

С. А. АРУСТАМЯН, М. Г. БАГДАСАРЯН, А. А. АДАМЯН

К ФЛЮОРОДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ДИАФРАГМЫ

Данная работа посвящается изучению патологии диафрагмы в флюорографическом аспекте в сочетании с рентгенологическими и скеннографическими методами исследований. Рассматривается большой фактический материал, характеризующий формы высокого стояния диафрагмы, что имеет большое значение для ранней диагностики опухолевых, воспалительных и др. заболеваний. Указывается на возможность своевременного предотвращения дальнейшего осложнения патологии диафрагмы и соседних органов.

Флюорографическое исследование диафрагмы с целью выявления патологии, особенно в ранней ее стадии, имеет большое практическое значение. Ранняя диагностика патологии диафрагмы является актуальной проблемой, поэтому ее изыскание при помощи крупнокадровой флюорографии при профилактических осмотрах способствует решению этой важной задачи.

Патологические изменения области диафрагмы для клиницистов и рентгенологов представляют особый интерес вследствие сходства различных заболеваний грудной и брюшной полостей—клиническое исследование не всегда позволяет своевременно распознать патологические изменения диафрагмы.

Работ, посвященных изучению патологии диафрагмы в флюорографическом изображении, очень мало [9], поэтому данный вопрос нуждается в более широком освещении.

Настоящее сообщение основано на изучении 12000 крупнокадровых флюорограмм (7×7 см). Нами обнаружено симметричное высокое стояние диафрагмы в 44 случаях—0,36%, правостороннее высокое стояние диафрагмы в 68 случаях—0,57%, левостороннее высокое стояние диафрагмы в 17 случаях—0,14%, всего 129 случаев—1,07%. Больные с выявленной патологией подвергались рентгенологическому, а в ряде случаев скеннографическому исследованию. При рентгенологическом исследовании произведено изучение исследуемой области диафрагмы, желудочно-кишечного тракта, желчного пузыря, желчных ходов, легких. В ряде случаев произведены флюорохолецистограммы с выявлением калькулезных, воспалительных холециститов и др. В случаях затруднительной диагностики с целью выявления ранних морфологических изменений области диафрагмы и соседних органов произведено скенирование вышеуказанной области.

Флюорографические исследования диафрагмы нами проведены у здоровых и больных лиц в вертикальном положении, что дало возможность выявить более достоверные диагностические показатели. Флюорограммы области диафрагмы выполнены в двух проекциях: задне-передней и боковой. При анализе флюорограмм области диафрагмы следует обращать внимание на перестройку, высоту ее стояния, изменение контуров, форму и величину. При этом учитываются возраст больного, тип строения грудной клетки, рост и вес тела и т. д. При патологических изменениях области диафрагмы нами проведено тщательное изучение клинических симптомов и учтены возможности клинической диагностики данного органа.

Признаки патологии диафрагмы разнообразны и могут имитировать самые различные заболевания органов грудной и брюшной полостей. Анамнез при этом заслуживает самого пристального внимания. Наиболее частым клиническим симптомом у наших больных была боль, локализованная преимущественно в левом либо в правом подреберье, подложечной области, за грудиной. Интенсивность ее была различной: от слабой до резко выраженной приступообразной, нередко приводящей к временной потере трудоспособности.

В последнее время как в отечественной, так и зарубежной литературе возросло число работ, посвященных различной патологии диафрагмы в рентгенологическом аспекте [1—4, 7, 10, 11, 13—17]. По данным В. А. Фанарджяна [12], диафрагма реагирует на различные патологические проявления в грудной и брюшной полостях; одностороннее высокое стояние диафрагмы наблюдается при ателектазе нижней доли легкого, поддиафрагмальном абсцессе, гепато-спленомегалии и т. п.

Мы наблюдали симметричное, правостороннее асимметричное и левостороннее асимметричное стояние диафрагмы при различных заболеваниях соседних органов—легких, печени, селезенки, поджелудочной железы, а также при деформации позвоночника.

Симметричное высокое стояние диафрагмы нами выявлено при следующих заболеваниях: асците любого происхождения—5, скрыто протекающей фибромиоме матки—3, деформации позвоночника с наличием горба в результате затихшего туберкулезного спондилита—5, старческом и юношеском сколиозах и кифозах—21, у тучных—7, при значительном метеоризме—3. По данным С. А. Рейнберга [9], умеренное одностороннее высокое стояние диафрагмы при флюорографических исследованиях может служить первым сигналом, привлекающим внимание к таким клинически еще недостаточно себя проявившим болезням, как эхинококк или непаразитарная киста печени, растущая у верхнего полюса почки,—гипернефрома и т. п. По нашим наблюдениям поверхностно расположенные кисты печени деформируют купол диафрагмы, участки диафрагмы, к которым прилегает киста, выбухают в виде полулуния в грудную полость; в этих участках мышечный слой диафрагмы постепенно истончается.

Нами выявлено правостороннее асимметричное стояние диафрагмы при хронических воспалительных заболеваниях—7, опухолевых поражениях в базальных отделах легких—9, первичном раке печени—5, эхинококке—5, метастазах печени—20, раке поджелудочной железы—3, опухоли толстого кишечника—3, релаксации диафрагмы—16.

По нашим данным, правосторонняя релаксация диафрагмы выявлена у мужчин среднего возраста, занимающихся тяжелым физическим трудом. Правосторонние грыжи диафрагмы наблюдаются сравнительно редко, так как печень является хорошим барьером, препятствующим проникновению органов из брюшной полости в грудную. Через дефект в диафрагму могут проникать желудок, петли кишок, селезенка и редко почки. При хронических воспалительных и опухолевых заболеваниях диафрагмы наблюдается нечеткость контуров диафрагмы.

Левостороннее асимметричное стояние диафрагмы выявлено при врожденном недоразвитии левого купола диафрагмы (агенезии)—1, спленомегалии—8, истинной грыже—2, эвентрации—1, травматической грыже—3, удалении селезенки после травмы—2.

Большое диагностическое значение имеет производство бокового снимка грудной клетки и выявление выпуклой дуги, идущей спереди от области грудины назад, к позвоночнику. Ее правильная форма говорит в пользу эвентрации, а прерывистость ее или полицикличность—это симптом грыжи.

При левосторонней асимметрии диафрагмы, вызванной спленомегалией, верхний полюс увеличенной селезенки давит на левую половину диафрагмы, деформируя ее в виде полулуния, нагнаиваясь на область верхушки сердца и занимая всю левую половину брюшной полости. У таких больных появляются сердечные жалобы: одышка, тахикардия, быстрая утомляемость и т. п. Газовый пузырь желудка при спленомегалии деформируется, а желудок смещен кнутри и вытянут в длину в виде узкой трубки. В 2 случаях отсутствия селезенки после травмы был выявлен уплощенный купол диафрагмы, печень же компенсаторно несколько была увеличена.

Таким образом, широкое использование крупнокадровой флюорографии, способствуя ранней диагностике ряда заболеваний диафрагмы и соседних органов, имеет большое практическое значение.

В случаях обнаруженной патологии области диафрагмы или соседних органов при обследовании больных был использован весь арсенал современных комплексных методов, что давало возможность направить больных в соответствующие учреждения для своевременного лечения.

Приводим наши наблюдения.

1. Больной М. Э., 32 лет, жалуется на постоянные тупые боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при сидячей работе. Амбулаторно был установлен эхинококк нижней доли правого легкого. Исследование крови—отклонений от нормы нет. Исследование мочи—большое количество оксалатов. Реакция Кацони отрицательная.

Флюорография—в легких отклонений от нормы нет. Сег—умеренная дилатация левого желудочка. Справа определяется шаровидное выпячивание купола диафрагмы с

четкими контурами диаметром 3 см, расположенные спереди от позвоночника.

Заключение: правосторонняя асимметрия диафрагмы—релаксация. При рентгеноскопии обнаружена правосторонняя релаксация мышц диафрагмы (рис. 1). Скенографическим исследованием печени с помощью радиоактивного коллоидного золота обнаружено незначительное увеличение органа в объеме. Контур печени четкий. Распределение изотопа равномерное с хорошей контрастностью скенна. Левая доля определяется хорошо. Объемных образований нет.

2. Больная К. О., 48 лет, жалобы на боли в левом подреберье, усиливающиеся после еды, похудание, плохой сон, слабость, потливость. Поступила в онкостационар с диагнозом: опухоль брюшной полости.

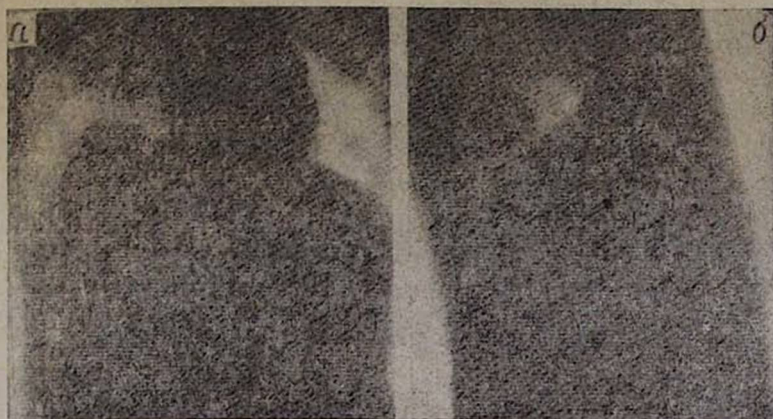


Рис. 1. а. Б-ой М. Э. Задне-передняя флюорограмма. Правостороннее асимметричное стояние диафрагмы—релаксация. б. Тот же больной. Боковая флюорограмма.

Клиническое исследование крови: Нв—72%, эритроциты—3950000, лейкоциты—9600, ГУ—0,9, базофилы—1%, эозинофилы—1%, палочкоядерные—2%, сегментоядерные—62%, лимфоциты—32%, моноциты—2%, РОЭ—14 мм. Моча—цвет желтый, реакция кислая, удельный вес 1020, прозрачность мутная, осадок незначительный, белок—следы, сахар—нет, лейкоциты—10—15 в поле зрения. Аморфные ураты в незначительном количестве.

Рентгеноскопия—легочные поля нормальной прозрачности. Левый купол диафрагмы расположен выше обычного, дыхательная его подвижность ослаблена. Справа—норма. Сог—без особенностей.

Флюорография—в легочных полях отклонений от нормы не выявлено. Дуга аорты слегка выступает, уплотнена. Сог—левый желудочек слегка дилатирован (необходима ЭКГ). Селезенка огромных размеров, занимает почти всю левую половину брюшной полости. Верхний контур увеличенной селезенки давит на левый купол диафрагмы и затем на верхушку сердца.

Заключение: левостороннее высокое стояние диафрагмы—спленомегалия (рис. 2).

ЭКГ—синусовая тахикардия, 96 уд./мин. Левограмма. Изменения миокарда с некоторым понижением сократительной способности.

3. Больной А. Г., 62 лет. Направлен в Институт рентгенологии и онкологии с диагнозом: хронический гепатит. Болеет около 6 месяцев. Жалуются на общую слабость, потерю аппетита, тупые постоянные боли в правом подреберье, зуд по всему телу, небольшую желтушность. Объективно: печень выступает из-под реберного края на 2—3 пальца, плотная, бугристая. Исследование крови: Нв—60%, эритроциты—3800000, цв. показатель—0,9, лейкоциты—9800, РОЭ—52 мм.

Флюорография—легкие без отклонений от нормы. Сог—умеренная дилатация левого желудочка. Справа высокое стояние купола диафрагмы. Печень увеличена. Необхо-



Рис. 2. Б-ная К. О. Задне-передняя флюорограмма. Левостороннее асимметричное стояние диафрагмы—спленомегалия, клинически симулирующая опухоль брюшной полости.

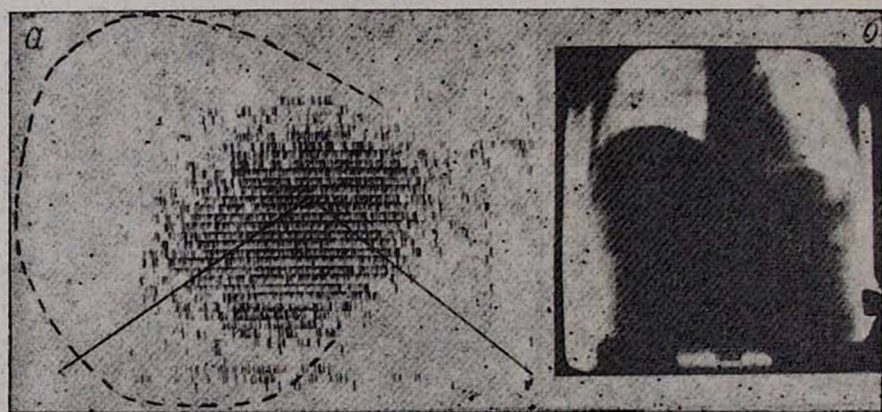


Рис. 3 а. Б-ой А. Г. Скеннограмма—рак печени. б. Заднепередняя флюорограмма. Правостороннее высокое стояние диафрагмы.

димо произвести скеннографию с целью уточнения диагноза. Дообследование желудочно-кишечного тракта больного (рис. 3б).

Произведено скеннографическое исследование печени с радиоактивным коллоидным золотом (рис. 3а). При этом обнаружено накопление изотопа лишь в области I—II—III и часть IV сегментов, которые соответствуют прощупываемому отделу печени в эпигастральной области, и незначительная часть в правом подреберье. В этой области накопление изотопа относительно равномерное. Нечеткость контуров отмечается в верхне-правой границе. В остальных сегментах имеется полное отсутствие активности. Учитывая высокое стояние диафрагмы и полученные скеннографические данные, мож-

но предположить, что указанные неактивные сегменты замешены неспецифической для печени тканью.

Рентгенологическое исследование: пищевод в норме. При обзорном просвечивании брюшной полости определяется тень увеличенной печени (пальпация ее болезненна). Желудок несколько оттеснен влево и вниз за счет увеличения печени. Складки слизистой сохранены. Контуры гладкие. Перистальтика вялая. Эвакуация замедленная. Луковица 12-перстной кишки в норме, ход (подкова) не изменен. Через 24 часа: явления хронического колита.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

1) Крупнокадровая флюорография—ценный профилактический метод исследования—может быть широко использована в выявлении патологических изменений области диафрагмы и соседних органов.

2) Флюорографический метод исследования дает возможность выявлять все формы патологического стояния диафрагмы и определять характер имеющейся патологии, локализацию, протяженность.

3) Широкое использование флюорографии и накопление большого материала по раннему выявлению опухолевых, воспалительных и других заболеваний области диафрагмы, а также соседних органов позволяет решить вопросы поражаемости населения опухолевыми и другими заболеваниями диафрагмы.

4) Выявление ранних, обратимых, фаз патологических изменений области диафрагмы и широкая диспансеризация больных, несомненно, приведут к улучшению состояния здоровья населения, предотвратив развитие многих заболеваний.

5) В затруднительных дифференциально-диагностических случаях при ранних воспалительных или опухолевых случаях флюорографию необходимо дополнять рентгенологическим и другими методами исследований.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступила 23/V 1973 г.

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍԱՄՅԱՆ, Մ. Գ. ԲԱԴԿԱՍԱՐՅԱՆ, Ա. Ա. ԱԴԱՄՅԱՆ

ՍՏՈՒՄԱՆՈՒ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱՅԻ ՖԼՅՈՒՐՈԳՐԱԿԱՆ ՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հետազոտությունը նվիրված է ստոծանու պաթոլոգիայի նախնական ախտորոշման ուսումնասիրությանը: Հեղինակները հետազոտել են 12000 խոշոր կադրային ֆլյուորոգրամաներ և հայտնաբերել ստոծանու բազմաթիվ շեղումներ: Պարզվել է, որ խոշոր կադրային ֆլյուորոգրաֆիան արժեքավոր միջոց է, որ կարելի է օգտագործել ստոծանու ու հարևան օրգանների պաթոլոգիական փոփոխությունները հայտնաբերելու նպատակով: Այս մեթոդը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել ստոծանու ախտաբանական դիրքը և որոշել նրա բնույթը: Պարզվել է նաև, որ ֆլյուորոգրաֆիկ մեթոդի լայն կիրառումը հնարա-

վորթիւնն է տալիս վաղաժամ հայտնաբերել ու բորբոքումները
առաջացումը, որը դուրիւն կդարձնի նրանց բուժումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арустамян С. А., Мартиросян И. А. Вопросы рентгенологии и онкологии, IV—V. Ереван, 1960, стр. 309.
2. Белоцерковский В. М. Терапевтический архив, 1935, XII, 5, стр. 21.
3. Белоцерковский В. М. Терапевтический архив, 1939, XVII, 1, стр. 47.
4. Долецкий С. Я. Диафрагмальные грыжи у детей. М., 1960.
5. Коновалов А. С. Труды Главного военного госпиталя им. акад. Н. Н. Бурденко, VI. М., 1949.
6. Линденбратен Л. Д. Рентгенологическое исследование печени и желчных протоков. Л., 1953.
7. Оганесян С. А., Ованесян О. А., Кяндарян К. А. Вопросы рентгенологии и онкологии, I. Ереван, 1950, стр. 73.
8. Панов Н. А., Москачева К. А., Гингольд А. З. Руководство по детской рентгенологии. М., 1965.
9. Рейнберг С. А. Патологические изменения диафрагмы. М., 1953.
10. Сагателян Г. М. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка и гастроскопия. Ереван, 1966.
11. Тошовский В., Вихитила О. Острые процессы в брюшной полости при врожденных аномалиях у детей. М., 1957.
12. Фанарджян В. А. Руководство по рентгенодиагностике, II. М., 1951.
13. Blauk L., Pew W. L. Amer. Roentgenology, 1956, 76, 540.
14. Hope L. W., O'Hara A. E. Radiology, 1958, 70, 349.
15. Hope L. W., Gibbons Z. E. Radiology, 1954, 63, 473.
16. Parls L. J. Pediatr., 1955, 47, 1—17.
17. White H. Radiology, 1956, 66, 567.