

ID: 2023-05-24-T-19754

Тезис

Усова М.А.

Трудности дифференциальной рентгенодиагностики эпифренального дивертикула и аксиальной грыжи пищевода отверстия диафрагмы*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии имени профессора Н.Е. Штерна**Научный руководитель: к.м.н. Илясова Е.Б.*

Введение. В современной гастроэнтерологии среди дивертикулов пищевода эпифренальные дивертикулы занимают 3 место. Из-за наличия общих клинических и рентгенологических признаков их необходимо дифференцировать от аксиальной грыжи пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД).

Цель исследования: провести дифференциальную рентгенодиагностику эпифренального дивертикула пищевода и аксиальной ГПОД.

Материал и методы. Материалы: 7 пациентов с эпифренальным дивертикулом и 7 - с аксиальной ГПОД. Методы: рентгеноскопия желудка на рентгеновском аппарате с цифровой техникой.

Результаты. При анализе результатов рентгеноскопии желудка были выявлены общие признаки, явившиеся основанием для проведения дифференциальной диагностики: для дивертикула и ГПОД характерна овальная форма (при дивертикуле у 7 пациентов из 7, 100%, при ГПОД – у 7 из 7, 100%), длительная задержка контрастного вещества (у 3 из 7 пациентов, 42,8% с дивертикулом, и у 6 из 7 с ГПОД, 85,7%), наличие горизонтального уровня жидкости в вертикальном положении в наддиафрагмальном отделе при контрастировании пищевода, локализация (у 3 из 7 пациентов, 42,8% с дивертикулом, и у 6 из 7 с ГПОД, 85,7%). Отличительные признаки: при дивертикуле - наличие короткой узкой шейки, которой не бывает при грыже. Мешок дивертикула свисает книзу, образуя с пищеводом угол, открытый книзу (100%). При грыже пищевода отверстия диафрагмы выпячивание направлено вверх, образуя угол с пищеводом, открытый вверх (4 наблюдений из 7, 57,1%). Во всех случаях расширения пищевода отверстия диафрагмы при дивертикуле не отмечалось, но оно всегда расширено при ГПОД - более 1,5 см. На высоте вдоха при дивертикуле через пищеводное отверстие диафрагмы прослеживались 2 складки пищевода, а при ГПОД виден желудочный рельеф (более 3 складок) (7 из 7 наблюдений, 100%). Контуры дивертикула во всех случаях были ровными, а при ГПОД чаще отмечался симптом «зарубок» в виде симметричных вдавлений по контурам (у 4 из 7 пациентов, 57,1 %). Кроме того, при аксиальной ГПОД во всех случаях отмечалось увеличение эзофагокардиального угла более 90 гр. с высоким впадением пищевода в желудок.

Выводы. При появлении общих клинических признаков эпифренального дивертикула и аксиальной ГПОД необходимо проведение рентгеноскопии желудка, которая является достаточно информативной при проведении между ними дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: эпифренальный дивертикул, аксиальная ГПОД, дифференциальная диагностика