

С. А. АРУСТАМЯН, С. К. КАРАМЯН, А. М. АМБАРЦУМЯН, Р. А. АРУТЮНЯН,
Ж. С. ШАХНАЗАРЯН

КОМПЛЕКСНОЕ ПОЛИФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ, СКАНОГРАФИЧЕСКОЕ, ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Приводится методика комплексного полифлюорографического исследования органов грудной и брюшной полостей и молочных желез в сочетании со сканографией и эндоскопией, имеющая высокую диагностическую информативность.

Комплексная методика одновременного полифлюорографического исследования (ПФИ) органов грудной и брюшной полостей и молочных желез разработана нами в 1968 г. [1]. Установлена высокая эффективность методики ПФИ в выявлении сердечно-сосудистых заболеваний, а также онкологических, воспалительных и кистозных поражений органов грудной и брюшной полостей. Метод ПФИ со сканографией и эндоскопией повышает диагностическую информативность о различных заболеваниях органов брюшной полости, обеспечивая последующее специализированное лечение. Специальных работ, посвященных комплексному полифлюорографическому, эндоскопическому и сканографическому исследованиям органов грудной и брюшной полостей и молочных желез с целью выявления заболеваний органов брюшной полости, в литературе нам не встретилось. Целью настоящей работы явилась ранняя диагностика методикой ПФИ в сочетании с методом радионуклидного сканирования (при выявлении патологии печени, селезенки, опухолей забрюшинного пространства, а также соседних органов) и эндоскопического исследования (при выявлении заболеваний желудочно-кишечного тракта).

С 1972 г. при массовых диагностических обследованиях больных нами использовалось сочетанное полифлюорографическое и сканографическое исследование печени, селезенки, почек, опухолей забрюшинного пространства, имеющее высокоинформативное значение при дифференциальной диагностике заболеваний печени—гепатитов, циррозов, первичного и вторичного метастатического рака, селезенки и др. [4]. Как видно из наших наблюдений, на флюорограммах области живота первичный рак печени может обусловить увеличение всего органа или деформацию его у верхнего, нижнего, медиального, латерального краев. Косвенным признаком опухоли печени являются изменения диафрагмы—правостороннее высокое стояние ее купола. При увеличенной печени выявляется смещение желудка или дефект от давления в теле желудка, в двенадцатиперстной кишке. При интерпретации флюорограмм области живота мы обращали внимание на форму, величину, контурные изменения, наличие конкрементов в желчном пузыре, обызвест-

влений в печени, уплотнение тени печени, наличие асцита любой природы (онкологической и неонкологической).

Многими исследователями [3, 5—7] органы брюшной полости, в частности печень, в рентгенологическом аспекте изучались отдельно. Методика ПФИ позволяет изучить топику целостного организма.

По данным Л. Д. Линденбрата [2], при постгепатитных состояниях, когда в печени имеется небольшой фиброз и незначительная воспалительная инфильтрация перипортальной ткани, сосудистая сеть на спленопортограммах выражена четко и многогранно. После тяжелого течения гепатита аналогичные изменения захватывают всю печень. По данным Л. А. Эндер с соавт. [5], на сканограммах у больных с тяжелой формой цирроза виден обедненный и деформированный сосудистый рисунок, причем только вблизи разветвления ствола воротной вены. Многие авторы для распознавания абсцесса печени применяли пневмоперитонеум и гепатолиенографию (по [2]). В настоящее время целесообразнее использовать эхографию, радионуклидную скинтиграфию.

С помощью метода ПФИ в сочетании со сканографией нами выявлены онкологические заболевания органов брюшной полости у 203 (0,525%) из 38672 обследованных, неонкологические—у 279 (0,7%), желчевыделительной системы—у 376 (1%), мочевой системы—у 167 (0,43%), опухолей забрюшинного пространства—у 9 (0,024%), заболевания селезенки—у 159 (0,4%) больных.

Эндоскопические исследования произведены у 813 лиц, при этом у 732 чел. выявлены различные заболевания. Злокачественные опухоли желудка обнаружены у 115, доброкачественные—у 148, язвы желудка и дивертикулы—у 160, гастрит—у 59, наличие желчи в желудке и недостаточность пилорического жома—у 78, сдавление извне антриодуоденальной зоны—у 9, очаговое воспаление слизистой двенадцатиперстной кишки—у 35, патология Фатерова сосочка—у 3 (рак, киста и аденома).

Приводим наши наблюдения.

Больной Н., 47 лет. Жалобы на слабость, одышку, иногда повышение температуры, а также на боли в области печени. В анамнезе хронический гепатит 7-летней давности. Исследование крови: СОЭ—45 мм/час, сахар—92%, протромбиновый индекс—90%.

При исследовании методом ПФИ органов грудной и брюшной полостей определяется значительное гомогенное увеличение тени средостения справа. Контур ее полициклические. Слева легкие без изменений. Сердце—умеренная гипертрофия левого желудочка. Печень удлинненной формы, увеличена. Заключение: медиастинальная форма рака правого легкого. Произведена рентгенография. Диагноз тот же. На томограммах верхнедолевой бронх обтурирован. Флюорохолоцистография—опущение желчного пузыря, после пробного завтрака функциональная способность желчного пузыря сохранена. ЭКГ—ритм синусовый, правильный. Гипертрофия левого желудочка, явления гипоксии миокарда (рис. 1). Сканирование печени с помощью бенгальской розы 131 I—размеры печени в пределах нормы, форма треугольная. Контур относительно четкие. Распределение изотопа неравномерное, с пониженной контрастностью в области IV—VI сегментов. На общем фоне сканограмм определяются единичные «немые» участки.

Количество функционирующих клеток снижено. Левая доля определяется плохо. Заключение: диффузное поражение печени по типу хронического гепатита. Явных данных о наличии метастазов нет (рис. 2). Больной направлен на лучевое лечение по поводу медиастинальной формы рака.



Рис. 1. а. Передняя флюорограмма. Справа асимметричное расширение тени средостения с полициклическими контурами. Медиастинальная форма рака правого легкого. б. Флюорограмма средостения того же больного во II косом положении. в. Заднепередняя флюорограмма брюшной полости того же больного. Печень несколько удлиненной формы, увеличена. Желчный пузырь опущен.

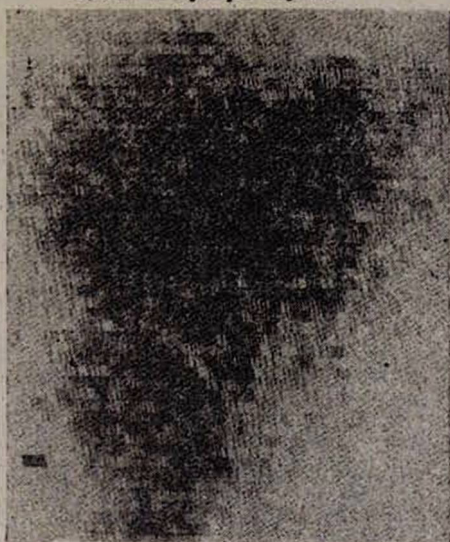


Рис. 2. Сканограмма. Диффузное поражение печени по типу хронического гепатита.

Сочетанная патология органов грудной и брюшной полостей с выступанием дуги аорты, гипертрофией левого желудочка, двусторонним адгезивным плевритом, деформирующим грудным спондилезом выявлена у больного Г., 55 лет (рис. 3). Эндоскопическое дообследование больного выявило язву передней стенки желудка (рис. 4).

Рентгенофлюорографические и эндоскопические наблюдения установили, что для доброкачественных язв желудка характерна правильная форма—округлая, коническая, с гладкими контурами, размером 2×6 см. Малигнизирующие язвы более плоские, с неровными контурами, неправильной формы, складки слизистой перестроены, размером

4,0 см. Совместная работа рентгенологов и эндоскопистов повысила информативность дифференциальной диагностики изъязвлений желудка до 98%.

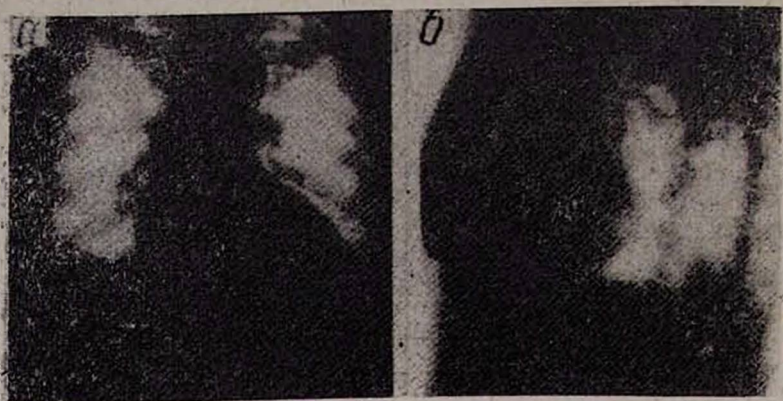


Рис. 3. Передняя флюорограмма грудной полости. а. Тени корней слегка застойные. Гипертрофия левого желудочка, симметричный адгезивный плеврит. б. Деформирующий грудной спондилез.



Рис. 4. Эндофотограмма. Язва передней стенки желудка размером 6×7 мм, глубиной до 1 мм. Края язвы ровные, дно покрыто налетом. Морфологическое исследование биоптатов из краев и дна атипичных клеток не выявило.

Сочетанное комплексное исследование органов брюшной полости позволяет дифференцировать такие заболевания, как гепатит, цирроз, первичный и вторичный метастатический рак печени, эхинококкоз, болезнь Вакеза, Ходжкина, злокачественные и доброкачественные опухоли желудка, язвы, дивертикулы и др.

Таким образом, предложенная нами комплексная полифлюорографическая методика исследования органов грудной и брюшной полостей и молочных желез в сочетании с эндоскопией и сканографией значи-

тельно повышает диагностическую информативность и способствует своевременному специализированному лечению.

НИИ рентгенология и онкологии
им. В. А. Фанарджяна

Поступила 12/X 1985 г.

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍԱՄՅԱՆ, Ս. Կ. ՔԱՐԱՄՅԱՆ, Ա. Մ. ՀԱՄԲԱՐՁՈՒՄՅԱՆ,
Ի. Ա. ՀԱՐՈՒԻՅՈՒՆՅԱՆ, Ժ. Ս. ՇԱՀՆԱԶԱՐՅԱՆ

ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՊՈԼԻՖԼՈՐՈԳՐԱՖԻԿ, ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ
ԵՎ ՍԿԱՆՈԳՐԱՖԻԿ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Տրվում է կրծքավանդակի, որովայնի խոռոչի օրգանների և կաթնագեղձերի հիվանդությունների ախտորոշման պոլիֆլուորոգրաֆիկ կոմպլեքսային մեթոդիկան՝ ղուգակցված էնդոսկոպիայի և սկանոգրաֆիայի հետ:

Հաստատված է, որ վերը նշված կոմպլեքսային մեթոդիկան, թույլ է տալիս ավելի ճշգրիտ ախտորոշում կատարել հիվանդների մոտ, ինչպես նաև ընտրել համապատասխան բուժում:

S. A. AROUSTAMIAN, S. K. KARAMIAN, A. M. HAMBARTSUMIAN,
R. A. HAROUTYUNIAN, Zh. S. SHAHNAZARIAN

POLYFLUOROGRAPHIC, SCANNOGRAPHIC AND ENDOSCOPIC STUDIES IN DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE ORGANS OF ABDOMINAL CAVITY

The method of the complex simultaneous investigation of the organs of thoracic and abdominal cavities and mammary glands is given, based on the combined scannography and endoscopy, which has a high diagnostic informative value in revealance of a number of diseases of different organs and systems. The timely and specialized treatment of these patients becomes possible due to this method.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арустамян С. А. Ж. экспер. и клин. мед АН АрмССР, 1977, 4, с. 75.
2. Линденбратен Л. Д. Рентгенология печени и желчных путей. М., 1980.
3. Савченко А. П. Автореф. дисс. докт. М., 1973.
4. Фанарджян В. А., Арустамян С. А. и др. Матер. XV научн. конф., посвященной 50-летию образов. СССР и 25-летию организации Арм. института рентген. и онкологии. Ереван, 1972, с. 3.
5. Эндер Л. А., Обухов В. А. Хирургия, 1966, 12, с. 20.
6. Safrany L. Fortschr. Rontgenstr., 1974, 120, 258.
7. Glaessen G. Acta radiol., suppl. 6. Stockholm, 1928.
8. Viamonte M. J., Warren W. D. et al. Radiol. Clin. J. Amer., 1970, 8, 147.