

Э. А. ПОГОСЯН

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ЛОЖНЫХ (ВТОРИЧНЫХ)
ВОЗДУШНЫХ КИСТ ЛЕГКИХ, ВОЗНИКШИХ НА ПОЧВЕ
СЕПТИЧЕСКОЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ

К ложным вторичным кистам легких относятся тонкостенные воздушные полости, образующиеся в определенном участке легкого. Причины, ведущие к образованию ложных кист, многочисленны. Это, прежде всего, острые и, особенно, хронические воспалительные процессы легких. Нами у 20 больных во время рентгенологического исследования легких обнаружены кистозные полости, возникшие на почве различных легочных заболеваний, из них было четверо детей в возрасте от 3 до 13 лет. Причиной образования этих полостей была септическая метастатическая пневмония. У 3 из них изменения в легких были обнаружены на фоне тяжелого септического состояния, у одного—состояние было средней тяжести. Двое детей болели остеомиелитом. У одного процесс был локализован в костях свода черепа, у другого—в левой голени. У третьего ребенка определились множественные гнойники в мягких тканях различных отделов туловища и конечностей, у четвертого—первичный очаг не установлен. Во всех случаях явления со стороны легких носили невыраженный характер или вообще не проявлялись симптомами легочного заболевания. Поводом для рентгенологического исследования органов грудной клетки явились однократное внезапное кровохарканье (в одном наблюдении) и высокая температура (в остальных наблюдениях). У всех больных в обоих легких были выявлены разбросанные по легочным полям округлые тенеобразования диаметром 1—1,5 см. В одном случае эти образования были настолько мелкими и нечетко контурированными, что были едва заметны. У другого же больного, наоборот, они достигали очень больших размеров. Клинико-рентгенологическое наблюдение над этими больными выявило своеобразную динамику изменений. Округлые тени увеличивались до определенных пределов, затем часть из них рассасывалась и исчезала бесследно, а часть превращалась в тонкостенные воздушные полости. У больных, которых нам удалось проследить, эти воздушные полости в дальнейшем исчезали. У одного больного процесс осложнился спонтанным пневмотораксом, у другого—нагноением. Описываем две истории болезни.

Больной М. А., 9 лет. Жалуется на высокую температуру, общую слабость, потливость, боль во всей левой конечности. Болезнь началась в апреле 1963 года после травмы головы и левой голени. Через два дня после падения появилась боль

в конечности и высокая температура. У больного был диагностирован остеомиелит левой голени с переходом процесса на дистальный эпифиз бедренной кости и на стопу. Со стороны органов дыхания жалоб нет. Оперирован и выписан с улучшением.

10/X 1963 г. больной вновь поступил в клинику в связи с ухудшением состояния. После клинко-рентгенологического обследования был установлен диагноз: остеомиелит верхней трети левого бедра с патологическим переломом и свищем. Сопутствующий диагноз: кавернозный туберкулез легких.

Состояние ребенка было крайне тяжелым. Анализ крови: гемогл.—55%, эритроц.—3640000, цв. показ.—0,7, лейкоц.—12250, сегментоядер.—71%, лимфоц.—29%, РОЭ—72 мм/ч.

Рентгенологическое исследование от 11/VII 1963 г.: ввиду тяжелого состояния больного произведен обзорный снимок грудной клетки в положении лежа на спине. Справа в обоих легочных полях на уровне передних отрезков II и III ребер, а слева на уровне III ребра и IV межреберья определяются не совсем четко очерченные гомогенные округлые тени почти одинакового диаметра (2 см). Окружающие легочные поля не изменены. Справа на уровне хряща II ребра, возле сосудистой тени, определяется тонкостенная воздушная полость округлой формы диаметром 2 см. Диагноз: кавернозный туберкулез легких.

Повторно больной был рентгенологически обследован 23/X 1963 г. На снимке в передней проекции видно, что округлые тени в левом легком и воздушная полость в правом легком исчезли. Соответственно же местоположению двух округлых теней справа на протяжении от I ребра до IV обнаруживаются две большие (4×5 см) тонкостенные воздушные полости (рис. 1). Заключение: обнаруженные на первой рентгенограмме округлые тени являются септическими метастатическими пневмоническими фокусами. Обнаруженные на второй рентгенограмме воздушные полости—ложные (вторичные) кисты, возникшие из септических метастатических пневмонических очагов.

Больной Г. Г., 12 лет. Жалуется на сильную общую слабость, отсутствие аппетита, слабость и боли в нижних конечностях, повышенную температуру.

Объективно: состояние больного тяжелое, постельный режим, больше лежит на левом боку. Больной резко пониженного питания, на теле имеются глубокие рубцы. В легких слева, ниже лопатки, прослушивается укорочение перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, часты. Болезнь началась 9/VII 1965 г. Накануне больному была нанесена домашним животным небольшая рана на область стопы. Затем температура поднялась до 39—40°, была рвота. В течение 10 дней лечился инъекциями пенициллина и стрептомицина. Больной жаловался на слабость и боли в нижних конечностях. Образовалась гиббальная контрактура коленных суставов. На теле появились гнойники—один в локтевой области, который самостоятельно прорвался, другой, больших размеров,—в надключичной области, который был вскрыт хирургом. Позже появился плотный инфильтрат в области верхней трети правого бедра.

После клинко-рентгенологического обследования установлен диагноз: инфильтративный бронхаденит и туберкулез надключичных лимфоузлов. Больной переведен в районную противотуберкулезную больницу.

Анализ крови от 19/VII 1965 г.: гемогл.—55%, эритроц.—2280000, лейкоц.—14400, цв. показ.—1, РОЭ—60 мм/ч. Моча в норме. Реакция Пирке—отрицательная.

Реакции Хедельсона, Райта, Бюрне—отрицательны.

Произведена рентгенография легких и обоих коленных суставов. Туберкулез у больного был исключен.

После соответствующего лечения наступило некоторое улучшение, и больной с диагнозом сепсиса направлен в детскую больницу.

Рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки от 11/IX 1965 г.: в левой плевральной полости наблюдается воздух, поджимающий легкое до половины объема. В нижненаружной части коллабированное легкое фиксировано к грудной стенке спайкой, а в нижнемедиальном отделе определяется тонкостенная воздушная полость размером 5,4×4 см. Несколько наружу от этой полости выявляются непра-

вильные ломаные перекрещивающиеся между собой изображения плоскостенных спаек. В правом нижнем легочном поле имеется тонкостенная воздушная полость неправильной округлой формы диаметром 3 см. (рис. 2).

Заключение: воздушные полости являются ложными кистами, возникшими из септических метастатических очагов. Обнаруженные на снимке от 2/VIII 1965 г. в обоих легких мелкие тени являются метастатическими очагами в легких, развившимися на фоне септического состояния. Часть этих очагов в дальнейшем рассосалась, а некоторые из них подверглись распаду с образованием мелких полостей. С течением времени в мелких бронхах, дренирующих эти полости, возникла клапанная непроходимость, которая привела к постепенному накачиванию воздуха в полость и к увеличению ее размеров. Стенки одной полости, расположенной слева субплеврально, оказались настолько напряженными, что разорвались и привели к развитию спонтанного пневмоторакса.

В литературе мы почти не нашли работ, посвященных образованию вторичных воздушных кист на почве септической метастатической пневмонии. Л. М. Артамонова и Л. С. Розенштраух [1] из 16 детей с одиночными и множественными кистами легких у 6 больных пневмонией наблюдали приобретенные кисты, у одного из них была септическая метастатическая пневмония. Г. Б. Фомин [2] наблюдал 13 больных с септическими метастатическими пневмониями и считает более верным назвать это заболевание стафилококковой метастатической пневмонией. Эта пневмония, по данным автора, возникла у детей на почве абсцесса мягких тканей, гематогенного остеомиелита, нагноения пупка, отогенного сепсиса. Однако автор не отмечает возникновения воздушных кист; метастатические очаги под влиянием лечения постепенно рассосались и исчезли.

Анализируя собственные наблюдения над больными этой группы и приведенные литературные сведения, мы пришли к заключению, что формирование септических метастатических пневмонических фокусов, их развитие и исчезновение происходит часто незаметно, без каких-либо субъективных и объективных проявлений со стороны органов дыхания. Величина септических метастатических фокусов может варьировать в широких пределах—от едва заметных мелких очажков или пятнистых тенеобразных до ясно видимых изолированных множественных округлых теней, достигающих иногда больших размеров. Локализация, как правило, бывает двусторонней, что указывает на гематогенное происхождение этих очагов. Возникновение тонкостенных воздушных полостей из септических очагов наблюдается далеко не всегда. Только в одном или нескольких септических очагах иногда возникают условия для формирования полостей. Воздушные полости по своим размерам могут быть намного больше, чем предшествующие им септические очаги, и могут внезапно появляться и исчезать через небольшой промежуток времени. В процессе формирования и исчезновения септических метастатических фокусов и тонкостенных воздушных полостей на месте этих полостей и в их окружении изменения легочного рисунка мы не наблюдали. Увеличение размеров воздушных полостей связано с наличием клапана в просвете бронха. С прекра-

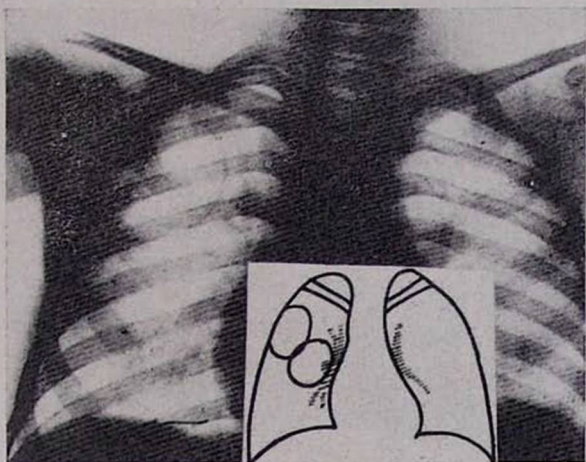
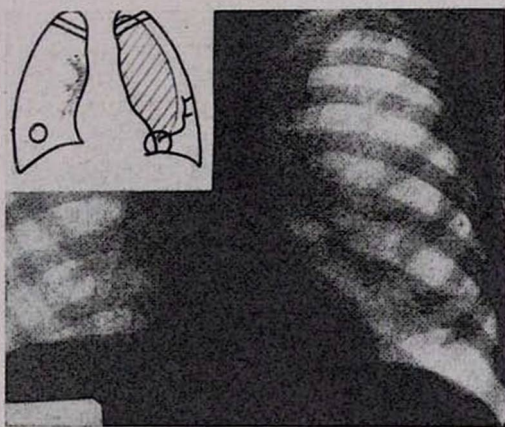


Рис. 1. Рисовальный аппарат. Фигуры трех типов деструкции опухолевых клеток из интактной асцитной опухоли Эрлиха (цифры соответствуют типам деструкции). Окраска метилгрюн-пиронином; иммерсия; ув. 1500.



ПОПРАВКА К РИСУНКАМ

Пояснения к рис. 1 и 2, помещенным в статье Э. А. Погосяна, следует отнести соответственно к рисункам статьи Б. А. Ездаяна (стр. 86—87).

шением действия клапана наступает исчезновение воздушных полостей вследствие блокады кист, приводящей к рассасыванию имеющегося в кисте воздуха, сближению стенок и их облитерации. В редких случаях эти кисты могут осложняться воспалением, нагноением, кровохарканьем, напряжением, образованием спонтанного пневмоторакса.

Септические метастатические очаги и возникшие из них ложные воздушные кисты часто неверно интерпретируются в клинике и диагностируются как кавернозный туберкулез, эхинококк, метастаз рака, саркома, первичная опухоль легкого, лимфогрануломатоз. Для своевременной и правильной диагностики этого заболевания необходимо помнить, что ряд гнойных заболеваний может осложниться септической метастатической пневмонией с образованием в дальнейшем воздушных полостей. Иногда больные указывают на сепсис, перенесенный в недалеком прошлом.

Дифференциально-диагностические затруднения могут возникнуть и при осложнениях. Крайне важно, чтобы воздушные полости, осложненные воспалением, нагноением с действующим клапаном, дающие рентгенологические симптомы больших полостей с уровнем жидкости, не принимались бы за полости распада (абсцесс). Это может привести к излишнему радикализму, который отяготит и без того тяжелое течение заболевания, тогда как консервативное лечение приводит к постепенному рассасыванию и полному исчезновению септических метастатических фокусов и воздушных полостей.

Кафедра рентгенологии
Ереванского института усовершенствования
врачей

Поступило 11/XI 1968 г.

Է. Հ. ՊՈՂՈՍՅԱՆ

**ՍԵՊՏԻԿ ՄԵՏԱՍՏԱՏԻԿ ՊՆԵՎՄՈՆԻԱՅԻՑ ԱՌԱՋԱՑԱՄ ԹՈՔԵՐԻ ԿԵՂՊ
(ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ) ՕԴԱՐՇՏԵՐԻ ՌԵՆՏԳԵՆԱՐԱՆԱԿԱՆ
ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ**

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակը նկարագրում է սեպտիկ մետաստատիկ պնևմոնիայից առաջացած թոքերի երկրորդային օդաբշտերի շորս դեպք, որոնցից մեկում երկրորդային բուշտը բարդացել էր սպոնտան պնևմոտորաքսով:

Դինամիկ ուսումնասիրական քննությունները հեղինակին հնարավորություն են տվել գրականության մեջ առաջին անգամ հետևել հիվանդության զարգացման ամբողջ ընթացքին՝ պրոցեսի ձևավորման սկզբից մինչև նրա լրիվ ներծծումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Артаманова Л. М., Розенштаух Л. С Хирургия, 1958, 4, стр 101.
2. Фомин Г. Б. Вестник рентгенологии и радиологии, 1965, 6, стр. 25.