

С. А. АРУСТАМЯН

К МЕТОДИКЕ МАССОВОГО СИНХРОННОГО ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

Приводится метод комплексного синхронного флюорографического исследования органов грудной и брюшной полостей, имеющий большое диагностическое значение, с целью выявления патологии сердца, легких, плевры, средостения, позвоночника, а также печени, желчных ходов, желчного пузыря, селезенки, что обеспечивает своевременное специализированное лечение.

Крупнокадровая флюорография является одним из современных профилактических методов исследования. Во флюорографическом кабинете Армянского института рентгенологии и онкологии проводятся массовые синхронные исследования грудной и брюшной полостей, причем особое внимание уделяется комплексному методу исследования, в то время как изучение патологии сердца, легких, плевры, средостения и органов брюшной полости разными авторами проводится отдельно. В связи с этим мы хотим поделиться результатами наших многолетних наблюдений и некоторыми соображениями по поводу комплексного массового синхронного метода исследования.

За период с 1968 по 1975 г. нами обследовано 25.901 чел. в трех проекциях, что составляет 77.703 интерпретированные крупнокадровые флюорограммы. Из этого числа больных при синхронном методе исследования грудной и брюшной полостей нами была выявлена следующая патология: I. Сердечно-сосудистой системы—у 4.415 больных (17,4%), в том числе пороки сердца—у 256 (1%), атеросклероз аорты—у 1216 (4,7%), мышечные изменения — у 3043 (11,7%). II. Онкологические заболевания органов грудной полости — у 333 больных (1,3%), в том числе первичный рак легких — у 144 (0,6%), метастатический рак легких — у 155 (0,6%), опухоли средостения — у 34 (0,13%). III. Неонкологические заболевания грудной полости — у 247 больных, в том числе туберкулез легких — у 84 (0,4%), эхинококк — у 36 (0,1%), пневмония — у 7 (0,04%), плеврит — у 120 (0,9%). IV. Патология диафрагмы — у 537 больных (2,0%). V. Сколиозы позвоночника — у 386 больных (1,45%). VI. Спондилиты позвоночника — у 486 (1,9%). VII. Патология брюшной полости — у 140 больных (0,5%), в том числе первичный рак печени — у 23 (0,1%), метастатический рак печени — у 55 (0,2%), цирроз печени—у 31 (0,1%), гепатит—у 31 (0,1%). VIII. Па-

тология селезенки — у 82 больных (0,15%). IX. Заболевания желчевыделительной системы — у 250 больных (1%).

По мере усовершенствования синхронного метода увеличивалась выявляемость больных, у которых при одновременном исследовании органов грудной и брюшной полостей обнаруживалась патология в одной из них, а нередко и в обеих. Правда, встречаются случаи, когда определенные формы поражения брюшной полости не могут быть выявлены только при помощи флюорографии. Поэтому флюорографию органов брюшной полости в подозрительных случаях мы сочетали с дополнительным исследованием специальными контрастными методами (исследование желудочно-кишечного тракта, холецистография), а также скеннографией. С целью иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больной Н. Д., 63 лет, направлен на консультацию с жалобами на резкую слабость, кашель с выделением гнойной мокроты, боли в грудной клетке справа, субфебрильную температуру, иногда до $38,3^{\circ}$, резкое исхудание. Имеются боли также в области печени. В анамнезе больного трижды перенесенный бронхит. Злоупотребляет алкоголем. Клинический диагноз: бронхоэктатическая болезнь. Гемограмма—Hb—66—11%, эр. 3840000, л. 5400, п. я. 1%, с. я. 75%, лим. 22% , м. 2% , РОЭ—58 мм/час. В моче оксалаты в большом количестве.

Цитологическое исследование мокроты — консистенция вязкая, цвет желтоватый, характер слизисто-гнойный. Микроскопия — лейкоциты 4—8, иногда группами в поле зрения. Встречаются эпителиальные клетки верхних дыхательных путей в незначительном количестве, единичные альвеолярные макрофаги.

Исследование крови—сахар—137 мг%, холестерин—170 мг%; общий белок—9,53 мг%; билирубин не прямой—0,62; трансаминазы (АСТ—39 ед, АЛТ 53 ед); фосфатаза щелочная—5 ед., гексокиназа—30,2 ед., общий ЛДГ—700 ед.



Рис. 1. а. Передняя крупнокадровая флюорограмма грудной полости. Центральный раи правого легкого. Справа высокое стояние купола диафрагмы.
б. То же в правой боковой проекции.

На крупнокадровых синхронных флюорограммах (рис. 1 а, б, рис. 2 а) грудной и брюшной полостей справа отмечается гомогенное затемнение основания верхней доли

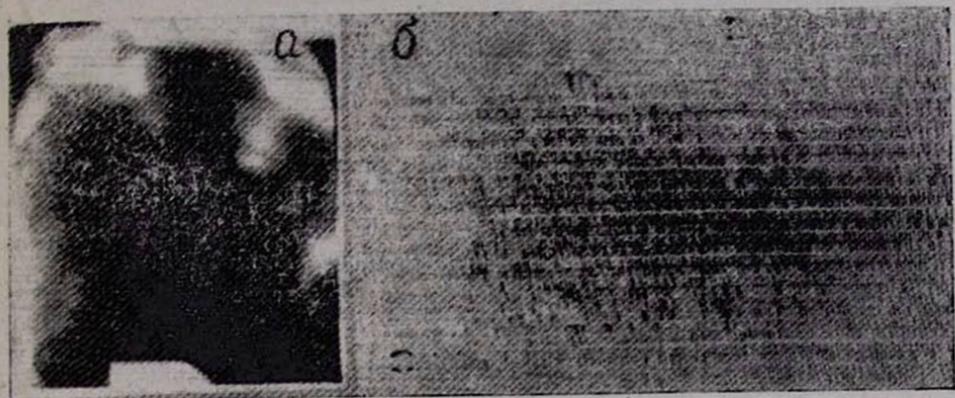


Рис. 2. а. Флюорограмма брюшной полости. Печень в поперечнике увеличена, с нечеткими контурами. Метастатический рак печени. Подтверждено патологоанатомически. б. Скеннограмма того же больного — диффузное поражение печени по типу хронического гепатита.

правого легкого инфильтративного характера. Корень правого легкого расширен, уплотнен. Справа же отмечается высокое стояние купола диафрагмы с ограничением ее подвижности, что дополнительно определено и рентгеноскопией. Умеренная дилатация левого желудка со сглаженной талией. Дуга аорты незначительно выступает. Печень увеличена в поперечнике, с нечеткими контурами. Селезенка — формы и размеры обычные. Заключение: центральный рак правого легкого с метастазированием в печень.

С целью дальнейшего более детального исследования произведены томография легких, контрастное исследование печени — скеннирование и исследование желудочно-кишечного тракта. Томография подтвердила установленный нашим флюорографическим методом диагноз — центральный рак правого легкого с сужением верхнедолевого бронха.

Дополнительное скеннографическое исследование печени с бенгалроз— 131 обнаружило увеличение левой доли печени (рис. 2б). Контур нечеткий. Больших объемных образований и дефектов накопления нет. Отмечается уменьшение количества активно функционирующих клеток, говорящее о диффузном поражении печени по типу хронического гепатита.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: пищевод в норме, при обзорном просвечивании брюшной полости определяется тень увеличенной печени (пальпация болезненна). Желудок отнесен влево и вниз за счет увеличения печени. Складки слизистой атрофичны. Контур гладкий. Перистальтика вялая. Эвакуация несколько замедленная. Луковица 12-перстной кишки в норме, ход не изменен. При исследовании через 24 часа обнаружено явление хронического колита.

Патологоанатомический диагноз: бронхогенный рак верхней доли правого легкого с метастазами в лимфатические узлы средостения, в корнях легких и печень.

Как видим, результаты проведенных комплексных исследований подтверждают правильность выводов, полученных с помощью синхронного метода.

Профилактический осмотр проведен у работников химической промышленности, атомной электростанции, типографий, целого ряда учреждений и лабораторий с вредными цехами, школьной молодежи,

сельского и городского населения, больных онкостационара и поликлиники Института рентгенологии, в том числе и членов их семей.

Как в отечественной, так и зарубежной литературе работ, посвященных синхронному массовому исследованию органов грудной и брюшной полостей в норме и патологии, нам не встретилось. Крупнокадровое флюорографическое синхронное исследование обладает рядом неоспоримых преимуществ сравнительно с обычной рентгеноскопией и рентгенографией. Эти преимущества заключаются в том, что одновременно мы выявляем патологию как грудной, так и сопутствующих органов брюшной полости — печени, желчных путей, желчных ходов, селезенки, мочевой системы, сколиозы, спондилозы и др., в то время как обычный метод исследования позволяет выявить патологию отдельных органов грудной полости.

Положительными сторонами указанного метода, помимо быстроты и массовости, являются: максимальное уменьшение лучевой нагрузки на больных и работающий персонал, экономия расходуемого материала, в частности дорогостоящих рентгеновских пленок. Кроме того, применяемый нами синхронный метод способствует выявлению малосимптомных, скрыто протекающих форм онкологических и неонкологических заболеваний грудной и брюшной полостей, не говоря уже о выраженных формах этих поражений. При исследовании больных, посещающих наш кабинет профилактического осмотра, мы пользуемся прежде всего крупнокадровым флюорографом марки Хирана (Чехословакия) выпуска 1964 г. с форматом кадров 70×70 . Аппарат снабжен соответствующей трубкой системы «Оделка» голландского производства.

Обычно профилактическое исследование пациентов начинается с флюорографии грудной полости в двух проекциях (передней и левой боковой) и передней проекции брюшной полости. При выявлении патологии того или иного органа грудной или брюшной полостей мы прибегаем к дополнительной серийной боковой или косой флюорограмме. Предложенный нами подход к массовому флюорографическому исследованию дает возможность не только установить наличие или отсутствие опухоли в грудной полости, но и осветить ряд важнейших вопросов, связанных с топографическим положением опухоли, ее объемом, протяженностью опухолевого процесса, контурных изменений, характера опухоли и др.

В целях точной диагностики в каждом конкретном случае мы проводим разностороннее и целенаправленное клиничко-флюоро-лабораторное исследование с последующим специализированным лечением. В затруднительных дифференциально-диагностических случаях для уточнения природы выявленной патологии следует произвести комплексное исследование: гистологическое исследование, исследование биопсийного материала и цитологического пунктата. При исследовании брюшной полости нами применяются также оральные контрастные методы

исследования желчевыделительной системы при помощи билитраста, холевида, иопагноста. Ценные диагностические результаты дает применение флюорографических снимков в вертикальном положении, при этом мы получаем истинную топику желчного пузыря, его контуров, формы, смещения, обызвествления, дискенезий, наличия конкрементов, птоза и др., а также патологии соседних органов. При подозрении на холангит нам приходилось использовать фракционный метод флюорохолецистографии.

Конечно, флюорографическое исследование, как и прочие диагностические методы, имеет пределы своих возможностей и не всегда может служить абсолютным критерием для исчерпывающей оценки состояния желчных путей и других органов. В таких случаях мы прибегаем к дополнительным методам исследования.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что крупнокадровая синхронная массовая флюорография является ценным методом исследования грудной и брюшной полостей, имеющим большое диагностическое значение, который подлежит широкому внедрению в практику здравоохранения. Крупнокадровые флюорограммы могут заменить дорогостоящие рентгенограммы при ранней диагностике бессимптомно протекающих онкологических и неонкологических заболеваний и динамическом наблюдении над ними.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступила 12/II 1977 г.

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍԱՄՅԱՆ

ԿՐԾՔԻ ՈՒ ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ԽՈՒՈՉՆԵՐԻ ՅԼՅՈՒՈՐՈԳՐԱՖԻԿ
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՏԵՂ ՄԵԹՈԴԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու լ մ

Ներկա հոդվածում հեղինակը կանգ է առնում իր կողմից մշակված համատեղ մասսայական ֆլյուորոգրաֆիկ նոր մեթոդի օգնությամբ կատարվող կրծքի ու որովայնային խոռոչների ուսումնասիրության վրա:

Հեղինակը 8 տարվա ընթացքում կատարել է մասսայական կոմպլեքսային մեկ վայրկյանական ֆլյուորոգրաֆիկ հետազոտում կրծքի և որովայնային խոռոչների օրգանների հիվանդությամբ տառապող հիվանդների ավելի լայն հայտնաբերման նպատակով: Հետազոտված է 25.901 անձ, երեք պրոեկցիայով, որ կազմում է 77.703 ֆլյուորոգրամաներ:

Օգտագործելով այդ մեթոդիկան, հնարավոր է ժամանակին, ճիշտ կերպով, միաժամանակ հայտնաբերել օնկոլոգիական և ոչ օնկոլոգիական հիվանդություններ, ինչպես կրծքի այնպես էլ որովայնային խոռոչներում, որն ունի խոշոր ախտորոշման նշանակություն և արժանի է լայն օգտագործման՝ բուժական պրակտիկայում: