

“Грудной желудок”

В.С. Кузин, А.Л. Юдин

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
с курсом лучевой диагностики ФУВ РГМУ МЗ РФ

Пациент Н., 49 лет, обратился в поликлинику с жалобами на чувство распирания в груди, отрыжку. При рентгеновском исследовании органов грудной клетки (рис. 1) обнаружено расширение тени средостения за счет округлого гигантского образования в нижнем отделе грудной полости, нижним краем сливающегося с диафрагмой, неоднородной структуры, с ровными и четкими контурами. В правой части образования видна воздушная полость округлой формы с ровными, четкими стенками. Газовый пузырь желудка под диафрагмой не определяется.

Заключение: новообразование средостения (?), диафрагмальная грыжа (?).

На компьютерных томограммах (рис. 2) желудок, селезеночный угол толстой кишки, большой сальник располагаются в грудной полости, пищевод укорочен, диаметр пищеводного отверстия диафрагмы увеличен. Желудок повернут на 180°, при этом большая кривизна обращена вправо, а малая – влево.

Учитывая отсутствие в анамнезе травмы, относительно молодой возраст пациента, короткий пищевод и размеры грыжевого выпячивания, можно предположить, что речь идет о “грудном желудке”. “Грудной желудок” относится к группе врожденных грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Под диафрагмальной грыжей понимается выход органов брюшной полости через отверстие в диафрагме в грудную полость вне зависимости от наличия или отсутствия грыжевого мешка [1].

Главным признаком как истинной, так и ложной диафрагмальной грыжи (трансдиафрагмального пролапса), определяемым при всех лучевых методах, служит появление в грудной полости необычного образования, неотделимого от диафрагмы. Оно четко отграничено от легочной ткани, если нет плевральных наслоений [2].

Существует большое количество классификаций диафрагмальных грыж (по локализа-



Рис. 1. Рентгенограммы грудной клетки. В нижнем отделе грудной клетки определяется гигантское образование с воздушной полостью округлой формы.

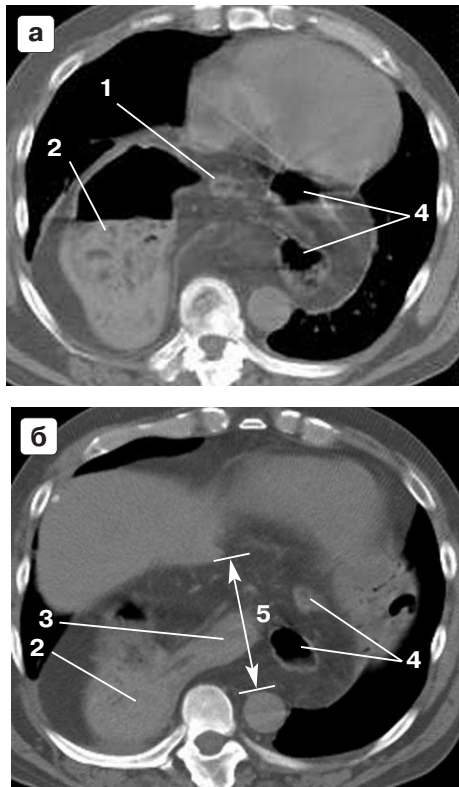


Рис. 2. Компьютерные томограммы: а – на уровне желудочков сердца, б – на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. 1 – пищевод, 2 – желудок, 3 – двенадцатиперстная кишка, 4 – толстая кишка, 5 – края пищеводного отверстия диафрагмы.

ции, по содержимому, по генезу образования и т.д.). Обычно диафрагмальные грыжи делят на две большие группы – врожденные и приобретенные. Врожденные, в свою очередь, делятся на врожденные дефекты купола диафрагмы и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В последней группе выделяют так называемый “грудной желудок”.

В настоящее время наблюдается тенденция роста врожденных пороков, и в частности врожденных диафрагмальных грыж.

Воілу в 1919 г. описал, а впоследствии назвал “грудным желудком” патологическое состояние, при котором весь желудок или большая его часть располагается в грудной полости, причем как в вертикальном положении пациента, так и в горизонтальном.

Желудок появляется на 4-й неделе внутриутробной жизни и представляет собой веретенообразное расширение передней кишки, которое расположено позади зачатка сердца. В последующие стадии развития (3–4-й месяцы) происходит перемещение желудка – поворота его вокруг сагиттальной и продольной

осей. При повороте вокруг сагиттальной оси желудок переходит из вертикального положения в косое. При этом краниальный отдел желудка перемещается влево, пилорический – вправо. Поворот вокруг продольной оси приводит к тому, что левая поверхность желудка становится передней, а правая – задней, в результате этого большая кривизна обращена влево и книзу, малая – вправо и вверх. Одновременно с поворотами совершается перемещение желудка в каудальном направлении [3].

Если это опускание запаздывает, то поясничная часть диафрагмы развивается не полностью и пищеводное отверстие диафрагмы образуется вокруг закладок желудка (вокруг нижележащих отделов кишечника), а не вокруг нижнего конца пищевода. Это, в свою очередь, приводит к образованию широкого пищеводного отверстия диафрагмы и ослаблению мышечного кольца [4].

“Грудной желудок” не имеет грыжевого мешка в виде серозной оболочки, таким образом он относится к ложным диафрагмальным грыжам. По локализации он относится к грыжам пищеводного отверстия диафрагмы. По объему грыжевого содержимого он относится к тотальной либо к субтотальной желудочной грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Также необходимо отметить, что при “грудном желудке” всегда отмечается укорочение пищевода.

Обращают на себя внимание диагностические ошибки, которые неизбежно возникают при диагностике данной, довольно редкой патологии. М.З. Каушанский и Х.М. Салита (1962) описали два случая “грудного желудка”, в первом случае у девочки 5 лет первоначально был поставлен диагноз первичного туберкулезного комплекса. Во втором случае у пациентки 33 лет “грудной желудок” первоначально определили как воздушную кисту правого легкого.

С.А. Райгородский (1962) описал случай грудного желудка у больной 36 лет. У женщины после профилактического рентгенологического исследования грудной клетки был поставлен диагноз эхинококковой кисты правого легкого, которая впоследствии оказалась “грудным желудком”.

И.А. Кабатова, Х.М. Салита (1961) описали случай “грудного желудка” у мальчика 5 лет, которому был поставлен диагноз нагноившейся кисты правого легкого, по поводу чего произведена правосторонняя торакотомия. В нижней трети средостения найдена большая часть желудка, низвести которую в брюшную по-

лость не представлялось возможным ввиду наличия короткого пищевода.

Данные клинические случаи указывают на необходимость более детального изучения выявляемой патологии с применением современных методов лучевой диагностики.

Несмотря на довольно редкое местоположение желудка в грудной полости, это состояние требует дифференциальной диагностики и может наблюдаться в нескольких случаях.

1. Травматическая грыжа, которая образуется вследствие баротравмы со стороны брюшной полости либо при проникающем ранении с рассечением диафрагмы. При наличии анамнестических данных затруднения при постановке диагноза не возникает.

2. Приобретенная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, связанная с инволютивными изменениями, при которых теряются свойства соединительной ткани, входящей в состав пищеводного отверстия диафрагмы, что приводит к ее истончению, а впоследствии и к прободению. В данном случае косвенным признаком является преклонный возраст, а также, как правило, неизменная длина пищевода.

3. Релаксация диафрагмы. Истонченная часть купола диафрагмы является грыжевым мешком.

4. Врожденные дефекты купола диафрагмы. Как правило, пищевод не укорочен, грыжевое содержимое может быть низведено в брюшную полость, а дефект диафрагмы хирургически устранен.

КТ-картина позволяет не только однозначно дать заключение о наличии у пациента диафрагмальной грыжи, но и позволяет определить содержимое грыжи, в частности наличие в грыжевом мешке сальника.

Список литературы

1. Рабкин И.Х., Акпербеков А.А. Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений диафрагмы. М., 1973. 93 с.
2. Линденбраден Л.Д. Лучевая диагностика повреждений диафрагмы // Радиология – практика. 2001. № 2. С. 6–21.
3. Корнев М.А., Надъярная Т.Н. Анатомия человека от эмбриогенеза до зрелости. СПб.: Фолиант, 2002. 137 с.
4. Тагер И.Л., Липко А.А. Клинико-рентгенологическая диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Ташкент: Медицина, 1965. 30 с.

Системный магистральный кровоток нижней доли левого легкого (клиническое наблюдение)

Н.С. Семеновых, А.Л. Юдин

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
с курсом лучевой диагностики ФУВ РГМУ МЗ РФ*

Пациент И., 45 лет, наблюдался по поводу пневмонии в нижней доле левого легкого. После проведения курса антибиотикотерапии состояние больного улучшилось, клинико-лабораторные показатели нормализовались. На повторных обзорных рентгенограммах сохраняется усиленный деформированный легочный рисунок (рис. 1). Ретрокардиально, в хвостовой части корня левого легкого, определяется тень неправильной округлой формы с нечеткими неровными контурами (рис. 2). С подозрением на рак легкого пациент был направлен на компьютерную томографию для дообследования.

При спиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастным усилением

(100 мл “Ультрависта-370” (Shering), скорость 3 мл/с) диаметр левой легочной артерии значительно сужен (гипоплазия), верхнедолевая ветвь располагается кпереди от верхнедолевого бронха (рис. 3а), нижнедолевая ветвь легочной артерии левого легкого не визуализируется (рис. 3б). Нижняя легочная вена и ее ветви нормально сформированы, несколько расширены, впадают в левое предсердие (рис. 3в). На уровне Th₈ определяется отходящий от аорты извитой сосуд диаметром 1,8 см, многократно ветвящийся в базальных сегментах нижней доли левого легкого (рис. 3в). Сосуды нижней доли левого легкого расширены. В правом легком ход и калибр сосудов не изменены.



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма в прямой проекции: усиление и деформация легочного рисунка.

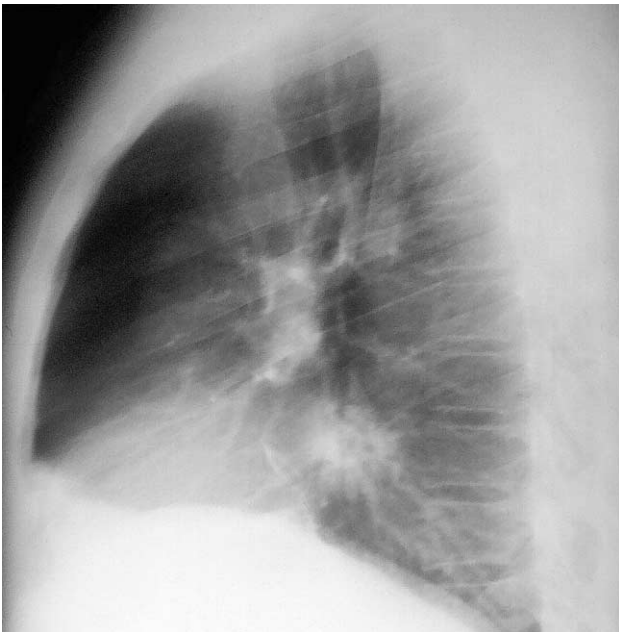


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма в боковой проекции: ретрокардиальная тень в области хвостовой части корня левого легкого.

Бронхиальное дерево, в том числе и в нижней доле левого легкого, сформировано нормально. Очаговые и инфильтративные изменения в легочной паренхиме не выявлены. Заключение: магистральное системное кровоснабжение базальных сегментов левого легкого со сбросом крови в нижнюю легочную вену.

Данное состояние является редкой врожденной аномалией и заключается в отхождении от аорты дополнительной (системной) артерии к базальным сегментам нижней доли левого легкого. Клинически данная аномалия

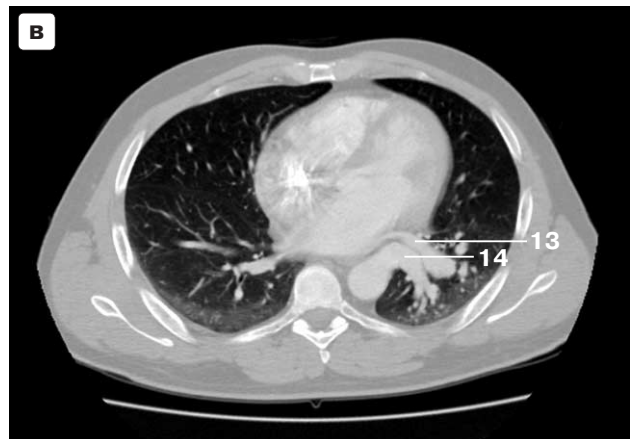
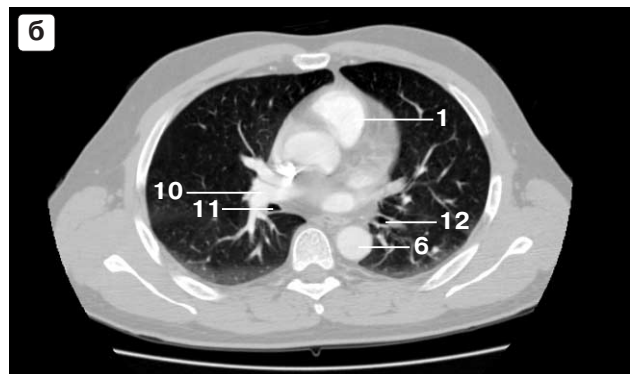
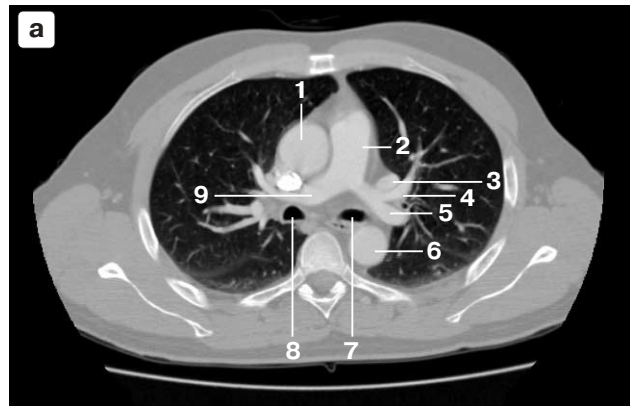


Рис. 3. КТ с контрастным усилением: а – на уровне Th_5 , б – на уровне Th_6 , в – на уровне Th_8 . 1 – восходящая часть аорты, 2 – легочный ствол, 3 – левая верхняя легочная вена, 4 – верхнедолевая ветвь левой легочной артерии, 5 – язычковая ветвь левой легочной артерии, 6 – нисходящая часть аорты, 7 – левый главный бронх, 8 – правый главный бронх, 9 – правая легочная артерия, 10 – нижнедолевая ветвь правой легочной артерии, 11 – правый нижнедолевой бронх, 12 – нормально сформированный левый нижнедолевой бронх, отсутствие нижнедолевой ветви левой легочной артерии, 13 – левая нижняя легочная вена, 14 – aberrантный сосуд, кровоснабжающий нижнюю долю.

может протекать бессимптомно, проявляться кровохарканьем или выявляться при обследовании по поводу перенесенной левосторонней нижнедолевой пневмонии. Данные патологические изменения часто сочетаются с другими пороками развития органов грудной клетки и брюшной полости.

На обзорных рентгенограммах aberrантную системную артерию, идущую от нисходящего отдела грудной аорты, можно увидеть как ретрокардиальное образование, однако зачастую она не выявляется при рентгенологическом исследовании. Кроме того, рентгенологическим признаком иногда служит отсутствие тени нижнедолевой легочной артерии, наблюдающейся здесь в норме, и усиление легочного рисунка в нижней доле левого легкого.

При компьютерной томографии с внутривенным контрастным усилением можно выявить следующие изменения: идущую от нисходящего грудного отдела аорты артерию сигмовидной формы, которая несет системный кровоток к базальным сегментам левого легкого. Аномальная артерия обычно имеет толстую и эластичную стенку. Отток крови от базальных сегментов нижней доли левого легкого, как и в норме, осуществляется в нижнюю легочную вену, имеющую обычный или несколько увеличенный диаметр. При этом нижнедолевая легочная артерия отсутствует. Кроме того, в базальных сегментах легкого определяются расширенные сосуды. Необходимо отметить нормально сформированное трахеобронхиальное дерево и отсутствие патологических изменений в легочной паренхиме.

Дифференцировать данную аномалию следует с секвестрацией легкого, при которой, так же как и в представленном нами наблюде-

нии, кровоснабжение участка легкого осуществляется через добавочный сосуд, в большинстве случаев отходящий от аорты. Отток крови может осуществляться через систему бронхиальных вен, через систему полунепарной вены или легочных вен, особенно если секвестрация расположена справа. Следует отметить, что при этой аномалии секвестрированная часть легочной ткани не имеет связи с трахеобронхиальной системой через нормально развитые бронхи, но большая часть секвестрированного участка может быть воздушна за счет коллатеральной вентиляции через поры Генле (Кона). На этом фоне может определяться образование округлой или овальной формы.

На рентгенограммах и компьютерных томограммах внутрилегочная секвестрация может выглядеть как интенсивное неравномерное затемнение овальной или округлой формы, обусловленное наличием безвоздушной легочной ткани.

Таким образом, рентгенологическая и КТ-картина в представленном нами случае схожа с данными при секвестрации легкого, но природа затемнения различна. При легочной секвестрации данное образование не накапливает контрастный препарат, так как обусловлено не тенью расширенных сосудистых структур, а изменениями в легочной ткани. Кроме того, важным дифференциальным признаком являются нормально сформированные и дренируемые бронхи, визуализируемые на компьютерных томограммах. Уточнить рентгенологическую картину и поставить диагноз позволил анализ данных компьютерной томографии без проведения инвазивного рентгенологического исследования.

ПО СТРАНИЦАМ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ МРТ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С НЕДАВНО РАСПОЗНАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

L. Liberman et al. (Am. J. Roentgenol. 2003. V. 180. P. 333–341) произвели МРТ молочной железы 223 женщинам, у которых в течение 6 мес до того был обнаружен рак другой молочной железы. На основании данных МРТ возникли показания к биопсии в 32% случаев (у 72 из 223 женщин). Биопсия выполнена в 61 случае, причем рак обнаружен у

12 женщин (в 20%). В 6 случаях это был протоковый рак in situ и в 6 – инвазивный рак (средний диаметр опухоли – 0,5 см). При этом клиническое исследование и маммография у всех 12 женщин не показали признаков рака.

ЛУЧЕВАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ ЖЕЛУДКА

Привлекает внимание содержательная статья А.Н. Горшкова с соавт. (Вестн. рентген. и радиол.

2002. № 5. С. 29–30), посвященная комплексному использованию рентгенологических, ультразвуковых и эндоскопических методик в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных изъязвлений желудка. Статья основана на материале исследования 156 больных, содержит детальное описание рентгенологических (включая компьютерную томографию), ультразвуковых и эндоскопических симптомов изъязвлений желудка и описание алгоритма эффективного применения этих методов.