

С. А. АРУСТАМЯН

К ФЛЮОРОДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ СРЕДОСТЕНИЯ

Затрагиваются вопросы ранней диагностики различной патологии средостения, выявленной при помощи крупнокадровой флюорографии комплексно в сочетании с другими методами исследований. Приводятся результаты собственных исследований в дифференциально-диагностическом аспекте, и подчеркивается возможность своевременного лечения, что имеет большое практическое значение.

Современная крупнокадровая флюорография является важнейшим методом выявления ранней диагностики различных заболеваний средостения и других органов. Работ, посвященных изучению патологии средостения в флюорографическом изображении, очень мало, поэтому данный вопрос нуждается в более широком освещении. В последнее время как в отечественной, так и зарубежной литературе возросло число работ, посвященных различной патологии средостения в клинико-рентгенологическом аспекте [1—9].

Для изучения вопросов ранней диагностики различной патологии переднего и заднего средостения нами исследовано 8 000 больных в вертикальном положении. При этом выявленную патологию переднего средостения мы дополняли боковой флюорограммой, а заднего средостения—флюорограммой в первой косой проекции. При интерпретации полученных нами крупнокадровых флюорограмм (7×7 см) обнаружено: саркоидоз легких—2, лимфосаркома—4, лимфогранулематоз с поражением периферических лимфоузлов—3, опухолевый бронхоаденит—4, невринома—1, доброкачественная опухоль переднего средостения—3, периферический рак—6, туберкулема—1, силикотуберкулез—2, врожденная аномалия сосудов—1, компрессионно-медиастинальный синдром—1, медиастинит банальный—6, всего 34 случая (0,4% общего количества обследованных).

Флюорографическое исследование с целью выявления различных патологических изменений средостения, особенно в ранней стадии, имеет большое научно-практическое значение. По данным В. А. Фанарджяна [8], знакомство с общей симптоматологией опухолей средостения значительно облегчает дальнейшее изучение материала.

Диагностические возможности различных аденопатий средостения зависят от клинико-рентгенологической картины патогномичных для того или другого вида аденопатий, от дифференциальной диагностики и от раннего распознавания заболевания. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики внутригрудных аденопатий для клиницистов и рентгенологов в настоящее время представляют особый инте-

рес. Этот интерес заключается в том, что различные заболевания средостения сходны как между собой, так и с заболеваниями соседних органов—аорты, перикарда, загрудинного и внутригрудинного зоба, тимомы, с болезнью Брилля-Симмерса и др. Наиболее распространенными заболеваниями являются: поражение лимфатических узлов корней легких и средостения, бронхоаденит туберкулезный, лимфосаркома, лимфогранулематоз, саркоидоз, силикотуберкулез и некоторые виды лейкозов. Из вышеизложенного вытекает, что дифференциально-диагностический ряд патологических изменений как при установлении природы самой аденопатии, так и при ее распознавании весьма поливалентен и требует большей ответственности при своевременном установлении правильного диагноза.

Как по данным литературы [2, 6—8], так и по нашим наблюдениям клиническое проявление опухолей и кист средостения зависит от их расположения, величины и злокачественности. Следует учесть и то обстоятельство, что доброкачественные опухоли и кисты средостения должны быть подвергнуты хирургическому лечению, так как они ведут к развитию более тяжелых вторичных изменений и обладают высоким индексом малигнизации, а злокачественные аденопатии чувствительны к лучевой терапии. Поэтому необходимость своевременного установления правильного диагноза очевидна. Таким образом, диагностировать поражение внутригрудных лимфатических узлов, основываясь только на клинических проявлениях заболевания, а тем более судить о природе самой аденопатии не представляется возможным. Конечно, у больных с далеко зашедшим лимфогранулематозом или лимфосаркомой, когда поражены уже не только медиастинальные, но и периферические лимфатические узлы и налицо нарушение кровообращения в системе верхней поллой вены, клиника в значительной степени помогает установлению правильного диагноза. Но в начальной фазе болезни при локальном поражении лимфатических узлов корней легких и средостения, как и при небольших медиастинальных опухолях и кистах, клиническая симптоматология либо отсутствует, либо столь мало рельефна, что не позволяет обоснованно судить о природе заболевания. И не удивительно, что современная крупнокадровая флюорография является одним из ведущих методов выявления аденопатий и их дифференциальной диагностики, хотя и в данном случае точная диагностика различных патологических изменений средостения не всегда возможна.

Внедрение в практику пневмомедиастинографии—контрастирования средостения с применением кислорода—сдвинуло проблему диагностики и дифференциальной диагностики с мертвой точки. Этот метод помогает ставить точный диагноз при заболеваниях средостения и позволяет хирургам выяснить, где именно таится патологический очаг, что очень важно при различных патологических изменениях, локализованных в средостении. В таких случаях кислород незаменим. Очерчивая сосуды и органы, расположенные в области средостения, кислород обес-

печивает возможность значительно лучше видеть те или иные патологические изменения.

По нашим наблюдениям, злокачественные поражения лимфатических узлов средостения зачастую очень схожи. Это обусловлено главным образом тем, что такие процессы, как лимфогранулематоз, ретикуло- и лимфосаркома, несмотря на морфологические различия, родственны по своему происхождению и могут трансформироваться друг в друга. Такого же мнения придерживается и ряд других исследователей [4—8]. У всех наших больных наблюдались боли в груди с различной локализацией: за грудиной, в области сердца, у трех больных боль irradiровала под лопатку, на стороне большего поражения лимфатических узлов, у двух она была постоянной, у остальных, внезапно появившись, медленно проходила и спустя некоторое время возобновлялась. Боли вызываются давлением увеличенных лимфатических узлов на нервные сплетения средостения. Известную роль в усилении болевых ощущений может играть склероз клетчатки средостения, а также медиастинально-компрессионный синдром; его возникновение зависит, по-видимому, не столько от размеров пораженных лимфатических узлов, сколько от их расположения. Кроме того, данный синдром является результатом прорастания стенки верхней полой вены. Небезынтересно привести некоторые случаи из нашей практики.

При общем медиастинально-компрессионном синдроме у 15-летней больной К. М. мы выявили одутловатость лица, цианоз проходящий, вздутие шейных вен и расширение подкожной венозной сети груди, затрудненное дыхание. Флюорорентгеномографически обнаружено одностороннее увеличение лимфоузлов справа с четким прямолинейным контуром. Консультанты трактовали эти изменения как врожденную аномалию сосудов. Этот редкий случай симулировал начальную форму медиастинальной опухоли.

Как по данным литературы [2—6], так и по результатам наших исследований общим флюорографическим симптомом для аденопатий средостения являются увеличение пораженных лимфатических узлов и образование их конгломератов. По данным В. А. Фанарджяна [8], самым характерным рентгенологическим признаком опухолей лимфоузлов средостения является полициклический контур тени средостения, являющийся выражением слияния нескольких узлов—возникновения опухоли из многих центров.

Вместе с тем, каждой нозологической форме поражения узлов свойственны некоторые рентгенологические особенности, позволяющие в ряде случаев диагностировать каждый из вышеуказанных процессов. Эти особенности выявляются при тщательном изучении лимфатических узлов, их количества, размера, отношения к окружающим органам. При этом контуры тени чаще волнистые, неровные, а нередко и нечеткие, что объясняется распространением процесса через медиастинальную плевру на легкие; характерна также многоконтурность тени, симптом «кулис». В случае выявления патологии средостения или соседних органов при исследовании больных был использован весь арсенал современных

комплексных методов, что давало возможность поставить вопрос о последующем специализированном лечении.

Приводим наши наблюдения.

Больная Г. А., 48 лет, жалуется на одышку, усиливающуюся после физического переутомления, иногда беспокойный сон. Давность заболевания 4 г. Гемограмма и моча: отклонений от нормы не выявлено. Флюорография грудной полости и печени: слева в кардиовазальном углу определяется гомогенное патологическое тенеобразование веретенообразной формы с наружным четким контуром. На боковой флюорограмме вышеописанное изменение локализовано в переднем средостении. Сег-границы не изменены. Печень—форма и размеры обычные. Флюорографическое заключение: доброкачественная опухоль переднего средостения (рис. 1а, б). Необходимо оперативное вмешательство.



Рис. 1. а. Задне-передняя флюорограмма больной Г. А. Опухоль средостения слева.

б. Боковая флюорограмма той же больной. Доброкачественная опухоль переднего средостения.

Больной Ш. Г., 52 года, жалуется на общее недомогание, потливость по ночам, боль в груди, слабость, кашель со скудной слизистой мокротой, кожный зуд, беспокойный сон, субфебрильную температуру, увеличенные лимфатические периферические узлы. Гемограмма: лейкоциты 30 000, других отклонений от нормы нет. Флюорография—значительное симметричное расширение корней легких с полициклическими контурами. Сег—умеренная гипертрофия обоих желудочков. Проявление системного заболевания. Необходима стерильная пункция и биопсия (рис. 2).



Рис. 2. Задне-передняя флюорограмма больного Ш. Г. Системное заболевание. Миелограмма—диагностирован лимфолейкоз.

ЭКГ—изменение желудочков миокарда. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании установлена гиперплазия лимфатической ткани. Клинически у данного больного установлена первичная медиастинальная форма лимфогранулематоза, сопровождающаяся генерализацией: поражением периферических (шейных, подмышеч-

ных, паховых) лимфатических узлов с поражением печени и селезенки. Лимфолейкоз? Ввиду того, что заключение о наличии у больного лимфолейкоза вызвало у нас некоторое сомнение, пришлось дополнительно привлечь материалы миелограммы, результаты которой выявили следующее: стерильная пункция костного мозга, эритроциты 2%, моноциты 1%, юные 1%, палочкоядерные 1,5%, сегментоядерные 6,5%, лимфоциты 84%, моноциты 1%, мегалобласты 1%, нормобласты 1%. Имеется большая примесь крови. Заключение: лимфолейкоз.

Больной направлен в Институт переливания крови на специализированное стационарное лечение.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

1. Крупнокадровая флюорография, ценный профилактический метод исследования, должна широко использоваться в выявлении патологических изменений средостения.

2. Массовое использование флюорографии и накопление большого клинико-рентгено-флюорографического материала по раннему выявлению воспалительных процессов, специфических, доброкачественных и злокачественных опухолей и других заболеваний средостения, а также соседних органов позволяет выявлять поражаемость населения аденопатиями и прочими заболеваниями средостения и предотвращать их развитие.

3. В затруднительных дифференциально-диагностических случаях при аденопатиях необходимо производить комплексное исследование больного.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступила 20/VI 1974 г.

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍԱՄՅԱՆ

ՄԻՋՆՈՐՄԻ ՖԼՅՈՒՐՈԳՆԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հեղինակը ուսումնասիրել է 8000 խոշոր կադրային ֆլյուորոգրամաներ, որի ընթացքում հայտնաբերել է 30-ից ավելի միջնորմի հիվանդություններ: Օրինակ՝ լիմֆոսարկոմա, լիմֆոզանոպեմատոզ, տոմորոգրոնիադենիտ, սարկոիդոզ, նեվրինոմա և այլն: Հեղինակը գալիս է այն եզրակացության, որ ֆլյուորոգրաֆիկ մեթոդը մեծ հնարավորություն է ստեղծում ժամանակին հայտնաբերել վերոհիշյալ հիվանդությունները, ուղարկել հիվանդներին մասնագիտական բուժման և այդպիսով կանխել միջնորմի մի շարք հիվանդությունների տարածումը ազգաբնակչության մեջ: Այստեղից պարզ է, որ բուժման նման մեթոդը ունի խոշոր գիտական և գործնական նշանակություն:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Асеев Д. Д. Саркоидоз (материалы симпозиума). М., 1967, стр. 17.
2. Бакулев А. Н., Колесникова Р. С. Хирургическое лечение опухолей и кист средостения. М., 1967.

3. Волков С. И. Клин. мед., 1939, 17, 2—3, стр. 113.
4. Диллон Я. Г. Первичный рак легкого. М., 1947.
5. Осипов Б. К., Алиева Т. А. Рак легкого. М., 1963.
6. Петровский Б. В. Хирургия средостения. М., 1950.
7. Рейнберг С. А. Клин. мед., 1962, 4, стр. 14.
8. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний грудной клетки. Ереван, 1957.
9. Maasen W., Greschuchna D. Endoscopy, 1970, 2, 1, 1.
10. Akakura J. II Internat. Congr. Bronchoesophatol., 1965, 6.
11. Kirsch M. Z. Tuberk., 1964, 205.
12. Vitmann J. Cancer, 1966, 19, 297.