

ВЫВОДЫ

1. Трансиллюминационное исследование интрамурального кровотока является эффективным методом определения последующей жизнеспособности стенки желудка и ее нарушений в связи с деваскуляризацией.

2. Инъекционная вазография не отражает прижизненного кровотока в желудочной стенке.

3. Заключения о допустимых вариантах деваскуляризации желудка, основанные на данных рентгеновазографических исследований, не могут служить руководством к построению плана операции в клинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенов Б. Н. *Вопр. грудной хирургии*. М., 1961.
2. Амосов Н. М. *Очерки торакальной хирургии*. Киев, 1958.
3. Гафуров Х. Г. *Хирургия*, 1939, 8.
4. Гейнац С. В., Клещевникова В. П. *Труды VI пленума правл. Всесоюзн. о-ва хирургов*. Л., 1957.
5. Каменчик М. Г. *Вестн. хир.*, 1936, т. 42.
6. Краснов А. В. *Вестн. хир.*, 1957, 8.
7. Малюгина Т. А. *Сб. научн. раб. каф. норм. анат. под общ. ред. проф. М. Г. Привеса*. Л., 1948.
8. Млынчик В. Е. *Хирургия*, 1959, 11.
9. Наджаров А. Г. *Хирургия*, 1959, 11.
10. Петровский Б. В. *Хирургическое лечение рака пищевода и кардии*. Медгиз, М., 1950.
11. Розанов Б. С. *Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение*. М., 1960.
12. Русанов А. А. *Вестн. хир.*, 1960, 9; *Вестн. хир.*, 1961, 10.
13. Серебряников Л. В. *Тр. 1 хир. клин. Одесск. мед. ин-та*. Одесса, 1939.
14. Сигал М. З. *Трансиллюминация при операциях на желудке*. Медицина, М., 1964.
15. Сумин В. В. *Уч. зап. Горьковск. мед. ин-та им. С. М. Кирова, Горький*, 1961.
16. Федоткин Д. В. *Вестн. хир.*, 1961, 2; там же, 1964, 4.
17. Garlok J. H., Klein S. H. *Ann. Surg.*, 1954, 1.
18. Nakajama K. *Surgery*, 1954, 4.
19. Parker E., Jenkins Z. J. *thorac. Surg.*, 1955, 29.
20. Sweet R. *JAMA*, 1954, 5.
21. Usadel W. *Arch. klin. Chir.*, 1925, 4.
22. Wilson, Powers, Johnston. *Arch. Surg.*, 1956, v. 72.

УДК 616—073.75—006—616.36—616.37—616.342

ДУОДЕНОГРАФИЯ С МЕТАЦИНОМ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

А. М. Гришкевич

Рентгенологическое отделение Института хирургии им. А. В. Вишневского
АМН СССР (зав. — чл.-кор. АМН СССР проф. П. Н. Мазаев), Москва

Рентгенодиагностика органических и функциональных заболеваний двенадцатиперстной кишки разрабатывалась многими исследователями.

Porpel, Bgunschwig считают, что при рентгенологическом исследовании двенадцатиперстной кишки приблизительно у 30% больных, страдающих заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, можно обнаружить задержку эвакуации контрастной массы, сужение просвета кишки с наличием супрастенотического расширения ее луковицы, перестройку рельефа слизистой и наличие дефекта наполнения в области фатерова соска. По данным Mallet-Guy, Jacquemet, Liotta, выявление этих изменений облегчается при исследовании двенадцатиперстной кишки в состоянии искусственной гипотонии ее. Даже при отрицательных данных обычного рентгенологического исследования этот метод позволяет с уверенностью распознать рак ампулярной зоны.

В нашей стране этот метод впервые применили В. В. Виноградов и Г. И. Варновицкий в 1960 г., используя отечественный препарат метацин и новокаин.

Принятая в Институте хирургии им. А. В. Вишневского методика заключается в следующем.

Подготовленному для исследования желудочно-кишечного тракта больному вводят дуоденальный зонд без оливы в вертикальную ветвь двенадцатиперстной кишки под контролем рентгеноскопии. Гипотонию кишки вызывают парентеральным введением 3—4 мл 0,1% раствора метацина с последующим орошением слизистой кишки 10 мл 2% раствора новокаина. Через 20 мин. наступает расслабление мускулатуры всего тонкого кишечника, в частности двенадцатиперстной кишки. В горизонтальном положении больного двенадцатиперстную кишку через зонд шприцем Жане туго заполняют жидкой бариевой взвесью (200—250 мл). Производят рентгенограммы. В дальнейшем изучают рельеф слизистой двенадцатиперстной кишки. Для этого в кишку вводят около 300 мл воздуха, под давлением которого бариевая взвесь продвигается в нижележащие отделы тонкого кишечника, что дает возможность получить четкий пневморельеф слизистой при последующей дуоденографии.

Мы обследовали таким методом 29 больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, из которых рак поджелудочной железы был у 12, рак фатерова соска — у 5, рак общего желчного протока — у 7, рак двенадцатиперстной кишки — у 2, рак печени — у 1, киста поджелудочной железы — у 2.

У 24 больных была картина механической желтухи (содержание билирубина крови по Ван-ден-Бергу колебалось от 0,8 до 10 мг%). У большинства больных содержание билирубина крови не превышало 3—4 мг%. У одного больного раком головки поджелудочной железы и у одного с аденокарциномой фатерова соска было нормальное содержание билирубина крови, что побуждало сомневаться в правильности поставленного диагноза. Желтуха отсутствовала у двух больных с кистами поджелудочной железы и у больной с первичным раком двенадцатиперстной кишки. Обычные методы рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта позволили выявить у большинства обследованных нами больных лишь перестройку рельефа слизистой двенадцатиперстной кишки, дуоденостаз или, напротив, ускоренный пробег бариевой взвеси по вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки.

Только при помощи дуоденографии в состоянии искусственной гипотонии двенадцатиперстной кишки из 29 обследованных нами больных у 26 был поставлен точный топический диагноз, подтвержденный во время операций. При этом выявлена следующая рентгенологическая семиотика, характерная для различной локализации патологического процесса. При раке головки поджелудочной же езы отмечалось сужение вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки, ригидность медиальной стенки ее, реже — наличие полутени опухоли на фоне неизмененных складок слизистой. Прорастание опухоли в двенадцатиперстную кишку приводило к разрушению краеобразующих керкринговых складок. Только в одном наблюдении (из 12) было увеличение разворота «подковы» двенадцатиперстной кишки. Для рака фатерова соска характерно наличие дефекта наполнения с неровными контурами на медиальной стенке в средней трети вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки. При раке общего желчного протока удалось выявить ряд косвенных рентгенологических симптомов: так называемую Е-образную деформацию вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки и наличие полулунного вдавления на передне-правой стенке увеличенным желчным пузырем, что позволило в сочетании с клиническими данными поставить этот диагноз. Кисты поджелудочной железы давали значительное увеличение разворота двенадцатиперстной кишки с сужением вертикальной ветви ее без разрушения складок слизистой и оттеснением выходной части желудка кверху. Первичный рак двенадцатиперстной кишки был диагностирован нами на основании наличия дефекта наполнения с неровными контурами в одном случае в области вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки, а в другом — в нижнегоризонтальной ветви ее.

В трех наблюдениях, когда опухоль локализовалась в области печени или в общем печеночно-желчном протоке, при дуоденографии не было выявлено каких-либо изменений в области двенадцатиперстной кишки.

ВЫВОДЫ

1. Дуоденография в состоянии искусственной гипотонии двенадцатиперстной кишки показана при низкой обтурации общего желчного протока.
2. Дуоденография позволяет, как правило, дифференцировать механическую желтуху, вызванную опухолью, от желтухи при желчнокаменной болезни.
3. Дуоденография дает возможность в большинстве случаев обнаружить опухоли: фатерова соска, головки поджелудочной железы, терминального отдела общего желчного протока.
4. С целью ранней диагностики опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны необходимо производить дуоденографию при желтухе неясной этиологии.
5. Метод дуоденографии технически прост и не дает каких-либо осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варновицкий Г. И. и Виноградов В. В. Вестн. рентгенол. и радиол., 1960, 5. — 2. Виноградов В. В. и Варновицкий Г. И. Клин. мед., 1957, 4. — 3. Виноградов В. В. Заболевание фатерова соска. Медгиз, М., 1962; Опухоли и кисты поджелудочной железы. Медгиз, М., 1959. — 4. Выржаквская М. Ф. Рентгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки. Медгиз, М., 1963. — 5. Кудиш Б. М. Вестн. рентгенол. и радиол., 1929, 7. — 6. Левит В. С. Сов. хир., 1934, 5. — 7. Рейнберг С. А. и Сальман М. М. Клин. мед., 1960, 4. — 8. Brunshwig A. Ann. Surg., 1944, v. 120, p. 406. — 9. Liotta D. Lyon chir., 1955, v. 50, p. 455. — 10. Mallet-Guy P., Jacquemet P., Liotta D. Mem. Acad. Chir., 1958, 84, 32—33, p. 996. — 11. Poppel M., Maxwell a. o. The roentgen aspects of the papilla and ampulla of Vater. Springfield, 1953.