

А.Н. Кишковский

**Дифференциальная рентгенодиагностика в
гастроэнтерологии**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
А11

А11 **А.Н. Кишковский**
Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии / А.Н. Кишковский – М.: Книга по Требованию, 2023. – 277 с.

ISBN 978-5-458-39226-6

В руководстве изложены принципы и основные этапы дифференциальной рентгенодиагностики заболеваний и повреждений пищеварительного тракта (от симптома до определения конкретной болезни), а также выделены ведущие рентгенологические симптомы и синдромы, лежащие в ее основе. Последовательно изложена дифференциальная рентгенодиагностика аномалий и пороков развития пищевода, желудка и кишечника, нарушений их функции, а также органических поражений этих органов с учетом характера патологического процесса, его локализации и протяженности. Отдельные главы посвящены дифференциальной рентгенодиагностике повреждений, некоторых острых заболеваний и послеоперационных осложнений. Во всех разделах представлены примерные схемы анализа рентгенологических данных с целью облегчить дифференциальную диагностику конкретных патологических процессов в пищеводе, желудке и кишечнике. Книга предназначена для рентгенологов.

ISBN 978-5-458-39226-6

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

должен составить ориентировочный план, в который могут включаться обычные и специальные методики рентгенологического исследования. При этом необходимо решить, какие наименее обременительные для больного методики и в какой последовательности целесообразно применить, чтобы получить наиболее объективную информацию. По ходу исследования в зависимости от характера получаемых данных в первоначально намеченный план могут вноситься соответствующие коррективы и дополнительно включаться более сложные исследования (или методические приемы), позволяющие получить недостающую для установления диагноза информацию.

Все результаты должны быть подвергнуты клинико-рентгенологическому анализу. В случае расхождения между клиническими и рентгенологическими данными надо вновь провести рентгенологическое исследование через несколько дней. Однако повторное исследование не должно быть точной копией предыдущего. Его необходимо направить прежде всего на уточнение достоверности обнаруженных ранее признаков, а также на выявление новых, способных объяснить имеющуюся клиническую картину. В зависимости от конкретных задач в план повторного рентгенологического исследования также могут включаться дополнительные (специальные) методики, способные разрешить возникшие дифференциально-диагностические трудности. Если же и после этого остаются сомнения, необходимо прибегнуть к эндоскопии с биопсией, позволяющей обычно не только дополнить, но и уточнить полученные рентгенологические данные.

При последующем рентгенологическом наблюдении оценивают динамику выявленного патологического процесса, документируя новые фазы развития заболевания, возникновение и развитие осложнений, исход болезни. Получаемая информация о больном облегчает разработку в процессе лечения оптимальной тактики применительно к стадиям и вариантам течения конкретной болезни с учетом достигнутого терапевтического эффекта. Кроме того, динамическое рентгенологическое наблюдение за течением болезни позволяет объективно оценить ее исход, так как не всегда при лечении заболеваний наступившее клиническое благополучие совпадает с полной ликвидацией анатомических изменений. Завершив обследование больного и получив необходимые сведения о болезни, переходят к углубленному логическому анализу имеющихся симптомов, т. е. непосредственно к распознаванию патологического процесса (состояния) и постановке диагноза.

ЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Анализ полученной информации складывается из нескольких последовательных этапов: выделения рентгенологических симптомов, несвойственных норме (разграничение нормы и патологии), истолкования их скиалогической картины с анатомической и физиологической точки зрения, сопоставления рентгенологических данных с результатами клинических и применявшихся ранее рентгенологических исследований и проведения общей дифференциальной диагностики, завершающейся диагностическим заключением (выводы).

Рентгенологические симптомы выявляют путем тщательного сопоставления полученного в процессе исследования изображения частей тела (органов) с их нормальной картиной. При этом учитывают многочисленные индивидуальные варианты развития органов, подвергающихся исследованию. После общей оценки состояния исследуемого органа переходят к углубленному изучению каждой детали его изображения, особенно тех структур, в которых, если судить по данным анамнеза, жалобам и клиническим проявлениям, наиболее вероятны патологические изменения. При этом фиксируют малейшие отклонения от свойственной данному органу возрастной и типовой нормы. С целью выяснения общего характера патологического процесса стремятся определить субстрат тех рентгенологически проявившихся изменений, которые были обнаружены при рентгенологическом исследовании, иными словами, пытаются установить патологоанатомическую и патофизиологическую сущность рентгенологических симптомов. В процессе последующего сопоставления рентгенологических данных с клиническими выясняют ведущие симптомы, способствующие своевременному и достоверному распознаванию заболевания, фазы его течения, осложнений.

Этапы дифференциальной диагностики. Дифференциальная рентгенодиагностика болезней и повреждений пищеварительного тракта осуществляется также в несколько этапов. В основе первого этапа лежат углубленные представления о нормальных и патологических рентгеноанатомических и рентгенофункциональных особенностях пищеварительного тракта. Анализируя полученные рентгенологические данные, их достоверность и диагностическое значение, важно прежде всего решить, соответствуют ли эти данные норме, варианту развития, аномалии или же свидетельствуют о патологическом поражении исследуемого органа (схема 1).

Схема 1



Если имеющаяся информация позволяет исключить патологию, то уже на этом этапе дифференциальная диагностика заканчивается и делается соответствующий вывод об отсутствии патологических изменений. Следует иметь в виду, что некоторые варианты и аномалии развития пищеварительного тракта могут сопровождаться функциональными нарушениями, обуславливающими жалобы больного и клиническую картину. Своевременное и правильное распознавание подобных нарушений развития позволит точно установить причину жалоб, а также избежать ошибочного толкования рентгенологической картины в тех случаях, когда данная аномалия протекает бес-

симптомно или сочетается с другим патологическим процессом. Если же вопрос в самых общих чертах решен в пользу патологического процесса, то возникает необходимость в дальнейшем выяснении ряда более конкретных вопросов, относящихся к всесторонней качественной и количественной оценке этого процесса (состояния). На втором этапе диагностики необходимо разграничить функциональные и органические патологические изменения.

К функциональным изменениям, которые могут служить поводом для проведения дифференциальной диагностики с органическими патологическими процессами, следует отнести прежде всего спастическое сокращение группы мышц пищевода, желудка или кишечника. Такое сокращение может наступить в любом отделе органа, однако подобные спазмы чаще всего наблюдаются в области физиологических сужений и сфинктеров. Спазм мышц желудка может явиться следствием кортико-висцеральных нарушений, психических состояний у невропатов, канцерофобов, лиц, перенесших психическую травму, и т. п. Нередко он возникает рефлекторно при заболеваниях и повреждениях самого органа либо других отделов пищеварительной системы (желчный пузырь, поджелудочная железа, червеобразный отросток слепой кишки и др.). В оценке таких спазмов ведущее значение приобретает выяснение сущности основного патологического процесса, вызвавшего регионарный спазм мышц исследуемого органа.

Чтобы получить убедительные данные, позволяющие разграничить функциональные и органические патологические изменения, необходимо в процессе рентгенологического исследования пищеварительного тракта прибегать к следующим методическим приемам: 1) заполнению органа контрастным веществом в различной степени; 2) исследованию в различных положениях больного с применением функциональных проб и дозированной компрессии; 3) использованию фармакологических препаратов (фармакорентгенодиагностика, фармакодинамические тесты); 4) повторному исследованию (через 24 ч или после специальной подготовки, или медикаментозного лечения больного).

Наряду с тщательным анализом нарушений тонуса и эластичности сравнительному изучению подвергают все рентгенологические данные, свидетельствующие об изменениях моторно-эвакуаторной и секреторной функций. Установив характер имеющихся функциональных нарушений, определяют степень их выраженности (умеренные или сильные, ограниченные или распространенные) и убеждаются в отсутствии (или наличии) сопутствующих органических изменений в пищеварительном тракте или в смежных органах, которые могут быть причиной этих нарушений. Дифференциально-диагностический процесс на этом этапе заканчивается, если рентгенолог сделал обоснованный вывод о наличии у данного больного лишь «чисто функциональных» нарушений.

При выявлении признаков, свидетельствующих об органическом поражении пищевода, желудка или кишечника, переходят к следующему (третьему) этапу дифференциальной диагностики — определению сущности имеющихся патологических из-

менений. Он начинается с выделения ведущего рентгенологического синдрома, т. е. с межсиндромной дифференциальной диагностики [Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б., 1971]. Следует исключить все общепатологические процессы, при которых данный синдром не встречается. Затем, ориентируясь по ведущим признакам каждого синдрома, необходимо провести внутрисиндромную (межгрупповую) дифференциальную диагностику общепатологических процессов, которые могут обусловить данный синдром. При этом исключают наименее вероятные процессы и оставляют для дальнейшего изучения лишь несколько (группу) весьма сходных между собой заболеваний. После этого путем последовательного перебора синдромов оставшихся заболеваний проводят их внутригрупповую дифференциальную диагностику и обосновывают диагноз. Если же имеющаяся информация оказалась недостаточной для преодоления дифференциально-диагностических трудностей, проводят дополнительные рентгенологические или другие (инструментальные, морфологические и т. п.) исследования.

Ведущий синдром может быть обусловлен как патологическими процессами, исходящими из пищевода, желудка или кишечника, так и поражениями соседних с ними органов. В ряде случаев стенка исследуемого органа может поражаться вторично вследствие перехода воспалительного процесса, а также прорастания ее злокачественной опухолью, исходящей из тканей и органов, расположенных вблизи пищевода, желудка или кишечника. Для облегчения диагностики важно определить, где находится патологическое образование, обуславливающее данную рентгенологическую картину,— в пищеварительном тракте (в просвете или стенке органа) или вне его. Ориентировочно локализацию выявленных патологических изменений определяют в процессе полипозиционного рентгенологического исследования пищеварительного тракта, применяя различные способы его контрастирования (прием контрастного вещества внутрь, введение его в полость органа с помощью зонда или клизмы и др.), функциональные пробы, томографию и другие методики и методические приемы.

Патологический процесс вне пищеварительного тракта. Патологическое образование, деформирующее пищевод, желудок или кишечник без перехода процесса на их стенку, находится вне органа, если оно: 1) вдавливая стенку, смещает орган в противоположном направлении (степень смещения и его преимущественное направление определяются характером роста и размерами патологического образования, его локализацией, а также конкретными анатомопографическими особенностями исследуемой области); 2) изменяет форму и размеры вдавления при исследовании в вертикальном и горизонтальном положении, а также при дозированной компрессии; 3) не изменяет нормальную структуру рельефа слизистой оболочки органа; 4) не нарушает эластичность и сократительную способность его стенок; 5) не влияет на четкость и ровность контуров стенки на уровне вдавления; 6) с несомненностью может быть отнесено к другим органам средостения, брюшной полости или забрюшинного пространства.

Если же опухоль, исходящая из соседних тканей или органов, прорастает стенку пищевода, желудка или кишки, вызывая их деформацию, могут возникнуть большие дифференциально-диагностические трудности. Решающее значение при этом имеет сочетание деструкции стенки со значительным смещением и фиксацией исследуемого органа. В этих случаях поражение обычно ограничивается стенкой, обращенной в сторону патологического образования, вызывающего смещение и деформацию. Однако если смещение органа незначительно, а деструкция его стенки выражена резко, отличить этот экстраорганный процесс от рака пищевода, желудка или кишечника, растущего в сторону средостения, брюшной полости или забрюшинного пространства, при обычном рентгенологическом исследовании практически не представляется возможным. В подобных случаях, а также при наличии других дифференциально-диагностических трудностей приходится прибегать к более сложным исследованиям (париетография, ангиография, компьютерная томография и др.). После того как решен вопрос о локализации патологического процесса в одном из соседних с пищеводом, желудком или кишечником органов, переходят к более точной анатомо-топографической оценке имеющихся изменений с указанием размеров патологического очага (очагов) и точной его локализации в пораженном органе (средостение, брюшная полость или забрюшинное пространство). Наличие этой информации значительно облегчает последующее определение на основании рентгенологических синдромов характера общепатологического процесса, а также конкретной болезни, ее формы, осложнений и исходов. Дифференциально-диагностические приемы, целесообразные в подобных случаях, приведены на схеме 2.

Патологический процесс в пищеварительном тракте. Установив, что патологический процесс локализуется в пищеварительном тракте, необходимо по рентгенологическим данным определить более точно его топографию: находится он в просвете пищевода, желудка или кишечника или же относится к их стенке (схема 3). Патологическое образование находится в просвете пищевода, желудка или кишечника, если оно не изменяет форму и положение органа: не нарушает нормальную структуру рельефа слизистой оболочки, эластичность стенок и их перистальтическую деятельность, смещается в широких пределах при пальпации и изменении положения больного, исчезает при повторных исследованиях или после промывания желудка или кишечника, очистительной клизмы и других манипуляций. Патологическое образование относится к стенке пищевода, желудка или кишечника, если оно стойко деформирует просвет, не вызывая смещения органа, изменяет структуру рельефа слизистой оболочки или полностью ее разрушает, нарушает вплоть до полной потери эластичность и сократительную способность стенки, не выводится за пределы контуров исследуемого органа при полипроекционном исследовании, существенно не меняет форму и размеры при исследовании в вертикальном и горизонтальном положениях больного.

Положительно решив вопрос о локализации патологических изменений, например, в стенке желудка, тем самым исключают все другие заболевания, которым данная топография не свойственна, и при-

Схема 2

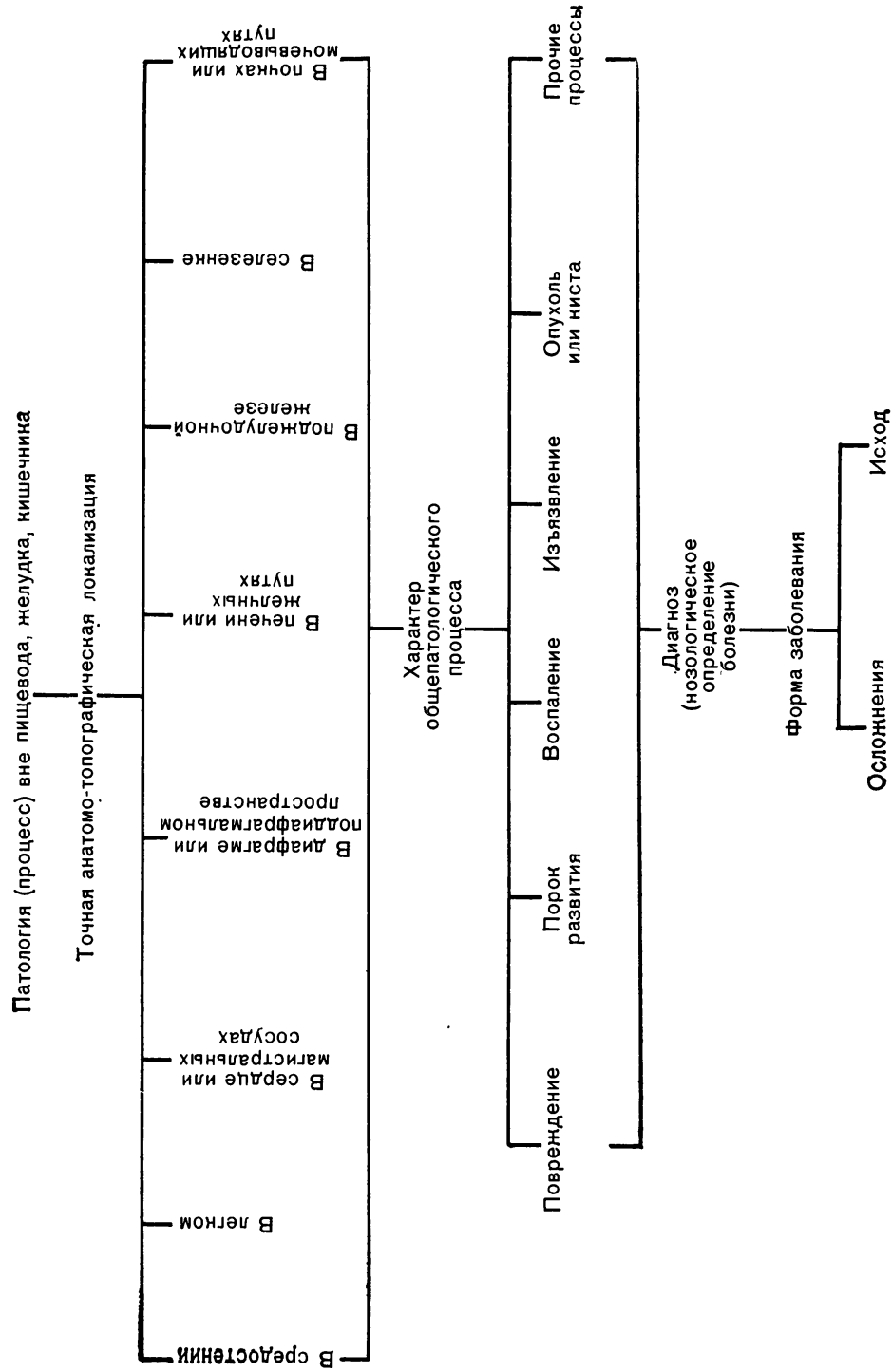
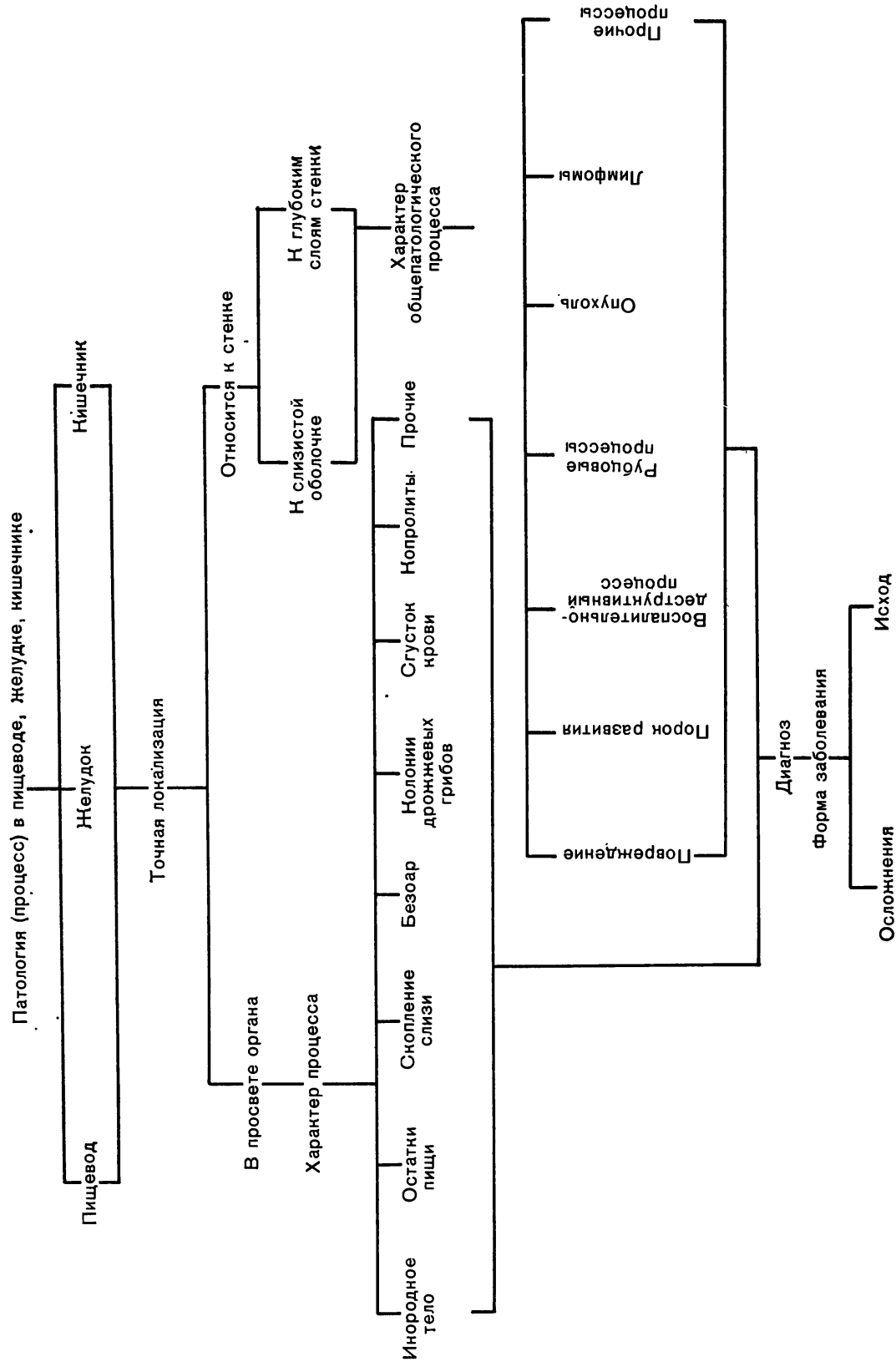


Схема 3



ступают к определению на основании рентгенологических симптомов характера общепатологического процесса (повреждение, порок развития, воспаление, изъязвление, опухоль и т. п.). Конкретные сведения по этим вопросам приведены в специальных главах применительно к ведущим рентгенологическим синдромам при заболеваниях и повреждениях пищевода, желудка и кишечника. Здесь же уместно остановиться лишь на общих принципах разделительной диагностики с учетом локализации патологических изменений.

Определив наиболее вероятный общепатологический процесс, приступают к разграничению групп заболеваний и отдельных заболеваний, имеющих одинаковый общепатологический характер. Ниже приводятся примерные схемы дифференциально-диагностического анализа ряда общепатологических процессов пищеварительного тракта, в основу которых положены основные принципы разработанной Л. Д. Линденбратеном и Л. Б. Наумовым (1972) системы разделительной диагностики заболеваний легких (схема 4).

Схема 4

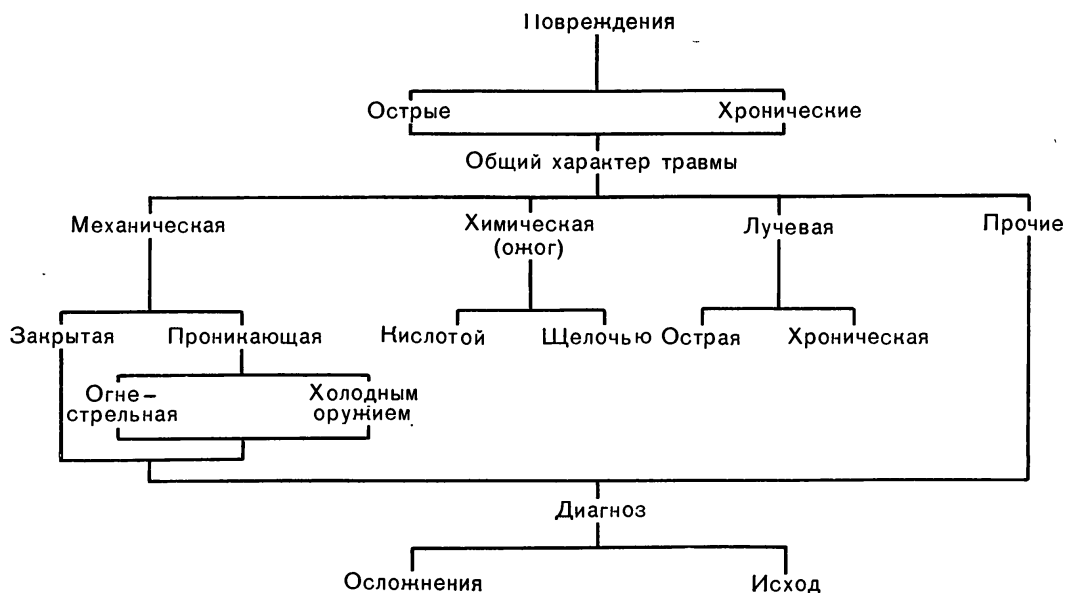


Схема этапов отличительного распознавания аномалий (пороков) развития пищеварительного тракта может выглядеть так (схема 5):

Схема 5

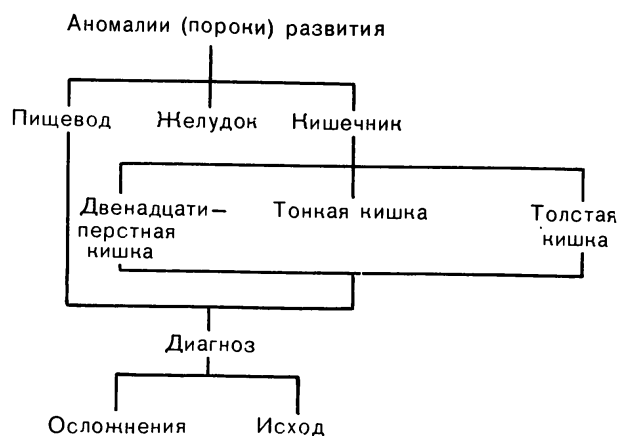
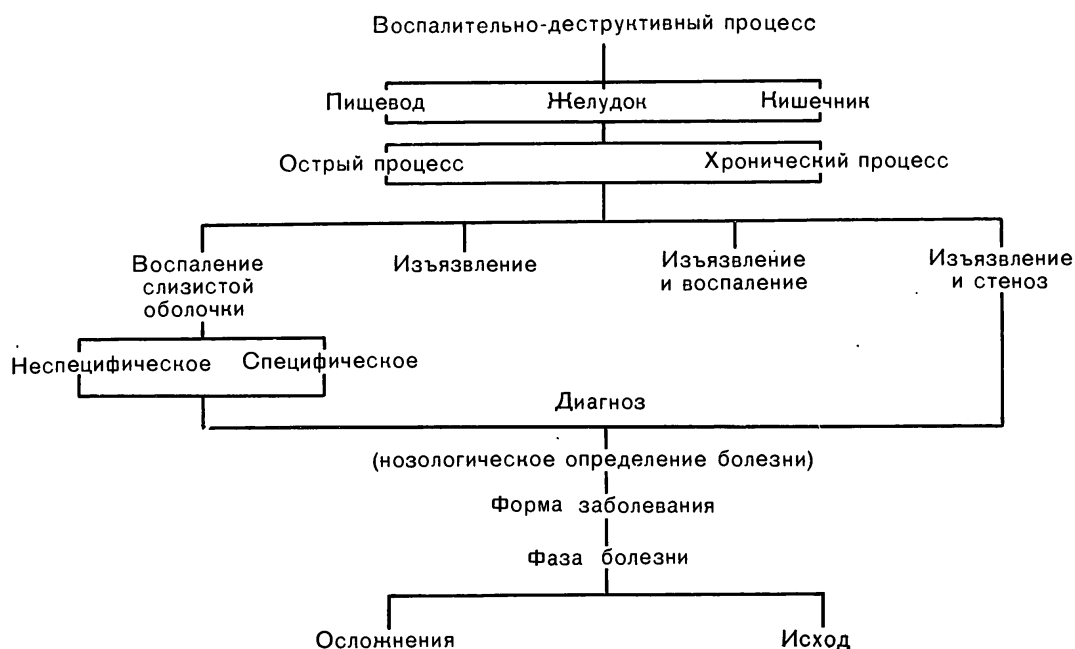


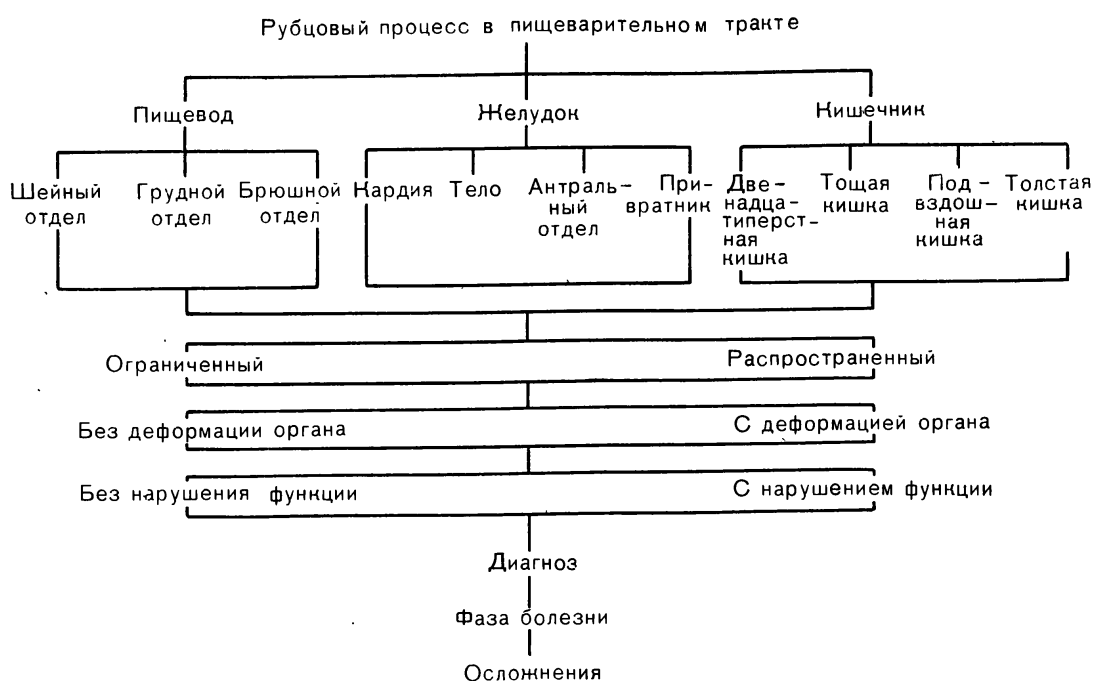
Схема 6

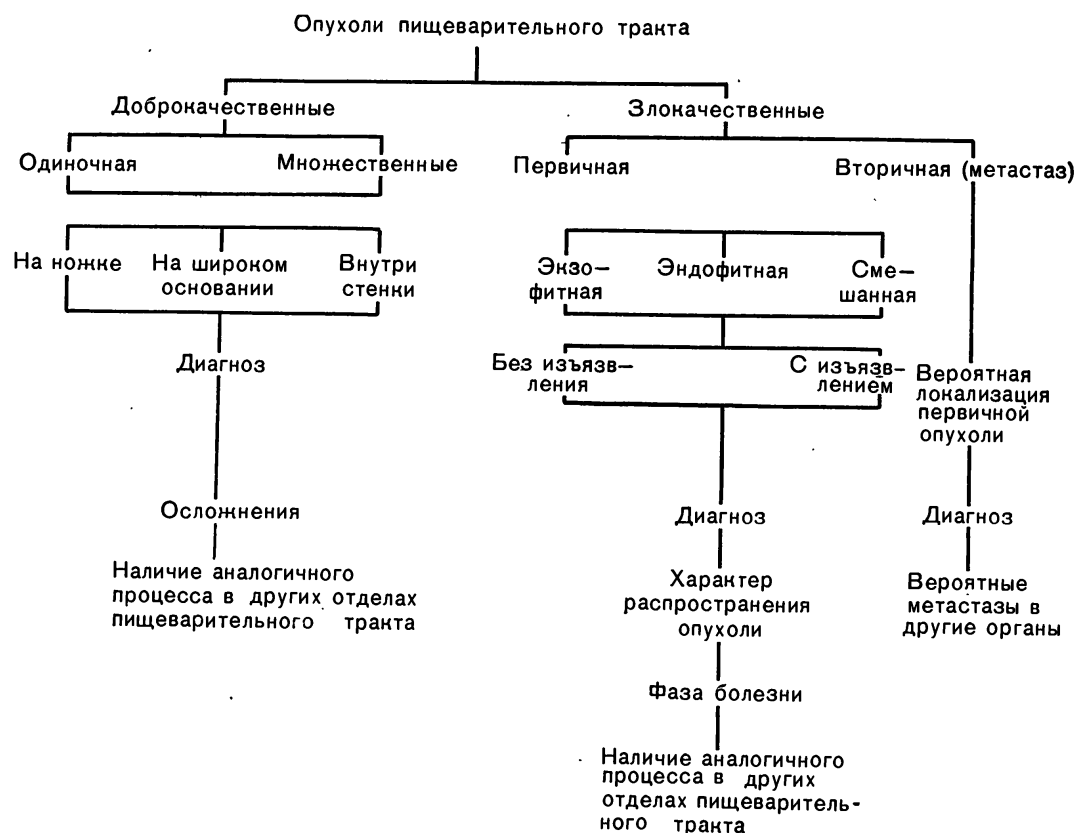


Необходимо иметь в виду, что аномалии пищеварительного тракта часто сочетаются с аномалиями и пороками развития других органов и систем. В ряде случаев это может существенно облегчить их дифференциальную диагностику.

Анализируя рентгеносемиотику воспалительно-деструктивного общепатологического процесса, учитывают, что воспалительные измене-

Схема 7





ния слизистой оболочки могут ограничиваться одним органом или только его частью (эзофагит, гастрит, дуоденит и т. п.), иметь диффузный характер (гастродуоденит, энтероколит и т. п.), а также сочетаться с одиночными или множественными изъязвлениями (схема 6). При разграничении рубцовых и опухолевых поражений обычно придерживаются следующей последовательности анализа имеющихся данных (схемы 7, 8).

С большими трудностями сопряжена дифференциальная диагностика поражений пищеварительного тракта при системных заболеваниях. Анализ рентгенологических данных осуществляют с учетом результатов клинического и лабораторного обследования больного, придерживаясь следующей последовательности (схема 9).

Таким образом, выявление патологического образования влечет за собой поэтапный отличительный анализ данных о больном. Каждый последующий этап рассуждений должен вытекать из предыдущего и заканчиваться установлением конкретного диагноза, а также определением фазы, осложнений или исхода болезни. Желательно идти по пути разделительной диагностики, вначале установив общепатологический характер процесса и лишь после этого — конкретное заболевание.

Однако при наличии ведущего рентгенологического синдрома (особой приметы, по Л. Д. Линденбрантену и Л. Б. Наумову, 1972)