacladatelstvi, 1959.

УДК 616.62—086

А. М. АМБАРЦУМЯН

ФИБРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Изучена возможность использования фиброскопии при топической и морфологической диагностике предопухолевых и опухолевых заболеваний мочевого пузыря. Установлена эффективность методики фиброцистоскопии в выявлении указанных новообразований.

Одним из основных методов диагностики опухолевых заболеваний мочевого пузыря является цистоскопия [2, 3]. Для визуального исследования слизистой мочевого пузыря в онкоурологической практике используются эндоскопы различных типов, в основе которых лежит жесткий корпус, куда вводится оптический тубус.

С помощью гибких световолоконных эндоскопов было обследовано 125 пациентов с подозрением на опухолевую патологию мочевого пузыря (мужчин—87, женщин—48). Исследования проводились эндоскопом фирмы «Олимпас», имеющим наружный диаметр 6 мм, что соответствует № 18 по шкале Шарьера. Объектив фиброскопа имеет торцевое расположение, дистальный его отдел подвижный и совершает изгибы до 160° благодаря дистанционному управлению, что в отличие от ригидной цистоскопии позволяет выявлять опухоли, локализованные в области шейки мочевого пузыря.

Стерилизация фиброскопа осуществлялась с помощью 0,1% раствора диоксида и 0,2% раствора хлоргексидина. При этом разрушения