

О МЕТОДИКЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

В. А. Лисовский, Е. И. Тюрин и О. М. Крынский

Кафедра терапии (нач. — проф. З. М. Волынский) Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

В течение более 10 лет нами в целях дифференциальной диагностики заболеваний печени и селезенки применялось комплексное клинично-рентгенологическое исследование, включающее обзорную рентгенографию брюшной полости, пищевода и желудочно-кишечного тракта, а при наложении пневмоперитонеума по показаниям — и спленопортографию. Для выяснения диагностической ценности различных рентгенологических методов нами были подвергнуты анализу результаты обследования 112 больных в возрасте от 16 до 67 лет.

Методика наложения пневмоперитонеума и спленопортографии достаточно полно освещена в литературе [1, 4, 5, 14, 18]. Однако следует указать, что успехи диагностики зависят не столько от сложности применяемых рентгенологических методик, сколько от тщательности и последовательности их выполнения. Мы, как правило, начинали с обзорной рентгенографии брюшной полости, которая дает возможность составить впечатление о величине и положении этих органов. Иногда на обзорных рентгенограммах удается обнаружить патогномоничные симптомы некоторых заболеваний (камни желчных путей, обызвествления эхинококковых кист, люэтических гумм и др.). Так, у больной К., 54 лет, направленной в клинику по поводу гипертрофического цирроза печени, на рентгенограммах были обнаружены крупные обызвествленные образования в области селезенки, свидетельствующие о паразитарной природе заболевания.

Важным этапом является изучение желудочно-кишечного тракта. Хорошо известно, что такие симптомы, как желтуха, увеличение печени и асцит, отмечаются не только при циррозах печени, но и при других заболеваниях (первичные и метастатические опухоли печени, желчных путей и поджелудочной железы и др.). Рентгенологическое исследование дает возможность, с одной стороны, исключить новообразования желудочно-кишечного тракта и, с другой, выявить некоторые вторичные признаки заболеваний печени и портальной гипертензии (варикозное расширение вен пищевода и желудка, смещение толстой кишки, желудка и др.).

У больных с механической желтухой необходимо тщательно осмотреть нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки. Если не удастся отчетливо изучить ее положение, эластичность стенок и рельеф слизистой оболочки, то следует прибегнуть к ее искусственной гипотонии. Так же как и В. Н. Котляров (1966), мы используем шдающую методику дуоденографии с созданием гипотонии в конце обычного исследования желудка (путем подкожного введения атропина или внутривенного введения глюконата кальция). В результате у 5 наших больных с желтухой была обнаружена опухоль головки поджелудочной железы и у 3 — опухоль фатерова соска.

Пневмоперитонеум, по нашему мнению, следует производить: 1) для изучения характера печени и селезенки (отчетливо определяемых клинически); 2) если есть сомнения в достоверности данных, полученных при пальпации этих органов; 3) после удаления асцитической жидкости у больных с асцитом неясного происхождения. Наличие газа в брюшной полости позволяет детально изучить форму, размеры и эластичность печени и селезенки, а также выявить даже небольшое количество жидкости или спайки в брюшной полости. Для некоторых патологических процессов изменения органов настолько типичны, что во многом способствуют установлению диагноза.

Наиболее характерна рентгенологическая картина при атрофическом циррозе печени (уменьшенная, мелкозернистая печень, увеличенная селезенка), люэтическом циррозе (дольчатая печень с наличием спаек и иногда обызвествленных гумм, увеличенная селезенка), паразитарных кистах (увеличенная, неровная печень, увеличенная селезенка, особенно при наличии округлых обызвествлений), метастазах раковых опухолей (увеличенная неровная или бугристая печень, нормальная селезенка). За увеличенную печень или селезенку нередко принимаются крупные опухоли, расположенные в верхнем отделе живота и прилежащие к этим органам. Так, в одном из наших наблюдений ранее длительно расценивалась как увеличенная печень огромная опухоль надпочечника, а в другом — массивная опухоль забрюшинного пространства (тератома). В начале применения методики нами была произведена спленопортография больной с предполагаемой спленомегалией, однако контрастное вещество попало не в селезенку, а в почку, пораженную гипернефромой. Поэтому в неясных случаях для уточнения характера и локализации пальпируемого образования необходимо исследование в условиях пневмоперитонеума.

Значительные диагностические трудности возникают при наличии у больных асцита, когда пальпация печени и селезенки, а также полноценное рентгенологическое исследование пищеварительного тракта невозможны. В таких случаях целесообразно изменить

порядок обследования и сделать вначале пункцию брюшной полости с удалением жидкости и последующим наложением пневмоперитонеума. Рентгенологическое исследование в этих условиях в ряде случаев выявляет патогномичные признаки некоторых заболеваний печени.

У 6 больных при исследовании в условиях пневмоперитонеума после удаления асцитической жидкости было обнаружено метастатическое поражение печени (большие размеры, неровная, бугристая поверхность, нормальная селезенка). Спленопортография дает возможность детально изучить состояние сосудов воротной и селезеночной вен, печени и в некоторых случаях селезенки. Следует отметить, что в связи с упрощением методики исследования в виде одномоментной спленопортографии [1, 8, 15] она получила широкое распространение. В ряде случаев ее стали применять даже в качестве самостоятельного метода без необходимого предшествующего рентгенологического обследования. Это привело к тому, что увеличилось число наблюдений «ошибочных» спленопортографий, произведенных при опухолях почки, кистах поджелудочной железы и др. заболеваниях [11].

Помимо этого в литературе появились сообщения о серьезных опасностях и осложнениях чрескожной спленопортографии, которые в ряде случаев требовали срочных оперативных вмешательств [3, 10, 16, 19 и др.]. По-видимому, правы те авторы, которые считают, что к спленопортографии следует прибегать после того, как исчерпаны все возможности более простых диагностических методов, и проводить ее непосредственно перед операцией [13].

При анализе литературных данных обращает на себя внимание то обстоятельство, что спленопортография более чем в 50% производилась у больных с атрофическими циррозами печени. Нам представляется, что широкое применение такого далеко не безопасного метода, каким является спленопортография у этой категории больных, не имеет оснований. Как уже указывалось, более простые рентгенологические методы исследования позволяют уверенно распознавать это заболевание. Следует также указать на определенные затруднения, возникающие при трактовке спленопортограмм без предшествующего рентгенологического исследования. Так, например, отсутствие контрастирования воротной вены при атрофическом циррозе печени иногда неверно истолковывается как результат ее тромбоза, что приводит к ненужной, а иногда вредной спленэктомии. Если в первые годы спленопортография довольно широко применялась в нашей клинике при различных заболеваниях гепатодуоденальной системы, то в настоящее время мы прибегаем к ней только в тех случаях, когда клинико-рентгенологические исследования с применением пневмоперитонеума не дают возможности определить характер патологического процесса в системе воротной вены. Спленопортография применялась нами главным образом при спленогенных циррозах печени и некоторых заболеваниях селезенки.

В заключение необходимо отметить большую диагностическую ценность комплексного клинико-рентгенологического исследования в дифференциальной диагностике заболеваний гепатодуоденальной системы при условии последовательного применения рентгенологических методов, начиная с самых простейших.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапов Б. М. Тер. арх., 1963, 3. — 2. Закржевский Е. Б. Пункционная биопсия печени. Медгиз, Л., 1960. — 3. Звягин Л. М. Клини. мед., 1966, 2. — 4. Зодиев В. В., Скалдин П. В., Евстигнеева Т. П. Вестн. рентгенол., 1955, 2. — 5. Картавова В. А., Корякина Т. О., Пчелина Е. А. Вестн. хир., 1955, 4. — 6. Котляров В. Н. Вестн. рентгенол., 1966, 4. — 7. Линденбратен Л. Д. Рентгенологическое исследование печени и желчных путей. Медгиз, Л., 1953. — 8. Лисовский В. А., Астапов Б. М. Тер. арх., 1964, 2. — 9. Логинов А. С. Клини. мед., 1962, 3. — 10. Лыткин М. И. и др. Вестн. хир., 1966, 2. — 11. Новикова Э. З. Вестн. рентгенол., 1961, 4. — 12. Простяков К. М., Беюл Е. А. Тер. арх., 1964, 2. — 13. Симонов В. В., Быков В. С. Клини. мед., 1966, 10. — 14. Шишкин В. П., Мазаев П. Н. Спленопортография. Медгиз, М., 1962. — 15. Штерн Б. М. Вестн. рентгенол., 1964, 5. — 16. Эндер Л. А., Обухов В. А. Хирургия, 1963, 3. — 17. Браилски Х. Тер. арх., 1961, 11. — 18. Boulin R. a. o. Acta gastroent. belg., 1951, 14, 795. — 19. Reynolds T. B. a. o. JAMA, 1955, 158, 478. — 20. Sherlock S. Diseases of the Liver and Biliary System. Oxford, 1955.