



Рис. 4. То же наблюдение. Пневмогастрография: дополнительно выявляется утолщение стенки желудка по малой кривизне в проксимальном направлении от тени опухоли вплоть до кардиального жома (смешанная изъязвленная опухоль).

Фиброгастроскопия: чашеобразная опухоль диаметром 7 см, расположена в 4 см от кардиального жома. За опухоль аппарат не проводился из-за опасности контактного кровотечения из изъязвления.

Операция — гастрэктомия. Препарат: в теле желудка имеется чашеобразная опухоль, размеры изъязвления $3,5 \times 3,5 \times 2,0$ см, в проксимальном направлении вплоть до кардиального жома обнаруживается подслизистая инфильтрация стенки (смешанная изъязвленная опухоль).

Данное наблюдение показывает эффективность пневмогастрографии, которая помогла выявить инфильтративный компонент опухоли, протяженность ее и проксимальную границу. Пневмогастрография оказалась более точной по сравнению не только с обычным рентгенологическим исследованием, но и с фиброгастроскопией, при которой не удалось определить инфильтративный компонент опухоли и установить дистальную границу новообразования.

Мы полагаем, что приведенный анализ эффективности отдельных рентгенологических методов поможет применять их рационально в зависимости от конкретной диагностической ситуации.

ВЫВОДЫ

1. Применение различных рентгенологических методов одновременно или последовательно дает возможность до операции получить детальную характеристику опухоли в отношении формы роста, ее протяженности и границ распространения в желудке.
2. Протяженность опухоли наиболее точно определяется с помощью пневмогастрографии, особенно при новообразованиях размером свыше 5 см, при опухолях до 5 см в диаметре более эффективными оказываются фармакологические пробы.
3. Форма роста новообразования наиболее точно выявляется с помощью контрастного исследования. Пневмогастрография позволяет получить дополнительные данные в отношении инфильтрации стенки желудка при эндофитных и смешанных формах опухолей. Небольшие экзофитные опухоли кардиального и субкардиального отделов лучше обнаруживаются с помощью двойного контрастирования.
4. Проксимальная граница опухоли наиболее точно определяется при пневмогастрографии, данные функциональных проб приближаются к этим результатам.
5. Дистальная граница одинаково точно устанавливается с помощью пневмогастрографии, функциональных проб и обычного контрастного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П. В. Клинико-рентгенологическая семиотика рака желудка. М., Медицина, 1974.

Поступила 12 июля 1983 г.

УДК 616.61—073.75

АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Р. Х. Галеев

Кафедра урологии (зав.— доц. В. С. Гирфанов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Среди рентгенологических методов диагностики в урологии видное место занимает почечная ангиография. Помимо точного и детального представления о состоянии сосудистой сети органа, позволяющей косвенно судить о возможных болезненных изменениях в нем, ангиография характеризует состояние внеорганных сосудов, выявляет возможные варианты и патологию с их стороны.

Мы провели ангиографические исследования у 120 больных посредством чрезкожной катетеризации брюшной аорты через бедренную артерию по Сельдингеру

Таблица 1

Ангиография при различных заболеваниях почек и сосудов

Формы заболеваний	Число больных	
	мужчин	женщин
Опухоли почек	18	14
Аномалии почек и верхних мочевых путей	10	11
аплазия	3	2
дистопия поясничная	1	2
дистопия подвздошная	1	2
подковообразная почка	2	1
гипоплазия	1	0
рудиментарная почка	1	—
мультикистоз почки	—	1
Воспалительные заболевания и туберкулез мочевой системы	4	2
Гипертоническая болезнь	29	25
Реноваскулярная гипертензия:	9	6
атеросклеротический стеноз	8	3
фибромускулярный стеноз	—	3
панартериит аорты и ее ветвей	1	—
Всего	62	58

(110 ангиограмм), которую при необходимости дополняли селективной артериографией (20 ангиограмм). У 10 больных была выполнена транслюмбальная аортография по общепринятой методике. В таблице 1 представлены заболевания, при которых производили почечную ангиографию. При анализе ангиограмм были установлены различные варианты отхождения артерии от аорты (табл. 2).

В ряде случаев, когда другие виды исследования оказываются неинформативными, ангиография является единственным средством постановки правильного диагноза. Так, из 32 обследованных по поводу опухолей у 14 диагноз был поставлен только на основании ангиограмм, поскольку другие методы исследования (экскреторная урография, ретропневмоперитонеум) не давали убедительных данных о наличии опухоли почек. С помощью обычных методов исследования затруднена диагностика различных видов аномалий почек и верхних мочевых путей. Методом выбора в таких случаях также является ангиография. 5 больным с аплазией почки, одному больному с рудиментарной почкой и одному с мультикистозной почкой только ангиографический метод исследования позволил поставить правильный диагноз.

Большой интерес представляют полюсные или добавочные почечные артерии вследствие возможных нарушений уродинамики. Как видно из табл. 2, полюсные артерии обнаружены у 11 больных. При

этом у 2 из них добавочная почечная артерия входила в паренхиму почки в пределах верхнего полюса, а у остальных — нижнего. Как известно, среди внешних причин, вызывающих нарушения проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента, ведущими являются нижнеполюсные добавочные сосуды. В наших наблюдениях, разные стадии уродинамики с гидронефротической трансформацией обнаружены у 5 больных с добавочными артериями почки.

У одного больного на экскреторной урограмме констатирована гидронефротическая трансформация почки справа. На аортограмме определялось наличие добавочной артерии, идущей от чревного ствола и вхолившей в нижний полюс почечной паренхимы, в верхней же половине почки распределялись ветви артерии, отходившей непосредственно от аорты. Оба сосуда на ангиограмме имели одинаковые размеры и по своему ходу перекрещивались. Из них артерия, подходящая к нижнему полюсу почки, вызывала гидро-

Таблица 2

Варианты отхождения почечной артерии от аорты на ангиограммах у больных

Варианты отхождения	мужчины			женщины		
	справа	слева	двустороннее	справа	слева	двустороннее
Единственная почечная артерия	7	8	28	10	5	27
Удвоенная почечная артерия	2	3	3	2	3	—
Двойная почечная артерия	3	1	—	1	2	—
Полюсная или добавочная артерия	2	2	1	2	4	—
Тройная почечная артерия	1	—	—	—	1	—
Более трех	1	—	—	1	—	—
Всего	16	14	32	16	15	27

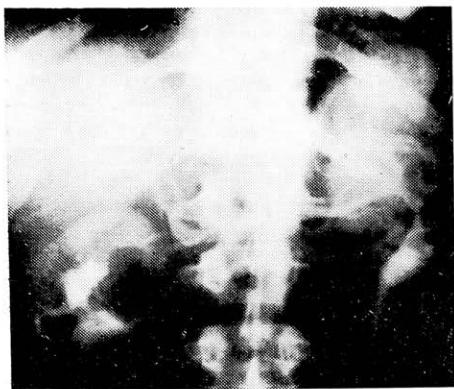


Рис. 1. Нижнеполюсная добавочная почечная артерия, берущая начало от общей печеночной артерии.

Как видно из табл. 1, у 15 из 61 больного были обнаружены поражения почечной артерии. Наиболее частой причиной реноваскулярной гипертонии являлся атеросклеротический стеноз почечной артерии, установленный у 11 больных. Эти изменения у одного больного выражались в виде двустороннего поражения почечной артерии атеросклеротическим процессом, который проявлялся и в бедренной артерии. По этой причине больному не удавалось провести чрескожную катетеризацию данной артерии и была выполнена транслюмбальная аортография, на которой был обнаружен атеросклеротический стеноз нижней ветви правой удвоенной почечной артерии и верхней ветви левой удвоенной артерии.

Фибромускулярный стеноз был выявлен у женщин молодого возраста (у 3).

Панартериит аорты и ее ветвей считается довольно редкой сосудистой патологией. Он был констатирован у одного больного (рис. 2). На аортограмме виден стеноз почечной артерии в месте ее разветвления на расстоянии 1 см от аорты, а слева локализован тромбоз левой почечной артерии, расположенной на 2 см дистальнее аорты. Операция с ревизией почечных сосудов слева подтвердила ангиографические данные.

Из осложнений при ангиографии наблюдались небольшая подкожная гематома (у 10) и пульсирующая подкожная обширная гематома, появившаяся у одного больного на 2-й день после манипуляции из-за нарушения постельного режима (АД — 34,7/18,7 кПа).

Таким образом, почечная ангиография оказалась исключительно ценным методом исследования в диагностике опухолей почек и реноваскулярной гипертонии, а также других заболеваний этого органа.

нефротическую трансформацию почки за счет перекреста прилоханочного отдела мочеточника (рис. 1). Полученные данные в дальнейшем были подтверждены в процессе операции.

Как известно, почечная ангиография является единственным решающим методом диагностики реноваскулярной гипертонии. Мы провели 61 больному ангиографию для определения причины артериальной гипертонии. Показаниями к ангиографическим исследованиям были злокачественная гипертония, не поддающаяся консервативному лечению, отсутствие наследственной гипертонии, предыдущая операция на почке, боли в области поясницы и др. Экскреторную урографию проводили через 30 с, 1, 2, 3, 5, 15 мин после ангиографии. Такой объем исследования позволял исключить возможные технические ошибки в диагностике поражения почечных артерий.

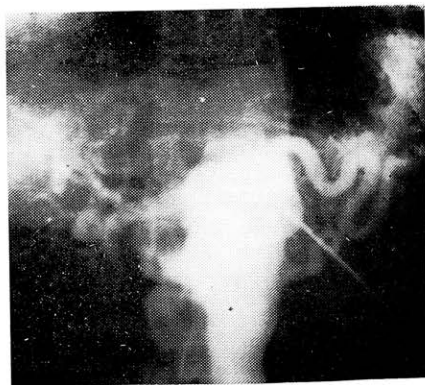


Рис. 2. Панартериит аорты и почечных артерий.

Поступила 28 февраля 1984 г.