

С. А. АРУСТАМЯН

ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕВРИТОВ

При помощи крупнокадровой флюорографии выявлены плевриты, возникающие при различных заболеваниях органов грудной и брюшной полостей. Определялся их характер, локализация, фазы развития и сопутствующие осложнения, что необходимо для их эффективного лечения.

Плевриты в наши дни являются одним из самых распространенных заболеваний. В подавляющем большинстве случаев плевриты являются вторичными процессами. По данным В. А. Фанарджяна [16, 17, 18], инфекция в плевру заносится гематогенным или лимфогенным путем.

В последнее время в отечественной литературе возросло число работ, посвященных вопросам изучения плевритов в рентгенологическом аспекте. Различными учеными предложены боковые и фасные, обычные и послонные рентгеновские снимки, плеврография, латерография и другие [6, 10, 15, 19]. Работ же, посвященных вопросу изучения плевритов в флюорографическом изображении, недостаточно. В связи с этим с помощью флюорографии мы изыскивали пути распознавания различных форм плевритов. В результате нам удалось разработать новую методику массового синхронного флюорографического исследования грудной и брюшной полостей, имеющую особую диагностическую ценность.

За период с 1968 по 1976 г. нами произведена крупнокадровая флюорография (27662 исследуемых) одновременно в 3 проекциях (в передней и левой боковой — при исследовании грудной клетки и в передней — при исследовании органов брюшной полости). Всего изучено 82986 крупнокадровых флюорограмм. Плевриты различной этиологии и локализации выявлены у 143 больных, что составляет 0,5% и совпадает с данными литературы.

В зависимости от характера обследуемого контингента (школьный, производственный, поликлинический и др.) частота плеврита колеблется от 0,5 до 2,5% по отношению к общему числу обследованных [4, 10, 11—13].

Подавляющее большинство заболеваний органов грудной и брюшной полостей может обусловить развитие плеврита любой этиологии. Чаще всего нами были выявлены плевриты при раке молочной железы у 35, медиастинальном плеврите — у 13, лейкозах, лимфогранулематозах — у 7, раке гортани — у 6, при семиоме — у 3, первичном раке

легкого — у 12, гриппозном плеврите — у 6, туберкулезном плеврите — у 5, травматическом плеврите — у 11, сердечном застойном плеврите — у 6, эхинококке органов грудной полости — у 3, при эхинококкозе органов брюшной полости — у 4, гинекологическом раке — у 12, при асците на почве гепатолиенального синдрома — у 2, при различных асцитах, развившихся на почве метастатического рака печени, — у 9, гепатита и водянки желчного пузыря — у 4, при абсцессе диафрагмы — у 5 больных.

Обнаруженные нами формы плевритов необходимо дифференцировать от воспалительных, опухолевых, сердечных, паразитарных заболеваний. Окончательный диагноз нами ставился на основании клинических, рентгенофлюорографических, биохимических, гисто-цитологических исследований, а также данных операции и вскрытий. Для каждой формы плеврита в зависимости от этиологии применялось соответствующее лечение.

Предложенная методика дает возможность при одновременном исследовании грудной и брюшной полостей увеличить выявляемость плевритов [2—3]. Вместе с тем она дает возможность выявлять плевриты любой этиологии — сердечные, раковые, туберкулезные, ревматические, паразитарные, постгриппозные, травматические и другие. Легко выявляются также плевриты, развивающиеся одновременно с асцитом в брюшной полости при различных заболеваниях органов: при сердечном циррозе печени, гепатолиенальном синдроме, перитонитах хронических туберкулезных, раке желудка, злокачественной опухоли яичника, при большой кисте яичника, водянке желчного пузыря, эхинококке печени, селезенки и др. [20, 25].

По А. И. Абрикосову [1], при сухом плеврите происходит выделение фибрина, который располагается на поверхности плевры в виде отложений различной толщины. Обычно выделение фибрина связано с увеличением проходимости капилляров плевры и выделением экссудата, богатого фибрином. Скопления жидкости в плевральной полости обычно не происходит. В дальнейшем эти фибриновые массы могут рассосаться, но этот процесс обычно сопровождается продуктивным развитием на плевре соединительной ткани, производящей утолщение или, чаще, сращение обоих листков ее.

В флюорографическом изображении в норме и патологии хорошо интерпретируются реберно-диафрагмальные, сердечно-диафрагмальные и паравертебральные пазухи. Установившееся в мировой литературе мнение о начальном скоплении жидкости в реберно-диафрагмальных пазухах побуждало рентгенологов акцентировать свое внимание прежде всего на исследовании этих отделов плевральной полости. По нашим наблюдениям, крупнокадровая флюорография дает возможность выявить различные осумкования плевральной полости спайки, бессимптомно протекающие формы плевритов, случайно выявленные при массовом обследовании, обширные шварты с обызвествлением плевры после гнойных плевритов, спонтанный пневмоторакс нетуберкулезной этиологии, тотальный плеврит при опухолях. Иногда было выявлено

одновременное поражение органов грудной и брюшной полостей (легкого и печени, сердца и печени и др.).

По классификации Л. С. Розенштрауха и М. Г. Виннера [4, 11], плевриты подразделяются на сухие или фибринозные и выпотные, а выпотные делятся на свободные и осумкованные. Свободные выпотные подразделяются на типично и атипично расположенные. Осумкованные плевриты, в свою очередь, подразделяются на несколько типов в зависимости от отдела плевральной полости, в которой они располагаются: пристеночные, верхушечные, диафрагмальные, междольевые и парамедиастинальные. Предложенная классификация очень удобна, и в ходе нашей работы на протяжении многих лет мы придерживаемся этой классификации. При флюорографическом исследовании больного можно точно указать сторону и уровень поражения плевры, точную локализацию выпота по отношению к долям правого и левого легкого, грудным стенкам, наличие воздуха при пневмоплеврите и т. д. Динамика изменения частоты выявления плеврита по годам представлена на рис. 1.



Рис. 1. Динамика изменения частоты выявления плевритов за период 1968—1976 гг.

Приведенные цифры, полученные в результате исследования за 8 лет, показывают максимальную частоту выявления больных, страдающих плевритом в 1971 году. В последующие годы с некоторыми колебаниями этот показатель постепенно понижается. Это, видимо, связано с усилением профилактической помощи и специализированного лечения в пульмонологических и абдоминальных клиниках, а также с возрастающими возможностями эффективного лечения как самих плевритов, так и большинства заболеваний, которые вызывают их.

В настоящее время считается общепринятой точка зрения В. А. Равича-Щербо [9] и других, что всякий плеврит начинается с экссудации. Все дело в том, сколь велико это выпотевание, как быстро оно прекращается и начинается выпадение фибрина. Больные с выявленными плевритами направлялись на комплексное исследование к онкологу, хирургу, терапевту, фтизиатру, цитологу, гистологу. Конечно, цитологическое исследование пунктата имеет большое значение, но не во всех случаях плевритов решает вопрос об этиологии процесса. Так, напри-

мер, выявление атипических клеток еще не всегда является доказательством опухолевой природы плеврита, лимфоцитоз не всегда свидетельствует о наличии туберкулеза, а эозинофилия может быть признаком различных заболеваний. Однако даже 50—100 мл жидкости, извлеченной из плевральной полости, позволяет определить этиологию плеврита с большой достоверностью. В большинстве случаев лишь тщательное сопоставление клинических, рентгено-флюорографических и лабораторных данных дает возможность с определенной достоверностью судить о характере первичного процесса. Отсюда следует, что необходимо акцентировать внимание на этиологических факторах плеврита.

Рассмотрим характеристику ряда нозологических форм плевритов, выявленных при профилактическом исследовании. Для диагностики раковых плевритов флюорографическое исследование имеет исключительно важное значение. Данный метод исследования позволяет не только установить наличие опухоли, но и дает возможность определить ее характер, локализацию, судить о ранней диагностике и появлении осложнившихся случаев. При изучении бронхогенного рака мы выявляем центральный, или корневой, рак и периферический. По данным В. А. Фанарджяна [16, 17, 18], центральный, или корневой, рак подразделяется на формы: начальную, узловатую, обтурирующую.

Ниже мы иллюстрируем обтурирующую форму бронхогенного рака, диагностированную флюорографически. Такие опухоли главного бронха вызывают полную закупорку его просвета с последующим тотальным ателектазом легкого, что является частым осложнением бронхогенного рака (рис. 2, а).

Флюорографически можно диагностировать и парамедиастинальные плевриты. Частоте возникновения указанных плевритов способствует также большая протяженность парамедиастинальной плевры, а также наличие воспалительных процессов, локализующихся в краевых медиальных отделах легких, в области корней, средостения. В связи с тем, что парамедиастинальные пространства разделены воротами легких на верхние и нижние отделы, а легочными связками и другими анатомическими формациями на передние и задние отделы, можно различать в каждом плевральном мешке четыре парамедиастинальных пространства: передневерхнее, задневерхнее, передненижнее и задненижнее. В связи с этим выпот в плевральной полости может занимать как все парамедиастинальное пространство, так и любой его отдел.

На рис. 2 б приведен случай флюорографического проявления левостороннего медиастинального тотального плеврита после вирусного гриппа. Наружная граница патологической тени четкая, внутренний контур затемнения сливается со срединной тенью и не дифференцируется. Объем легкого на стороне поражения уменьшен.

Флюорографическая картина осумкованных (паракостальных) плевритов довольно характерна. Условно их делят на передние, задние и боковые плевриты. Выпуклый контур затемнения направлен в сторону легкого и может быть двойным, тройным. Пристеночная плев-

ра на большом протяжении заметно утолщена и междольевые щели по соседству, а также реберно-диафрагмальные синусы в большинстве случаев подвергаются облитерации. Легочный рисунок усилен и деформирован в результате воспалительного процесса. Пристеночные осумкованные плевриты могут быть одиночные, симметричные, односторонние или множественные. На передней флюорограмме грудной и брюшной полости (рис. 2 в, г,) определяется пристеночный правосторонний осумкованный плеврит с дугообразной четкой границей, сли-

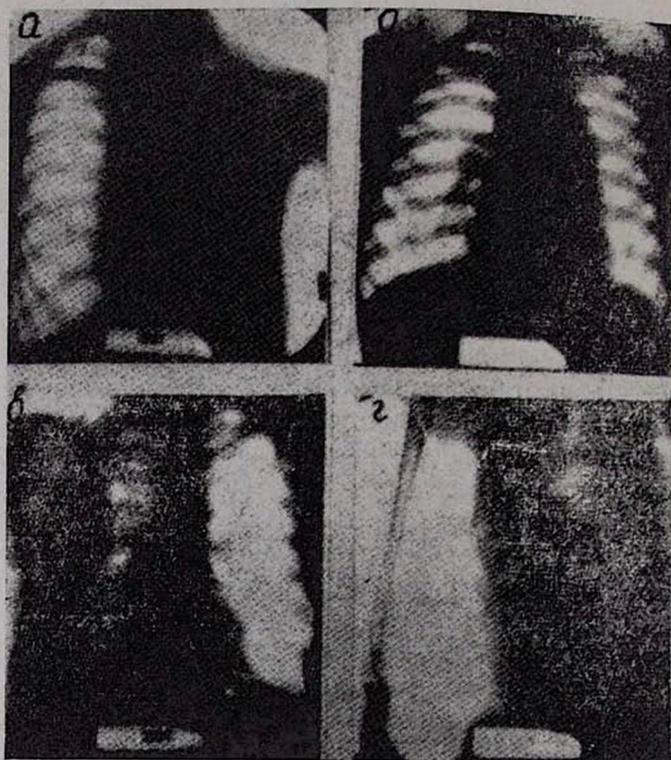


Рис. 2. а) Передняя флюорограмма. Левосторонний тотальный раковый плеврит, вызванный опухолевой обтурацией главного бронха.
 б) Передняя флюорограмма. Левосторонний медиастинальный тотальный плеврит. Объем легкого уменьшен на стороне поражения.
 в) Правосторонний осумкованный пристеночный плеврит при гепатите и г) водянке желчного пузыря.

вающейся с тенью диафрагмы. Реберно-диафрагмальная пазуха на стороне поражения не дифференцируется и сливается с верхним полюсом увеличенной печени, нижний полюс ее достигает верхнего края крыла подвздошной кости. Холецистография выявила в данном случае водянку желчного пузыря.

Из приведенных данных явствует, что крупнокадровая флюорография делает доступной выявление плевритов, определение их характера, локализации, фазы развития и сопутствующих осложнений.

Таким образом, методика одновременного исследования органов грудной и брюшной полостей при массовой флюорографии обеспечивает точное установление первичных и вторичных плевритов при различных заболеваниях, что имеет большое диагностическое значение при профилактических осмотрах населения.

Институт рентгенологии и онкологии
им. В. А. Фаварджяна

Поступила 5/V 1978 г.

Ս. Ա. ԱՐՈՍՏԱՄԻԱՆ

ՊԼԵՎՐԻՏՆԵՐԻ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՈՒՄԸ ՖԼՅՈՒՈՐՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ՄԵԹՈԴԻԿ

Հեղինակը կրկար տարիների ընթացքում իր կողմից մշակված խոշոր կադրային ֆլյուորոգրաֆիկ մեթոդով ուսումնասիրել է 27662 հիվանդ երեք պրոնկցիաներով, որը կազմում է 82982 ֆլյուորոգրամա: Այդ քանակությամբ հիվանդների մեջ հայտնաբերվել են պլերիտի 143 դեպք, որը կազմում է 0,5%: Ուսումնասիրության հիմնական նպատակն է եղել հայտնաբերել կրծքային և որովայնային խոռոչի պլերիտները, նրանց տարբեր երևույթներն և էթիոլոգիան, լոկալիզացիան, ուղեկցող բարդությունները և այլն: Կատարված ուսումնասիրություններից երևում է, որ խոշոր ֆլյուորոգրաֆիկ մեթոդը միաժամանակ հնարավորություն է տալիս ախտորոշել տարբեր տեսակի պլերիտները և ապահովել ժամանակին բուժումը:

S. A. AROOSTAMIAN

PHOTOROENTGENOGRAPHIC DIAGNOSIS OF PLEURISIES

The results of photoroentgenographic investigations for diagnosis of pleurisies in different diseases of organs of thoracic and abdominal cavities are given in this article.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрикосов А. И. Частная патологическая анатомия, в. 3. Органы дыхания. М., 1947.
2. Арустамян С. А. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм ССР, XIV, 1974, 5, стр. 58.
3. Арустамян С. А. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, XV, 1975, стр. 89.
4. Виннер М. Г. Дисс. докт. М., 1961.
5. Жданов В. С. Дисс. докт. М., 1968.
6. Задегидзе Г. А., Линденбратен Л. Д. Неотложная рентгенодиагностика. М., 1963.
7. Ковач Ф., Жебек З. Рентгеноанатомические основы исследования легких. Будапешт, 1958.
8. Прозоров А. Е. Хирургия, 1943, 10, стр. 35.
9. Равич-Щербо В. А. Пробл. туберкулеза, 1940, 4, стр. 13.
10. Рейнберг С. А. В кн.: Теория и практика флюорографии. М., 1953, стр. 267.
11. Розенштраух Л. С., Рыбакова Н. И. Клиническая рентгенодиагностика перагонимоза. М., 1963.
12. Рубинштейн Г. Р. Плевриты. М., 1939.
13. Рыбакова Н. И. Дисс. докт. М., 1964.

14. Соколов Ю. Н., Розенштраух А. С. Бронхография. М., 1958.
15. Теплер П. А. Плевриты. М., 1952.
16. Фанарджян В. А. Руководство по рентгенодиагностике. М., 1947.
17. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки. Ереван, 1957.
18. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика. Ереван, 1977.
19. Хомяков Ю. С. Врач. дело, 1961, 5, стр. 28.
20. Шабанов Ф. В. В кн.: Многотомное руководство по туберкулезу, т. 2, кн. 1. М., 1959, стр. 395.
21. Alexander H. Der Künstliche Pneumothorax. Berlin, 1931.
22. Alexander H. Die Pleuritis, Leipzig, Georg. Thieme, 1950.
23. Barry W. F. Radiology, 1956, 66, 740.
24. Storey G. F. Radiology, 1952, 58, 3, 408.
25. Westermarck N. Acta Radiol., 1935, 16, 345.