

К., 39 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастриальной области, правом подреберье, изжогу, тошноту. Боли появлялись после приема пищи, усиливались через 1 час, рвота приносила облегчение. Больным себя считает с 1959 г., когда была установлена повышенная кислотность желудочного сока. В 1970 г. рентгенологически выявлена язва двенадцатиперстной кишки. Заболевание обострялось 2—3 раза в год, чаще весной и осенью. До поступления в клинику К. в течение 2 месяцев получал противоязвенное лечение без заметного клинического эффекта.

В легких и сердце патологии не найдено. Язык обложен густым белым налетом. При пальпации живота отмечалась выраженная болезненность в пилорoduodenальной зоне, мышечная защита. Анализы крови и мочи не выявили изменений. Реакция Грегерсена в кале положительная (+++). Дебит-час свободной соляной кислоты 6 мг. экв., общей — 7,1 мг. экв. ЭГГ: средняя величина биопотенциала 0,8 мв, частота колебаний 3,4 в 1 мин. Беспорядочность зубцов, их деформация, наличие атипических волн (ЭГГ раздраженного желудка). Диастаза мочи — 16 ед. Амилаза крови — 10 ед. Концентрация свободных кининов в крови 7,1 нг/мл. При рентгенологическом исследовании обнаружена язвенная «ниша» луковицы двенадцатиперстной кишки 0,3 × 0,4 см, глубокая, с выраженным воспалительным валом, деформация привратника. Данные эндоскопии: слизистая желудка гиперемирована, на задней стенке подслизистые кровоизлияния, выражена перистальтика, привратник деформирован, зияет.

Диагноз: язвенная болезнь, активная фаза, тяжелое течение, непрерывно рецидивирующая, длительно не заживающая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, рубцовая деформация луковицы, гастродуоденит. Диспептический синдром. Выраженный болевой синдром.

Учитывая отсутствие клинического эффекта от проводившейся в течение длительного срока противоязвенной терапии, больному в комплексе с другими противоязвенными средствами был назначен продектин. Уменьшение болевого синдрома было отмечено на 7—8-е сутки от начала лечения, к 12-му дню боли полностью исчезли. Концентрация свободных кининов в крови снизилась к этому сроку до 3,3 нг/мл. К моменту выписки из стационара, через 30 дней, достигнута полная клиническая ремиссия. Язва зарубцевалась.

УДК 611.145.6:616—073.756.5

Я. Н. Ниязов (Уфа). Выявление добавочной доли непарной вены на крупнокадровой флюорограмме

При анализе 22 054 крупнокадровых флюорограмм грудной клетки в передней прямой проекции нами выявлено наличие добавочной доли непарной вены у 59 человек — 35 мужчин и 24 женщин. Как известно, при наличии добавочной доли непарной вены эта вена проходит сзади не под медиастинальной плеврой, как обычно, а перекидывается через верхушку легкого, вдавливаясь в легочную ткань с дупликацией висцеральной плевры и впадает в верхнюю полую вену.

При рентгенологическом и флюорографическом исследовании орторентгенографно расположенная часть этой вены контурируется в виде резко очерченной теневой полоски, проходящей от верхушки легочного поля вниз и медиально и заканчивающейся интенсивной овальной величиной с горошину в виде «пламени» или перевернутой запятой.

Эта теневая полоса видна в медиальной части правой верхней доли в виде нежной выпуклой линии, начинающейся по середине или в латеральной части правой верхушки, затем идущей книзу и медиально по направлению к средостению и присоединяющейся к последнему большей частью на уровне хряща второго ребра.

Положение теневой полосы зависит от размеров добавочной доли непарной вены. В некоторых случаях эта полоса занимает всю подключичную и надключичную область.

Нами обнаружено 3 варианта расположения, протяженности и формы тени добавочной доли непарной вены. У 16 человек теневая полоса дупликации плевры и непарной вены занимала всю верхнюю правую долю, охватывая латеральную зону; у 19 она проходила краевым контуром по срединной (среднеключичной) зоне и у 24 занимала медиальную зону, проходя по паравerteбральной линии.

В некоторых наблюдениях на передней прямой флюорограмме тень непарной вены и ее дупликации не выявляется, а обнаруживается в задней прямой флюорограмме.

При патологических процессах в сердце, легких, средостении, печени, сопровождающихся застоем в непарной вене, на крупнокадровой флюорограмме меняются конфигурация, величина, протяженность и форма тени непарной вены в правом трахеобронхиальном углу. В части случаев это может вызвать трудности в дифференциации ее от тени увеличенных лимфатических узлов и ограниченных осумкованных медиастинальных плевритов, ателектазов.

Наши данные показывают, что при флюорографическом обследовании можно обнаружить наличие добавочной доли непарной вены и провести дифференциальную диагностику этой аномалии.