

mical-topographic peculiarities of the formation of sacrococcygeal and gluteal regions the recommendations are worked out for the improvement of the treatment of this pathology.

ЛИТЕРАТУРА

1. Врублевский В. А. В кн.: О болезнях прямой и ободочной кишок, вып. 7. М., 1975, стр. 41.
2. Врублевский В. А. Автореф. дисс. канд. М., 1977.
3. Врублевский В. А., Дульцев Ю. В., Милитарев Ю. М. Лечение больных эпителиальным копчиковым ходом. Методические рекомендации. М., 1976.
4. Джангиров Э. А. Автореф. дисс. канд. Ереван, 1979.
5. Ковальчук А. И., Барковская Е. А. Клин. хир., 1975, 3, стр. 79.
6. Милитарев Ю. М., Врублевский В. А., Халанова М. В. В сб. научн. трудов: Восстановительное лечение (медицинская реабилитация) и долечивание проктологических больных. М., 1981, стр. 12.
7. Оганесян С. З. Эпителиальные ходы и кисты копчиковой области. Ереван, 1970.
8. Оганесян С. З. Ж. эксп. и клин. мед. АН АрмССР, 1970, X, 6, стр. 39.
9. Ривкин В. Л. Автореф. дисс. канд. М., 1959.
10. Хостигов Г. З., Милитарев Ю. М., Ривкин В. Л. Клин. хир., 1972, 7, стр. 68.
11. Шулгина Н. М. В кн.: Проблемы проктологии в. 3. М., 1982, стр. 46.
12. Шулгина Н. М., Рубинштейн Л. С., Хоханова М. В. В кн.: Проблемы проктологии в. 1. М., 1980, стр. 20.
13. Nivatongs S., Fang D. T., Kennedy M. L. Dis. Colon and Rectum, 1983, 2, 85.
14. Pajhtaud M. La nouvelle Presse Medicale, 1975, 4, 125.
15. Sood S. C., Gren J. R. Plastic and reconstructive surgery, 1975, 56, 5, 559.

УДК 616.381—007—008.

С. А. АРУСТАМЯН

ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

Рассматриваются вопросы флюорографической диагностики аномалий органов грудной и брюшной полостей. Показано, что флюорография открывает широкие возможности для выявления патологии положения органов грудной и брюшной полостей.

Вопросы рентгенодиагностики аномалий положения органов грудной и брюшной полостей нашли широкое освещение как в отечественной, так и зарубежной литературе [1,4—7,10—13, 15, 16]. Описание случаев аномалий положения органов приводится в известных руководствах по рентгенодиагностике М. И. Неменова [9], Ю. И. Аркусского [2], В. А. Фанарджяна [14]. Однако ряд вопросов флюорографического исследования аномалий органов грудной и брюшной полостей требует нового подхода и дальнейшей разработки. Особенно это касается изучения аномалий органов брюшной полости с помощью контрастных веществ. В доступной нам литературе этот вопрос не освещен.

При флюорографических обследованиях (38672 больных) органов грудной и брюшной полостей мы выявили 18 случаев дэкстрокардии с

зеркальным расположением всех органов—*situs viscerum inversus totalis*. По нашим данным [3], частота обнаружения правостороннего сердца при зеркальной перестановке всех органов и сердечных полостей составляет 0,04%, что совпадает с данными литературы [8, 13 и др.]. Возраст больных колебался от 4 до 55 лет, женщин было 6, мужчин—12. При обратном расположении органов положение сердца представляет зеркальное изображение его нормального положения: верхушка сердца и дуга аорты расположены справа, верхняя полая вена—слева от позвоночника; газовый пузырь желудка располагается под правым куполом диафрагмы, массивная тень печени—слева. При исследовании пищеварительного тракта желудок определяется в правой половине живота, причем привратник обращен влево; двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь и червеобразный отросток расположены слева. Перечисленные аномалии органов грудной и брюшной полостей весьма четко выявляются на полифлюорограммах. Флюорографическое распознавание декстрокардий особых затруднений не представляет.

Большое значение в распознавании сложных случаев декстрокардии имеет электрокардиография, рентгенокимография, зондирование сердца и ангиокардиография, а также контрастное исследование пищевода, желудка и кишечника. Изолированная декстрокардия встречается значительно реже зеркального расположения всех органов. При врожденной декстрокардии с инверсией камер существенное значение имеет определение положения аорты, которая перекидывается при этом через правый бронх [6]. К. А. Кяндарян [8] описал новый тип правостороннего сердца при обратном расположении всех органов без зеркальной перестановки сердечных полостей.

Сканограммы печени, селезенки, почек, радиокардиография дополняют полифлюорограммы новыми данными, имеющими ценное диагностическое значение.

В флюорографическом изображении нами выявлены правостороннее сердце, правосторонняя селезенка, левосторонняя печень, левосторонний желчный пузырь, правосторонний желудок, т. е. аномалии в расположении органов грудной и брюшной полостей. Своевременное выявление аномалий полного перемещения внутренних органов имеет большое значение при хирургических вмешательствах, особенно при врожденных и приобретенных пороках сердца с правосторонней локализацией. Нами выявлен случай правосторонней локализации сердца у 5-летней девочки, которую лечили от плеврита и которая была направлена нами в Институт кардиологии, где ей было проведено соответствующее лечение (рис. 1, а).

По данным Н. А. Панова [10], декстрокардия может сочетаться с разными пороками развития ребенка. Она входит в синдром Картагенера (синусит, бронхоэктазия, декстрокардия). От врожденной декстрокардии необходимо дифференцировать приобретенную декстопозицию сердца, вызванную патологическими процессами, правосторонними массивными плевральными наложениями, циррозом легкого, левосторонней релаксацией диафрагмы. Приводим наши наблюдения.

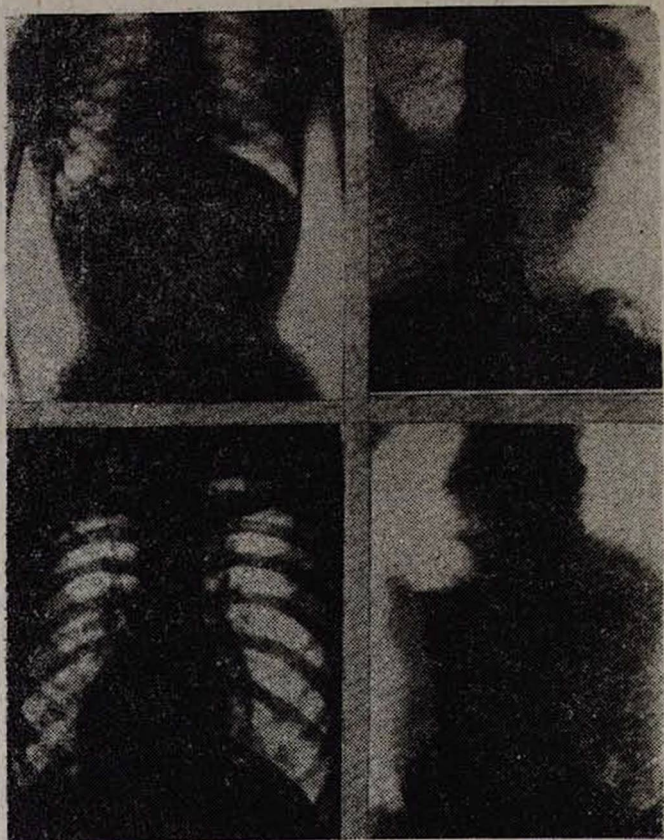


Рис. 1. а. Больная О. А., 5 лет. Передняя флюорография органов грудной и брюшной полостей. Декстрокардия при *situs viscerum inversus totalis*. Справа виден маленький газовый пузырь желудка. б. Больная К. А., 17 лет. Задне-передняя флюорограмма брюшной полости—перемещение всех внутренних органов. Холецистография. Левосторонняя локализация желчного пузыря. Хронический холецистит в стадии затишья. в. Больной А. К., 24 лет. Передняя флюорография грудной полости. Декстрокардия г. Задне-передняя флюорограмма брюшной полости того же больного. Правосторонний атонический желудок.

Больная К. А., 17 лет. Жалобы на боли в левом подреберье после простуды, иногда тошноту.

Флюорография грудной и брюшной полостей: легкие без видимых особенностей, сердце расположено справа, положение диафрагмы обычное. Большой газовый пузырь под верхушкой сердца. Флюорохолецистография при помощи холевида. Получено средней интенсивности изображение желчного пузыря с левосторонней локализацией. На медиальном контуре желчного пузыря определяется деформация. Желчный пузырь формы подковы, расположен паравертебрально на уровне 3—4-го поясничных позвонков (опущен). Тени конкрементов не определяются. Печень: форма и размеры увеличены, левосторонняя локализация. После пробного завтрака желчный пузырь сократился слабо. Определяются 6 поясничных позвонков, что говорит о люмбализации (рис. 1, б).

Закключение: хронический гепатит, хронический холецистит в стадии затишья. Полное перемещение внутренних органов. Опускание левостороннего желчного пузыря и

печени. Больная направлена в Ессентуки на санаторно-курортное лечение.

Больной А. К., 24 года. Был направлен на консультацию в флюорографический кабинет по поводу болей в эпигастральной области, иногда тошноту. Исследование крови и мочи отклонений от нормы не выявило. Полифлюорографическое исследование органов грудной и брюшной полостей: правостороннее сердце; в легких патологии не выявлено; желудок расположен справа, опущен, атоничен, складки слизистой сохранены, но прерывисты; эвакуация из луковицы двенадцатиперстной кишки замедленная (через 24 часа остаток бария в желудке). Произведена холецистография при помощи иопагоста. Желчный пузырь расположен слева, значительно опущен, в верхнем отделе деформирован. Тени конкрементов не определяются, сократительная функция желчного пузыря понижена. Печень удлинненной формы (рис. 1, в, г).

Закключение: врожденная декстрокардия с зеркальной перестановкой сердечных полостей и перестановкой остальных органов брюшной полости. Атонический желудок, опущение желудка, желчного пузыря. Больной направлен на санаторно-курортное лечение.

Таким образом, полифлюорография может заменить дорогостоящие рентгенограммы при диагностике бессимптомно протекающих аномалий органов грудной и брюшной полостей.

Институт рентгенологии
и онкологии им. В. А. Фанарджяна

Поступила 3/IV 1984 г.

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍՏԱՄՅԱՆ

ԿՐԾՔԻ ԵՎ ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՋԻ ԴԻՐՔԻ ԱՆՈՄԱԼԻԱՆԵՐԻ ՅԼՅՈՒՈՐՈԳՐԱՖԻԿ ԱԵՏՈՐՈՇԵՄԸ

Նկարագրվում է կրծքի, որովայնի խոռոչի և կաթնագեղձերի միաժամանակյա պոլիֆլուորոգրաֆիկ կոմպլեքսային հետազոտության մեթոդը, որի կիրառման ժամանակ պատահականորեն հայտնաբերվել են նշված օրգանների դիրքի անոմալիաներ՝ ձախակողմյան լյարդ, ձախակողմյան լեղաձորան, աջակողմյան ստամոքս: Ֆլուորոգրաֆիկ մեթոդով տարբեր օրգաններում ախտաբանական փոփոխությունների հայտնաբերումը նպաստում է վիրահատական միջամտությունից առաջ վիրաբույժի ճիշտ տակտիկայի ընտրությանը:

S. A. AROUSTAMIAN

FLUOROGRAPHIC DIAGNOSIS OF THE POSITIONAL ANOMALIES OF THE ORGANS OF THE THORACIC AND ABDOMINAL CAVITIES

The problem of fluorographic diagnosis of the anomalies of the organs of thoracic and abdominal cavities is touched upon in the article. The application of this method allows to reveal the positional pathologies of the organs.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамович Р. В., Якунин В. М. Здравоохран. Белоруссии, 1975, 4, стр. 75.
2. Аркусский Ю. И. Рентгенодиагностика болезней сердца и сосудов. Л., 1948.
3. Арустамян С. А. Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1977, 3, стр. 75.
4. Бакулев А. Н., Мешалкин Е. Н. Врожденные пороки сердца. М., 1955.
5. Барановская М. Г., Мельник А. Н., Осеева Т. С. Мат. XVII Всесоюз. конф. науч.-студенческих кружков при каф. детск. хир. Ереван, 1975, стр. 41.
6. Зодиева В. В. Рентгенодиагностика заболеваний сердца и сосудов. М., 1957.

7. *Иваницкая М. А., Савельев В. С.* Рентгенологическое исследование при врожденных пороках сердца. М., 1960.
8. *Кяндарян К. А.* Автореф. канд. дисс. Ереван, 1953.
9. *Неменов М. И.* Частная рентгенодиагностика. М., 1936.
10. *Панов Н. А.* Рентгенодиагностика приобретенных пороков сердца у детей. М., 1959.
11. *Литтман И., Фоно Р.* Врожденные пороки сердца и крупных сосудов. Будапешт, 1961.
12. *Рейнберг С. А.* Вестн. рентгенол. и радиол., 1922, т. 1, в. 5, с. 6.
13. *Рейнберг С. А., Мандельштам М. Э.* Вестн. рентгенол. и радиол., 1923, т. 5, в. 5, с. 20.
14. *Фанарджян В. А.* Рентгенодиагностика. Ереван, 1977.
15. *Eldrick V. et al.* Amer. Heart J., 1952, 44, 325.
16. *Thurn P.* Hamodynamik des Herzens on Röntgenbild, Stuttgart, 1956.
17. *Whit P. D.* Heart disease, New York, 1945.

УДК 615.361.63—06 : 618.14

Г. М. САФАРЯН, Н. М. ПОБЕДИНСКИЙ, В. Г. ОРЛОВА, Е. К. БРЫКОВА

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕРЕЗКО ВЫРАЖЕННЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Изучены принципы диагностики и лечения бесплодия у женщин с нерезко выраженными проявлениями гиперандрогении и с недостаточностью лютеиновой фазы. С лечебной целью применялись кортикостероидные препараты и кломифен. Отмечен положительный эффект лечения у 61,2% больных.

В последнее время вопросы влияния андрогенов на репродуктивную систему женщин привлекают особое внимание акушеров-гинекологов. В изучении нарушений репродуктивной функции особое место отводится гиперандрогении и гирсутизму [4].

Дисфункция коры надпочечников и яичников, сопровождающаяся повышенной секрецией андрогенов, часто сочетается с недостаточностью лютеиновой фазы, которая является одной из причин нарушений репродуктивной функции женщины. Клинически это проявляется бесплодием или прерыванием беременности в первом триместре [18]. Среди причин, приводящих к бесплодию, эта патология составляет 3,5—12,7% [6, 9].

Целью настоящей работы явилось изучение принципов диагностики и лечения бесплодия у женщин с нерезко выраженными проявлениями гиперандрогении и с недостаточностью лютеиновой фазы.

Под нашим наблюдением находилось 49 женщин с укороченной лютеиновой фазой менструального цикла, страдающих бесплодием, в возрасте от 20 до 36 лет. Всем больным проводилась оценка степени оволосения по шкале Ferriman и Gaullway (по [1]), определялся уровень экскреции 17-КС по методу Н. Н. Хидоятова и соавт. [5], дегидроэпиандростерона (ДЭА) по методу Фотерби, В. Г. Орлова [2], эстрогенов по методу Brown [6] на 5—8-й и 22—23-й дни менструального цикла, а также концентрация тестостерона (Т) в плазме крови по методу Aso (по [7]).