

В узловатых зобах число узлов было от 1 до 15, различных размеров (до $7 \times 7 \times 4$) и веса (до 110,0).

Узлы отделены от окружающей ткани или нежной прослойкой из соединительной ткани, или грубыми разрастаниями ее до 0,5 см. Консистенция узлов — или мягкая, или плотная, некоторые обызвествлены. Узлы чаще коллоидного вида, реже — паренхиматозного. Располагаются они больше в правой доле, иногда тотально и реже — только в перешейке.

При гистологическом исследовании 105 щитовидных желез (не зобных) установлено следующее:

Коллоид слабо окрашивался в 32 железах, интенсивно — в 65, неравномерно — в 7 и базофильно — в одной. Слабая вакуолизация была в 62 железах, умеренная — в 37, обильная — в одной и в 5 отсутствовала. Межуточная соединительная ткань была слабо развита в 48 железах, умеренно — в 51, значительно — в 5 и избыточно — в одной.

Строение 17 диффузных зобов коллоидное (микрофолликулярное — в 5 и макрофолликулярное — в 12).

Из 40 узловых зобов 28 — коллоидных, 7 — паренхиматозных и 5 — смешанных. 27 коллоидных зобов макрофолликулярные.

Паренхиматозные зобы в большинстве случаев окружены умеренно выраженной соединительнотканной капсулой, микроскопически состоят из мелких фолликул и тубулей преимущественно без коллоида.

Смешанные коллоидно-паренхиматозные зобы состоят из узлов-очагов микрофолликулярного коллоидного строения и очагов паренхиматозного микрофолликулярного, чаще неколлоидного, тубулярного и трабекулярного характера.

Гистологически из 48 детских щитовидных желез 37 коллоидного, 8 паренхиматозного, 3 смешанного строения.

Коллоидные детские щитовидные железы все микрофолликулярны, коллоид слабо окрашивается. Вакуолизация слабая, иногда отсутствует.

Паренхиматозные детские щитовидные железы состоят из мелких фолликул, тубулей, большей частью без коллоида.

Детские железы со смешанным строением состоят из мелких фолликул с коллоидом и без него.

Зоба у детей не обнаружили, но у 28 (из 48) вес железы был увеличен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милославский В. В. Казанский мед. журн., 1959, 1.—2. Полянцева А. А. и Полянцева А. И. Казанский мед. журн., 1935, 10.—3. Порываев Н. Ф. Юбилейный сб. научн. конф. КГМИ, 1960, Казань.

Поступила 11 марта 1961 г.

О РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА

Б. Н. Невский

Государственный научно-исследовательский институт уха, горла и носа
Министерства здравоохранения РСФСР (директор — проф. Н. А. Бобровский)

Как известно, инородные тела пищевода при несвоевременном их распознавании и удалении могут приводить к опасным для жизни осложнениям. Если наилучшим методом удаления является эзофагоскопия, то производство ее с диагностической целью при подозрениях в отношении инородных тел пищевода вместо рентгеновского обследования нецелесообразно. Нецелесообразно начинать с эзофагоскопии в таких случаях не только в силу безразличности для больного этого вмешательства, но и потому, что в большом проценте в таких случаях вместо инородного тела пищевода выявляются лишь оставшиеся после его проглатывания повреждения слизистой оболочки, при лечении которых эзофагоскопия не только бесполезна, но нередко оказывается по существу даже излишней травмой. По данным ряда авторов (Н. Н. Лозанов, 1946; М. С. Михелович, 1958; Schlemmer, 1929), количество таких эзофагоскопий, проведенных без предварительного рентгенологического исследования, колеблется от 30 до 84%. Кроме того, следует иметь в виду, что возможности диагностики инородных тел с помощью эзофагоскопии ограничены, поскольку эзофагоскопической трубкой можно пройти мимо инородного тела, которое, будучи прикрыто отечной слизистой оболочкой, останется в таком случае нераспознанным. Видимо, этими причинами объясняется указание 27-го Всесоюзного съезда хирургов (Москва, 1960 г.), в решениях которого записано: «Никакие мероприятия на пищевом не должны предприниматься без предварительного рентгенологического исследования пищевода, которое не только полностью ориентирует в наличии инородного тела и уровне его на-

хождения, но и позволяет судить о состоянии стенки пищевода и окружающих его тканей».

Рентгенодиагностика инородных тел пищевода в начале XX столетия осуществлялась с помощью рентгеноскопии с введением контрастной взвеси, выявляющей закупорку пищевода при obturirующих инородных телах, а также с помощью нативной рентгеноскопии с рентгенографией в расчете на инородные тела, задерживающие лучи, что свойственно лишь веществам с высоким атомным весом.

Большую роль для обнаружения рентгенопрозрачных инородных тел в пищеводе сыграла отмеченная еще Ленком (1923) способность более жидкой контрастной взвеси оседать на поверхности тел и, обволакивая их, давать на экране характерную тень, на основе чего был разработан специальный метод (С. В. Иванова-Подобед, 1932, 1937). Применяя при рентгенологическом исследовании взвесь сернокислого бария пастообразной консистенции с последующей дачей воды для смывания остатков бария из складок и травмированных участков слизистой пищевода, она отметила возможность обнаружения и мелких инородных тел. Лишь у 5,7% больных при таком методе имеющееся инородное тело оказалось не выявленным и было обнаружено при повторном исследовании. Она отметила также возможность симуляции инородного тела барием, затекающим в перфорационное отверстие в стенке пищевода.

Выявление при рентгенологическом исследовании с применением контрастной взвеси инородных тел пищевода органического происхождения имело место по М. И. Тальвину (1940) лишь в 78,6%.

Вместе с тем, многие авторы (А. К. Ишукова и В. В. Калашникова, 1960; В. М. Ковалевич, 1959; С. Н. Яралов, 1934 и др.) описывают случаи, когда не удается обнаружить инородные тела применением контрастной взвеси, вследствие чего несвоевременное их удаление может привести к летальному исходу (Н. П. Белкина, 1960; М. А. Гольдштейн, 1949; Е. А. Норейко, 1958; Г. А. Подоляк, 1961).

Замечено, что контрастная масса в пищеводе после рентгенологического исследования затрудняет последующую эзофагоскопию, а М. Я. Шапиро (1957) даже приводит случаи гибели больного вследствие перфорации пищевода при отмывании и отсасывании бария во время эзофагоскопии.

Ошибочные заключения возможны и при задержке контрастной массы в травмированных участках слизистой оболочки (А. А. Бари, 1938; М. С. Розенблат и И. Я. Балабан, 1939 и др.) или вследствие спазма пищевода (О. К. Пятакина, 1950). Поэтому для дифференцирования спадин от инородных тел пищевода Ю. А. Френкель и Г. М. Тавинин (1931), С. М. Фридман (1940) и Manges (1927), Г. И. Рылова (1946) предлагали пользоваться методом Wilson'a (1925), который основан на задержке инородным телом мелко расщепленной проглоченной ватки, импрегнированной бариевой взвесью.

Так как применение контрастной взвеси или проба с ваткой неубедительны, а иногда затрудняют последующую эзофагоскопию, исследователи еще со времени опубликования работы Spiess'a (1925) пытались пользоваться для диагностики инородных тел пищевода бесконтрастной рентгенографией.

Несовершенная аппаратура того времени, однако, не позволяла получать достаточно четких рентгенограмм. Более совершенная методика рентгенографии шейного отдела пищевода была разработана лишь позднее (Г. М. Земцов, 1948), когда стало возможным диагностировать очень мелкие инородные тела и незначительные травматические и воспалительные изменения в шейном отделе пищевода.

Для выяснения ценности применения боковой бесконтрастной рентгенографии шеи в диагностике инородных тел и травматических повреждений пищевода нами проведены наблюдения с сопоставлением клинических и рентгенологических данных исследования больных, находившихся на лечении в клинике Института в 1958—61 гг.

За этот период на лечении находилось 424 больных с инородными телами и 107 — с повреждениями пищевода в возрасте от 14 до 98 лет (мужчин 171, женщин 360).

Инородными телами в пищеводе оказались рыбы (275), бараньи, телячьи и кроличьи (137), птичьи кости (65), пищевые завалы (31), зубные протезы (4), прочие предметы (стекло, лимонная корка, семя подсолнуха, фруктовые косточки, вилка, проволочка, швейная игла) (19).

Пищевые завалы отмечались не только у лиц с рубцовым сужением пищевода (последние наблюдались нами у 24 больных — 4,5%). Металлические инородные тела (вилка, швейная игла и зубной протез со стальными крючками) наблюдались лишь у 3 больных (0,5%). Всего кости как инородное тело и травмирующий агент встретились в 89,9% всех случаев.

По локализации (см. рис. 1) инородные тела в пищеводе располагались следующим образом: на уровне 1 физиологического сужения — 288, между 1-м и 2-м физиологическими сужениями — 90, на уровне 2-го физиологического сужения — 18 и ниже 2-го физиологического сужения — 28. Таким образом, в шейном отделе пищевода локализовалось 86,1% всех инородных тел, а в грудном только 13,9%. Больные с повреждениями шейного отдела пищевода составили 87,9%, грудного — 12,1%.

Основной жалобой, вынуждавшей больных обращаться за помощью, была боль в области пищевода как при глотании, так и в спокойном состоянии (отмечена у 85,4% всех больных). В 3,3% случаев больные жаловались на полную непроходимость пищевода, и у 11,3% больных наблюдались одновременно боль, слюнотечение и непроходимость. Полная непроходимость наблюдалась только при пищевых завалах.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что симптом Джексона (застой слюны в грушевидных ямках) отмечен лишь у 17,6% лиц с инородными телами пищевода. В то же время он был положительным у 14% и при травматических повреждениях пищевода; поэтому, основываясь лишь на нем, трудно установить наличие или отсутствие инородного тела в пищеводе.

Всего рентгенологически обследовано 519 человек, из них с инородными телами пищевода — 415.

У 346 (83,4%) больных было диагностировано инородное тело, у 42 (10,1%) высказано подозрение о его присутствии, и у 27 (6,5%) дано отрицательное заключение.

О преимуществах того или иного метода свидетельствуют следующие данные. Нативная рентгеноскопия проведена 58 больным, при которой только у 3 (5,2%) выявлены инородные тела (2 большие говяжьи кости и зубной протез с металлическими крючками).

Рентгеноскопия с бариевой взвесью применялась у 55 человек, причем инородные тела обнаружены у 40 (72,7%). У 4 инородные тела локализовались в шейном отделе пищевода, а у 36 — в грудном. У 9 отмечена полная закупорка пищевода, у 28 — стойкая задержка контрастной взвеси, у 2 — обтекание инородного тела контрастной взвесью, и у одной инородное тело прошло в желудок в момент исследования.

Необходимо отметить, что отыскание инородного тела при последующей эзофагоскопии в бариевых массах, особенно при рубцовых изменениях в пищеводе, было затруднено.

У 11 больных (20%) при исследовании с бариевой взвесью получены отрицательные результаты: 8 из них обследованы неоднократно ранее в других лечебных учреждениях с отрицательными результатами. У одного из них инородное тело и не могло быть обнаружено, так как находилось подслизисто.

У всех 8 больных, обследованных рентгеноскопически, ранее с отрицательными результатами, инородные тела были обнаружены в нашей клинике на боковой рентгенограмме шеи.

Остальные не обнаруженные рентгеновским методом инородные тела у 3 больных локализовались в грудном отделе пищевода. Лишь у 4 больных высказано подозрение на инородное тело из-за нехарактерности картины.

Боковой бесконтрастной рентгенографией шейного отдела пищевода обследовано 357 человек по методике, заключающейся (по Г. М. Земцову, 1948) в следующем:

Больной усаживается на стул с подголовником строго в боковом положении так, чтобы сагиттальная плоскость шеи была параллельна кассете с рентгенопленкой (13 × 18 см), а центральный луч трубки падал строго перпендикулярно к обеим этим плоскостям на уровне щитовидного хряща. Пленка отстоит на ширину надплечья (15—20 см) и захватывает по уровню область от первого шейного позвонка до ключицы (первого грудного позвонка). Подбородок несколько приподнят, а плечи исследуемого максимально опущены книзу и развернуты. Фокусное расстояние не менее 2 метров. Узкая диафрагма исключает рассеивание. Лучи жесткие. Напряжение 95—100 кV, сила тока — 50 мА. Снимок производится при задержке дыхания на глубине физиологического вдоха при полной неподвижности пациента. Экспозиция 0,5—1 секунда в зависимости от толщины мягких тканей шеи. При этих условиях получается контрастная четкая рентгенограмма с большим количеством мелких деталей и резким рисунком мягких тканей, позволяющим судить об изменениях в этих последних.

Для томографии глотки и шейного отдела пищевода исследуемый укладывается лицом вниз. Голова опирается на приподнятый подбородок. Уровень срезов — 3 и 4 см от передней поверхности шеи. Угол качания маятника 50°, фокус — 90—100 см. Напряжение — 90 кV, сила тока — 50 мА. Экспозиция — 0,5—1,5 сек. Применяется отсеивающая решетка.

По вышеописанной методике у 303 (84,9%) обнаружены инородные тела. Представляют интерес 4 наблюдения, когда на рентгенограммах документированы так называемые «рентгенопрозрачные» инородные тела — хлеб, колбаса и куски мяса. Это еще раз подчеркивает большую разрешающую способность данного метода.

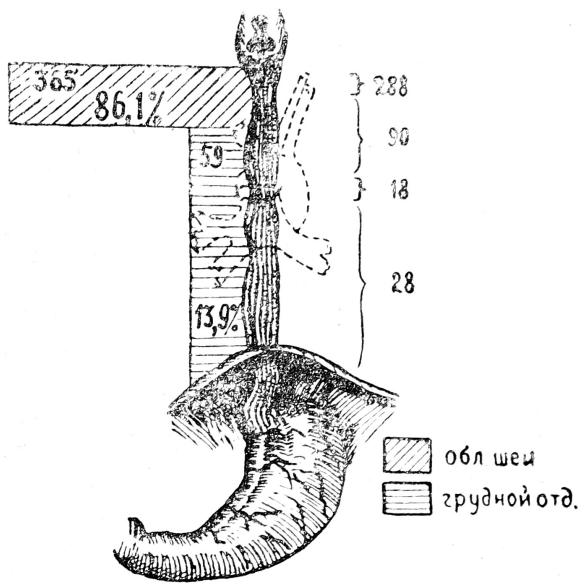


Рис. 1. Локализация инородных тел в пищеводе.

Достаточно отчетливо определялись тонкие мелкие рыбы кости от 0,5 мм. У 9 больных инородные тела находились подслизисто (подтверждено клинически или рентгенограммами в «косых» положениях, а у больного К. томографическим исследованием). У одной больной на сериях рентгенограмм за время пребывания ее в клинике отмечено рассасывание инородного тела. Безусловно, в этих случаях исследование с контрастной взвесью не дало бы результатов.

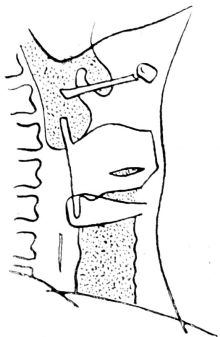


Рис. 2. Схема рентгенограммы шейного отдела пищевода. Наличие тени инородного тела на уровне С₇.

У 16 больных (4,5%) инородные тела на рентгенограммах по этому методу обнаружены не были, так как у 8 из них находились в грудном отделе пищевода, а у 5 были пищевые завалы, не давшие тени, хотя и отмечалось локальное расширение позадитрахеальной тени. В одном случае инородным телом был пластмассовый протез, не задерживавший рентгеновых лучей (удален при эзофагоскопии), в одном — очень мелкое инородное тело; в одном случае инородное тело не выявлено вследствие несоблюдения техники исследования: на повторном снимке с опущенным плечевым поясом инородное тело было обнаружено.

Подозрение на инородное тело при боковой бесконтрастной рентгенографии высказано у 38 человек (у 37 были очень мелкие инородные тела, и у одного больного инородное тело находилось в грудном отделе пищевода). Если исключить случаи с нахождением инородного тела в грудном отделе пищевода (9) и с технически неправильным проведением исследования (1), то на 348 больных с локализацией инородных тел в шейном отделе пищевода боковая бесконтрастная рентгенография обеспечила правильный диагноз у 87,3% (304 чел.), а отрицательные данные были у 2% (7 чел.). Необходимо отметить, что у 5 больных (из 7 с отрицательными данными) на рентгенограммах отмечался симптом «локального расширения позадитрахеальной тени», который был связан с расширением просвета пищевода пищевыми завалами. Этот симптом следует

использовать для диагноза, особенно при учете характерных жалоб больных на полную непроходимость пищевода.

Ценность боковой бесконтрастной рентгенографии повышается тем, что она дает возможность диагностировать одновременно вызванные инородными телами повреждения и воспалительные изменения. Таковые мы наблюдали на рентгенограммах у 50 больных, даже в ранние сроки исследования после заглатывания инородных тел.

Вызывают определенный интерес результаты рентгенологического исследования больных с травматическими повреждениями пищевода, когда инородные тела к моменту поступления больных уже опустились в желудок: из 105 больных у 8 отмечена стойкая задержка бариевой взвеси в травмированной слизистой оболочке пищевода, симулировавшая инородное тело.

У 8 больных на рентгенограммах за инородные тела ошибочно приняты участки окостенения щитовидного (4) и перстневидного (2) хрящей, а также бугорок Шассеняка и обызвествленная долька щитовидной железы (по одному). Это подчеркивает необходимость знания врачами вариантов окостенения хрящей гортани. Инородное тело в таких случаях может быть исключено контрастным исследованием пищевода, томографией или рентгенографией в «косых» положениях.

Для получения так называемой «косой» рентгенограммы достаточно повернуть стул вместе с исследуемым из строго профильного положения на 10—15° в ту или другую сторону и произвести экспозицию (фокусное расстояние 2 м, напряжение 95—100 кВ, сила тока — 50 мА). Инородные тела в просвете пищевода сместятся очень незначительно и останутся на фоне пищевода, тогда как инородные тела вне пищевода сместятся на значительно большее расстояние и перестанут проецироваться на пищевод (середину позадитрахеальной тени). То же относится и к плотным образованиям: участкам обызвествления хрящей гортани и долек щитовидной железы.

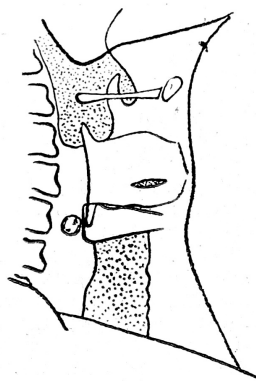


Рис. 3. Схема боковой рентгенограммы шейного отдела пищевода. Наличие тени, подозрительной на инородное тело.

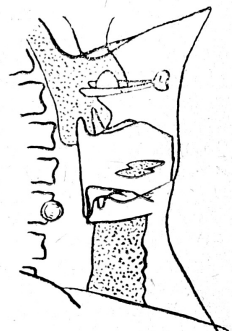


Рис. 4. Рентгенограмма шейного того же больного в косом положении. Тень сместилась и проецируется на тело С₆ — принадлежит обызвествленной долке щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бари А. А. ЖУНГБ, 1938, 6. — 2. Белкина Н. П. ВОРЛ, 1960, 1. — 3. Гольдштейн М. А. ВОРЛ, 1949, 2. — 4. Земцов Г. М. В кн.: Тез. докл. 4-й науч. сесс. Центрального научно-иссл. ин-та по бол. уха, горла и носа, 1948, 9—10; Вест. рентгенол. и радиол., 1952, 6. — 5. Иванова-Подобед С. В. Сов. хир., 1932, т. 3, 1—2; В кн.: Рентгенология и онкология. Харьков, 1937. — 6. Ишукова А. К. и Калашникова В. В. В кн.: Труды Омского отделения Всесоюзного о-ва оториноларингологов, Омск, 1960. — 7. Ковалевич В. М. В кн.: Сб. научн. трудов Ростовского мед. ин-та, кн. 11, 1959. — 8. Лозанов Н. Н. Сб. науч. докл. Казанского оториноларингологического общества, Казань, 1946. — 9. Михелович М. С. ВОРЛ, 1958, 2. — 10. Норейко Е. А. ВОРЛ, 1958, 3. — 11. Пяткина О. К. ВОРЛ, 1950, 6. — 12. Подоляк Г. А. ВОРЛ, 1961, 4. — 13. Розенблат М. С. и Балабан И. Я. ЖУНГБ, 1939, 4—5. — 14. Тальвин М. И. Сб. тр. Ленинградского научно-практического ин-та по бол. уха, носа, горла и речи. Л., 1940. — 15. Френкель Ю. А. и Тавинин Г. М. Вестник риноларинго-отитрии. 1931, 3—4. — 16. Фридман С. М. ВОРЛ, 1940, 4—5. — 17. Шапиро М. Я. ВОРЛ, 1957, 2, 25—30. — 18. Яралов С. Н. ЖУНГБ, 1934, 4. — 19. Lenk R. Fortschritte a. d. G. der Röntgenstrahlen, 1923—1924, Bd. 31, 5—6. — 20. Manges W. Am. J. Roentgenology and Radium-Theraphy. 1927, v. 17, 1. — 21. Schlemmer F. Oesophagus Fremdkörper. Denker—Kahler's. Handbuch. 1929, 9, 10. — 22. Spiess G. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1925, Bd. 33, H. 2. — 23. Wilson W. British Med. J., 1925, № 3353.

Поступила 2 июля 1962 г.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТЫХ СПОСОБОВ ПАХОВЫХ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ

А. И. Барышников

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. А. М. Аминев)
Куйбышевского медицинского института

Несмотря на значительные успехи в области оперативного лечения паховых грыж, его результаты нельзя считать вполне удовлетворительными. Об этом свидетельствуют возникающие вследствие грыжесечений повреждения кишечника, мочевого пузыря, атрофия яичка и рецидивы.

Для проверки эффективности простых способов паховых грыжесечений и рациональности их применения нами изучены ближайшие результаты 3296 операций и прослежены отдаленные исходы 1979 грыжесечений. Среди оперированных мужчин было 1645 (86,8%), женщин — 250 (13,2%). На 1979 операций у 1895 обследованных установлено 180 рецидивов (9,1%).

Подтверждается общеизвестный факт, что рецидивы грыж с возрастом прогрессивно увеличиваются. 81,2% возвратов возникло в течение первого года с момента операций, 12,2% — на протяжении второго и третьего года и 3,9% — после трех лет; в 2,7% срок появления рецидивов не указан. У оперированных с продолжительностью заболевания до 2 лет возвраты наблюдались в 7,5%, от 3 до 5 лет — в 11,5%, от 6 до 10 лет — в 15,2% и свыше 10 лет — в 18,5%.

Рецидивы прямых грыж нам встречались в 2 раза чаще, чем косых. Рецидивные грыжи дали 19,4% возвратов, ущемленные — 9,8%, свободные (первичные) — 6,1%, врожденные — 5,4%. После операций по поводу малых грыж отмечено 6,5% рецидивов, средних — 13,4% и больших — 27%. У больных с шириною паховых отверстий, равных пальцу, возвраты грыж наблюдались в 6,2%, двум пальцам — в 9,7%, трем пальцам — в 13,1% и более, чем трем пальцам, — в 20,7%.

По способу Спасокукоцкого сделано 897 операций, давших 73 рецидива — 8,2%, по методу Ру—Оппеля соответственно 480 и 46 (9,6%); по Жириару — 429 и 38 (9%). У тех, кто оперирован по способу Мартынова, возвраты грыж не встречались. Ввиду незначительного числа наблюдений эти данные нельзя считать вполне убедительными. Однако если принять во внимание сведения С. З. Горшкова, получившего у 374 оперированных по методике Мартынова 5,4% рецидивов, то и наши данные приобретают реальное значение.

Для определения степени травматичности паховых грыжесечений нами изучалось состояние кремаштерных рефлексов как до операции, так и в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки наблюдения (от 6 месяцев до 11 лет). Полученные данные подтверждают концепцию проф. А. М. Аминева о том, что при менее травматичных способах паховых грыжесечений мышцы, поднимающие яичко, повреждаются реже, чем после применения более травматичных методов операций. Это подтверждается, в свою очередь, частотой восстановления кремаштерных рефлексов в послеопе-