

Двойное контрастирование принято рассматривать как техническое дополнение к стандартному методу, используемое лишь эпизодически, в тех случаях, когда интерпретация каких-то деталей изображения желудка вызывает затруднение. Однако при обычном исследовании в ряде случаев, как это было видно на примере больных первой группы, опухоль может ничем себя не проявить и быть обнаруженной только благодаря применению двойного контрастирования. Принимая во внимание это обстоятельство, мы во всех случаях, когда может быть заподозрена раковая опухоль (пожилой возраст, вызывающий беспокойство анамнез и т. д.), к исследованию желудка приступаем так, как в первую фазу двойного контрастирования, то есть с изучения рельефа слизистой кислой контрастной взвесью. Такое начало позволяет в случае возникновения малейшей неясности тотчас же произвести снимки двойным контрастированием.

В целях повышения надежности рентгеновского исследования желудка предложенная нами модификация двойного контрастирования должна найти более широкое применение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зяббаров А. А. Тр. ин-та онкологии АМН СССР. М., 1957, т. 1.

УДК 616—006.2—616.24—616—073.75

БРОНХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКОГО

А. П. Максимов

Казанская дорожная больница № 2 (нач. — В. Г. Колчин)

В последние годы, в противовес существовавшему ранее мнению, установлено, что кисты легкого не являются редким заболеванием. Клиницистам и рентгенологам довольно часто приходится встречаться с полостными образованиями в легких, сопровождающимися симптомами хронического неспецифического воспаления. С развитием легочной хирургии, которая дает возможность радикального излечения таких больных, возросло внимание к рентгенологическому методу диагностики, в частности к бронхографии.

С июня 1961 г. по апрель 1967 г. мы наблюдали 65 мужчин и 57 женщин с кистозными изменениями легких. У 33 больных была одиночная киста, у 89 — множественные кисты. В возрасте от 2 до 10 лет было 17 больных, от 11 до 20 лет — 28, от 21 до 30 лет — 24, от 31 до 40 лет — 33, от 41 до 50 лет — 12 и старше — 8. У большинства больных не представляется возможным установить начало патологического процесса. В течение многих лет больные могут даже не подозревать об имеющемся у них заболевании. Часто оно проявляется клинически лишь с присоединением осложнений, а иногда его случайно обнаруживают при профилактическом осмотре или обследовании по поводу другого заболевания.

Данные о локализации кист в легких у наших больных представлены в табл. 1.

Рентгенологические симптомы кист легкого в значительной мере были обусловлены количеством кистозных образований (одиночная полость или множественные), наличием перифокальных воспалительных изменений, а также содержимым кисты (воздух или жидкость). Из 33 больных с одиночными кистами легких у 11 кисты были заполнены жидкостью. При обзорном рентгенологическом исследовании у этих больных определялась интенсивная, однородная, с четким, ровным контуром тень округлой или овальной формы, диаметром от 4 до 10 см. В окружающей легочной ткани изменений не отмечалось. В некоторых случаях одиночные заполненные кисты легкого приходилось дифференцировать от других округлых образований легкого (рак, туберкулез, фиброма и т. д.).

У 9 больных диагноз одиночной воздушной кисты, не осложненной воспалением, не представлял трудностей. Обзорная рентгенограмма выявляла тонкостенную, четко очерченную полость без изменений в окружающей легочной ткани.

У 9 больных кисты были осложнены воспалительным процессом и содержали жидкость с горизонтальным уровнем. Стенки их более толстые, неровные, нечеткие. Прилежащие отделы легкого были негомогенно затемнены вследствие воспалительной инфильтрации, ателектаза и склеротических изменений.

У 4 больных с одиночными воздушными кистами при обзорном рентгенологическом исследовании не удалось их выявить, они были обнаружены лишь бронхографически.

Таким образом, из 33 больных с одиночными кистами легких у 11 на обзорных рентгенограммах были определены заполненные кисты, у 9 — воздушные кисты без признаков воспаления, у 9 — воздушные кисты, осложненные воспалительным процессом, и у 4 кисты на рентгенограммах не выявлялись.

Таблица 1

Локализация кист	Число больных с кистами		
	одиночными	множественными	итого
Правое легкое			
Все легкое	—	16	16
Верхняя доля	3	11	14
Средняя доля	2	—	2
Нижняя доля	14	5	19
Верхняя и нижняя доли	—	2	2
Средняя и нижняя доли	—	3	3
Итого	19	37	56
Левое легкое			
Все легкое	—	16	16
Верхняя доля	6	8	14
Нижняя доля	8	10	18
Нижняя доля и язычковые сегменты верхней доли	—	3	3
Итого	14	37	51
Двухсторонние поражения			
Оба легких тотально.	—	5	5
Верхние доли	—	2	2
Нижние доли	—	3	3
Другие сочетания долей	—	5	5
Итого	—	15	15
Всего	33	89	122

У 89 больных поликистозом легких при обзорном рентгенологическом исследовании были установлены следующие изменения.

При поликистозе в фазе ремиссии (55 больных) отчетливо определялись множественные тонкостенные воздушные полости, которые обычно располагались близко друг к другу и создавали в пораженном отделе легкого (доля, две доли, все легкое) нежные ячеистые структуры. При этом отдельные полости были отчетливо очерчены со всех сторон или проекционно накладывались, образуя «сотовый» рисунок. Прозрачность в этом отделе легкого была повышена, объем его оставался неизменным или был уменьшен в незначительной степени.

При поликистозных изменениях легкого, осложненных воспалительным процессом (16 больных), так же, как и при осложненных одиночных кистах, стенки полостей были истонченными, нечеткими. Некоторые из полостей содержали жидкость с горизонтальным уровнем, причем количество жидкости периодически то возрастало, то уменьшалось в зависимости от выраженности воспалительного процесса и по мере восстановления или нарушения дренажа (рис. 1, см. вклейку). Длительный воспалительный процесс приводил к уменьшению объема пораженного легкого и затемнению его (у 7 больных из 16).

У 18 больных обзорное рентгенологическое исследование (включая томографию) кистозных образований в легких не выявляло. У этих больных отмечались лишь тягистые изменения корней легких и умеренное усиление легочного рисунка, иногда с образованием структур полигональной формы, которые не характерны для поликистоза.

Таким образом, у 22 из 122 больных кистами легких при помощи обычных, некон-трастных рентгенологических методов исследования (рентгеноскопии, рентгенографии, томографии) не удавалось найти полостные образования. В этих случаях решающую роль играет бронхография. Она была проведена 108 больным (24 с одиночными кистами и 84 с поликистозом).

У 8 больных с одиночными кистами полости были дренируемыми, т. е. сообщались с бронхиальным деревом. Важно отметить, что у 4 больных обзорным исследованием

кисты не выявлялись. У 16 больных с недренируемыми полостями отмечались следующие бронхографические симптомы: неизменные бронхиальные ветви смещены кистозными полостями (5); в зоне расположения крупных кист отмечается незаполнение, деформация и культя бронхов 3—4—5-го порядка (4); одиночные кисты небольших размеров влияния на расположение и заполнение бронхов не оказывают (7).

Из 84 больных с поликистозом недренируемые полости были у 14 больных. У 10 из них определялись более или менее выраженные явления хронического бронхита с деформацией бронхов, неравномерностью их просвета, периферическими незаполнениями; у 3 отмечено огибание полости кисты бронхами (рис. 2). У 3 больных с поражением всей верхней доли выявлена культя долевого бронха с неровными контурами. У 1 больного бронхи не были изменены.

У 70 больных поликистоз был дренированным, причем лишь у 29 из них заполнялись все полости, видимые на обзорной рентгенограмме, у остальных (41) часть кист не заполнялась контрастным веществом. Почти у всех 70 больных приводящие бронхи были в той или иной степени деформированы, лишь у единичных больных приводящие бронхи были практически не изменены.

Итак, из 108 больных, обследованных бронхографически, у 30 кисты были недренируемые. Этот факт снижает диагностическую ценность бронхографии. Вместе с тем у 22 больных (из 122) только бронхография установила наличие кистозных изменений. Поэтому, хотя бронхография и не обеспечивает точного диагноза во всех случаях, применен ее оправданно и может быть рекомендовано как в целях диагностики, так и для уточнения распространенности и локализации поражения по сегментам, что особенно важно в практике хирурга.

Из осложнений кист легкого выявлены: спонтанный пневмоторакс — у 6 больных, кровохарканье и кровотечение — у 43, напряжение кисты с клапанным механизмом — у 3. Сопутствующие бронхоэктазы в больном или противоположном легком обнаружены у 8 больных, рентгенологические признаки воспаления (неоднородное затемнение, горизонтальные уровни, утолщение стенок кисты) — у 25. Клинические признаки воспаления (температура, кашель, мокрота) постоянно или периодически отмечались у всех больных, по поводу чего они и поступили в хирургическое отделение для установления диагноза и, при необходимости, для оперативного лечения.

Представленный материал показывает, что кистозные изменения могут располагаться во всех отделах обоих легких как при тотальном поражении легкого, так и при изолированном поражении отдельных долей. Исключение составляет средняя доля правого легкого, изолированного поражения которой мы не наблюдали.

Преимущественной локализацией кистозных изменений в каком-либо отделе легкого мы не отмечали. Нередко встречается поражение всего легкого (у 37 больных из 122 — 31,1%), а также двухсторонние кисты легких (у 15 больных — 12,3%).

Клинические кисты чаще проявляются уже в молодом возрасте — 102 больных (из 122) были не старше 40 лет.

В диагностике кист легкого значительное место принадлежит рентгенологическим методам исследования — обзорным рентгенограммам, просвечиванию, томографии, бронхографии. Обзорное рентгенологическое исследование и томография в большинстве случаев обеспечивают диагностику кист легкого (в 100 случаях из 122), лишь у 22 больных до бронхографии они не были выявлены. При дренируемых кистах легкого бронхография приобретает решающее значение в постановке диагноза, определении морфологических особенностей и зоны поражения (рис. 3). При одиночных и множественных недренируемых воздушных кистах обзорная рентгенограмма позволяет обнаружить кистозные полости, а томограмма уточняет их размеры, количество и зону распространения. Бронхография в этих случаях призвана определить состояние окружающих отделов легкого и в первую очередь установить наличие или отсутствие осложняющих течение кистозной болезни бронхоэктазий и хронического бронхита (на стороне поражения и в противоположном легком). Выяснение этого вопроса имеет особое значение для хирурга перед предполагаемым оперативным вмешательством.

Бронхографические симптомы при недренируемых кистах легкого разнообразны: могут наблюдаться как непроходимость крупного (долевого) бронха, так и совершенно неизменные бронхи пораженного отдела (при мелких кистах, расположенных на периферии, в кортикальном слое легкого).

При одиночных осложненных легочных кистах, целиком заполненных жидким содержимым, когда встает вопрос о дифференциальном диагнозе с опухолью легкого, необходимо применять комплекс клинических и рентгенологических методов. Выбор этих методов и порядок их применения индивидуальны, но вряд ли можно обойтись без обзорного рентгенологического исследования и бронхографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воль-Эпштейн Г. Л. Пороки развития бронхов у взрослых. Автореф. докт. дисс., М., 1966. — 2. Зворыкин И. А. Кисты и кистоподобные образования легких. Медгиз, М., 1959. — 3. Прозоров А. Е. Клини. мед., 1943, 4—5. — 4. Соколов Ю. Н. и Розенштраух Л. С. Бронхография. Медгиз, М., 1958. — 5. Панов Н. А., Москачева К. А., Гингольд А. З. Руководство по дет-

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ШЕЙНОЙ МИГРЕНИ И ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

А. Ю. Ратнер

Кафедра нервных болезней (и. о. зав. — доц. А. Н. Смирнов) и кафедра рентгенологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Под нашим наблюдением находилось 250 больных шейной мигренью. Многие из них раньше безуспешно лечились по поводу «церебральной вазопатии», «окципитальной невралгии», «травматической энцефалопатии», «диэнцефалита» и т. п. Однако дифференциальная диагностика шейной мигрени и перечисленных заболеваний при современном уровне знаний не представляет больших трудностей; значительно сложнее и ответственнее дифференциация шейной мигрени от опухолей задней черепной ямки.

Головные боли при шейной мигрени обычно сосредоточиваются в шейно-затылочной области и далеко не всегда бывают односторонними. На высоте приступов возможна тошнота и рвота, а интенсивность головной боли чрезвычайно велика. Повороты головы резко ухудшают состояние больного и выраженность церебральных симптомов: деформированные крючковидные отростки шейных позвонков сдавливают позвоночные артерии и тем нарушают кровообращение прежде всего в области задней черепной ямки.

Характер и локализация головных болей, тошнота и рвота не менее типичны и для опухолей задней черепной ямки. Очень важный и ранний для диагноза шейной мигрени признак — ограничение поворотов головы — при подозрении на опухоль задней черепной ямки также теряет свое значение. Правда, при опухолях эта вынужденная поза связана с нарушением ликворооттока, а при шейной мигрени — с патологией шейного отдела позвоночника, однако клинически их разграничить далеко не всегда удается.

Жалобы на те или иные нарушения зрения и слуха, характерные для шейной мигрени, нередки и при заднечерепных опухолях. Общеизвестен симптом Бурденко — Крамера, когда при локализации опухолевого процесса в задней черепной ямке появляются боли в глазу. Возникновение слуховых нарушений еще более понятно, так как и при опухолях мозжечка, и при опухолях ствола вовлечение в процесс VIII нерва считается типичным, причем характер паракузий и гипакузий и при опухолях, и при шейной мигрени чрезвычайно сходен. Однако уже здесь для дифференциальной диагностики следует отметить, что если при опухолях зрительные и слуховые нарушения достаточно стабильны, то при шейной мигрени они нередко отчетливо зависят от поворотов головы.

Оценку координационных нарушений и в том, и в другом случае очень ответственна. Ишемия в вертебро-базиллярной системе при шейной мигрени приводит и к мозжечковой неполноценности, и к ишемии вестибулярных ядер ствола, и к ишемии лабиринта. Нами выделена вестибулярная форма шейной мигрени с характерными жалобами на головокружение и покачивание при ходьбе, а осмотр выявляет у этих больных легкий нистагм, промахивание при координаторных пробах, положительный симптом Ромберга и т. д. Все эти симптомы, как известно, не в меньшей степени характерны и для опухолей задней черепной ямки.

Проводниковые нарушения, свойственные опухолям головного мозга, для шейной мигрени мало характерны, и это могло бы служить отличительным признаком. Однако работами последних лет показано существование так называемых дискогенных миелопатий, когда проводниковые спинальные нарушения могут возникнуть вследствие неполноценности в позвоночных артериях. Таким образом, и этот признак далеко не патогномоничен.

Можно было бы указать на развитие бульбарных нарушений при опухолях задней черепной ямки, что при шейной мигрени бывает чрезвычайно редко. Однако дожидаться этой стадии было бы слишком рискованно. Шейный корешковый синдром не свойствен опухолям головного мозга, но мы встречали больных, у которых опухоль мозжечка вызывала боли в шее и симулировала выраженный корешковый синдром. С другой стороны, наши исследования показали, что при шейной мигрени иногда проходит несколько лет, прежде чем к сильным головным болям присоединяются шейные корешковые симптомы.

Поэтому в сложных случаях дифференциальной диагностики шейной мигрени и опухолей задней черепной ямки приходится опираться не столько на неврологический статус, сколько на дополнительные методы исследования, которые необходимы здесь