

ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ – ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Б.А. Авасов

Представлен анализ объемных образований печени при ультразвуковом обследовании и компьютерной томографии у больных альвеококкозом, эхинококкозом и гемангиомой печени. Даны дифференциально-диагностические признаки объемных образований печени.

Ключевые слова: печень; альвеококкоз; эхинококкоз; гемангиома; диагностика; ультразвуковое исследование; компьютерная томография.

Диагностика объемных образований печени сложна, так как клинические проявления заболевания появляются лишь при обширном поражении печени [1, 2]. Эта патология заслуживает внимания тем, что многие исследователи отмечают значительный рост заболеваемости, но нельзя исключить и совершенствование методов диагностики [3, 4]. Ранее диагноз ставился на основании данных объективного обследования больных и обзорной рентгенографии брюшной полости, но с появлением аппаратов УЗИ и КТ появилась возможность детально исследовать печень и определять характер заболевания [5, 6]. Несмотря на накопленный опыт, отсутствуют описания дифференциально-диагностических признаков, свой-

ственных отдельным нозологическим группам больных. Идет накопление материала по изучению особенностей ультразвуковой картины объемных образований печени, что позволит разработать единую тактику и подходы к лечению этой группы больных.

Цель работы – представить результаты анализа инструментальных исследований при объемных образованиях печени.

Материал и методики исследования. Под наблюдением находилось 119 больных с объемным заболеванием печени (68 – с альвеококкозом, 38 – с эхинококкозом и 13 – с гемангиомой печени) в возрасте от 16 до 68 лет, но в основном поступившие были в возрасте до 50 лет (82 чел.). В разра-

ботку мы включили прооперированных больных, которым были выполнены радикальные операции и в момент операции и при гистологическом исследовании установлен характер патологии.

На основании этих исследований нами и была проведена оценка инструментальных исследований, выполненных до операции.

В оценке состояния больных и определении характера заболевания нами использовано рентгенологическое, ультразвуковое исследование и компьютерная томография.

Результаты и их обсуждение. При обзорной рентгенографии брюшной полости для альвеококкоза характерно высокое стояние правого купола диафрагмы и наличие очагов обызвествления, единичных или множественных, неправильной формы.

В своей работе мы выделяли узловую форму альвеококкоза, инфильтративную и смешанную. Наиболее информативным и доступным является ультразвуковое исследование, которое позволяет определить не только форму, но и выявить – осложненная это форма или не осложненная. При очаговой форме границы узла неправильной формы, но четкие, а при инфильтративной форме четкой границы между очагами поражения и тканью печени не обнаружено, участок паразитарной ткани внедрен в паренхиму печени. При смешанной форме на отдельных участках граница узла четко определялась, а на других вращалась в ткань печени. В ткани альвеококка кровотоков не обнаруживался, а перед паразитарным узлом или зоной инфильтрации отмечалось увеличение диаметра сосудов портальной системы и нарушение ее архитектоники.

При компьютерной томографии контуры паразитарного узла были нечеткие, отмечалась деформация поверхности печени, структура узла была неоднородной за счет участков низкой плотности, выявлялось наличие кальцинатов, слияние мелких очагов с формированием полости распада. При центральном расположении узла выявили расширение сосудов портальной системы, а при наличии механической желтухи – расширение желчных протоков.

Из 68 больных альвеококкозом, подтвержденным операцией и гистологическим исследованием, правильный диагноз на основании инструментальных исследований установлен у 67 (98,5 %) пациентов, а у одного больного имела место злокачественная опухоль печени.

Мы также проанализировали результаты инструментальных исследований у 38 больных эхинококкозом печени.

При УЗИ мы выделили 4 типа эхокартины эхинококковых образований. К первому типу отнесли кисты, имеющие вид однокамерных жидкостных образований – этот тип выявлен у 8 больных. При эхинококковых кистах второго типа внутри кисты видны в виде множественных мелких камер дочерние кисты (12 чел.). К третьему типу кист отнесли кисты с обызвествленной и неравномерно утолщенной капсулой (8 чел.). При этом эхографически не визуализируется жидкостная среда, и большая ее часть имеет неоднородную эхоструктуру. К четвертому типу отнесен осложненный эхинококкоз (10 чел.), при котором были обнаружены разложившиеся и нагноившиеся кисты. Для уточнения диагноза у 6 больных выполнена компьютерная томография.

Все больные эхинококкозом печени оперированы. Достоверность эхографической диагностики верифицирована с данными, полученными в момент операции. Совпадение диагноза имело место у 36 больных, у двоих эхинококкоз не подтвержден, а была обнаружена остаточная полость с нагноением.

Также проведен анализ показателей эхографии и данными операций у 13 больных с гемангиомой печени. Ультразвуковое изображение типичной кавернозной гемангиомы проявлялось в виде образования с четкими, равными контурами. Структурные изображения зависели от наличия крови в синусах, причем чем больше размеры гемангиомы, тем сложнее эхографический рисунок со смещенными экзогенными и неэкзогенными зонами. Диагноз вызвал затруднения у 3 больных, выполненная компьютерная томография позволила уточнить диагноз. В момент операции расхождений в диагнозе не было.

Таким образом, результаты выполненных нами исследований при объемных образованиях печени показали, что основным методом диагностики является ультразвуковое исследование. В неясных случаях дополненное компьютерной томографией, оно позволило установить характер заболевания у 97,6 % больных.

Литература

1. *Вечерко В.Н.* Особенности диагностики и лечения очаговых поражений печени с использованием компьютерной томографии / В.Н. Вечерко, П.П. Конопля, Ф.А. Греджев // Вестник хирургии. 2005. № 3. С. 42–45.
2. *Устинов Г.Г.* Возможности лучевых методов диагностики альвеококкоза печени / Г.Г. Устинов, Г.М. Ниговатова, Б.Р. Эрих и др. // Актуальные проблемы хирургической гепатологии:

Медицина

- сб. материалов XIX межд. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Иркутск, 2012. С. 98–99.
3. *Мусаев А.И.* Дифференциальная диагностика очаговых заболеваний печени / А.И. Мусаев, Р.М. Баширов, Б.Т. Муканбетов. Бишкек: Учкун, 2004. 240 с.
 4. *Холин А.В.* Магнитно-резонансная томография при очаговых поражениях печени / А.В. Холин // Вестник рентгенологии и радиологии. 1999. № 2. С. 59–62.
 5. *Третьяков А.Е.* Ультразвуковая диагностика гидатидоза печени / А.Е. Третьяков // Вестник рентгенологии и радиологии. 2001. № 2. С. 39–43.
 6. *Merkle E.* Alveolar echinococcosis of the liver – computerized tomography findings / E. Merkle // Aktuelle Radiol. 1995. Vol. 5. P. 101–105.