

за, были и диагностические ошибки (у 6). В остальных случаях больные долго не обращались к врачу. Правда, по анамнезу только у 25% из них длительность болезни до установления диагноза туберкулеза варьировала от 6 месяцев до одного года. У большинства больных она не превышала 3 месяца, то есть причиной позднего выявления было не только позднее обращение, но и быстрое прогрессирование болезни, надо полагать, вследствие недостаточной иммунологической защиты.

Мы не проводили лабораторного иммунологического обследования, но, по данным литературы, известно, что при таких тяжелых заболеваниях показатели иммунитета снижены в значительной степени. Однако это, скорее, следствие, а не причина тяжелого заболевания. То же относится и к туберкулиновым пробам. У 50% больных проба Манту на 4-е разведение АТК была отрицательной, только в одном случае выявлена гиперергия, у остальных были слабые реакции (папула до 10 мм).

Косвенно низкую иммунологическую защиту можно предполагать с учетом сочетания ряда факторов: нередко пожилого и старческого возраста, асоциального образа жизни, алкоголизма и наличия сопутствующих заболеваний — энцефалопатии (10), психических заболеваний (3), цирроза печени (6), атеросклероза и ИБС (11), сахарного диабета (8), язвенной болезни желудка (4) и т.п.

Таким образом, смерть от туберкулеза в первый год наблюдения, как правило, имела место у людей среднего и пожилого возраста с низким уровнем развития или деградировавших вследствие асоциального образа жизни и алкоголизма. Поскольку среди населения число таких людей уменьшается, то необходима разработка организационных мероприятий по своевременному обнаружению среди них туберкулеза, так как до выявления болезни они являются активными распространителями этой инфекции.

УДК 616.71 — 003.84 — 073.756.5

#### **Х.Х. Ахметова, И.М. Казаков (Казань). Возможности диагностики костной патологии методом флюорографии**

Значение флюорографии как профилактического метода группового рентгенологического исследования больших контингентов населения совершенно очевидно. Основными преимуществами флюорографии являются хорошая разрешающая способность, достаточная пропускная возможность с небольшой затратой времени на исследование, относительная экономичность, сохранение объективной документации и высокая мобильность новейших флюорографических установок.

Кроме основного назначения — выявления изменений в грудной клетке при туберкулезе — флюорография может быть использована для отбора лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, неспецифической легочной патологией, в онкологической практике для обследования больных с патологией костно-суставной системы, о чем свидетельствует выявленный нами случай довольно редкого заболевания остеопойкилии.

Остеопойкилия (греч. "poikilia", что означает пятнистость) — генерализованное поражение костной системы. В литературе описано около 100 случаев остеопойкилии.

Приводим наше наблюдение.

У К., 30 лет, при прохождении очередного флюорографического обследования на флюорограмме органов грудной клетки в области эпиметафизов обеих плечевых костей были обнаружены изменения, типичные для остеопойкилии. Вызвана для клинического дообследования.

В день осмотра жалоб у больной не было. В возрасте 20 лет женщина состояла на учете у ревматологов, в то время беспокоили сильные боли в области плечевых и коленных суставов. В дальнейшем боли в суставах появлялись только при значительной физической нагрузке.

Объективно: больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. В суставах конечностей при осмотре изменений не обнаружено, движения в них безболезненны, в полном объеме. Лимфатические узлы не увеличены. Со стороны внутренних органов патологических изменений не определяется.

Анализы крови и мочи какой-либо патологии не выявили. На рентгенограммах таза, плечевых и лучезапястных суставов обнаружены очажки остеосклероза (3—6 мм) с отчетливыми контурами, расположенные в эпиметафизарных отделах бедренных, плечевых костях, а также в костях таза и кисти (см. рис.).



Ретроспективно изучены флюорограммы прежних лет этой больной, на которых обнаружены эти же изменения.

Таким образом, профилактическая флюорография органов грудной клетки дает представление о состоянии не только легочной ткани, сердечно-сосудистой системы, но и костно-суставной системы грудной клетки, позвоночника и верхних конечностей.

УДК 616.36—006.6—079.4

#### **Д.Г. Юльметьева (Казань). Легочная маска холангиоцеллюлярного рака печени**

Частота распознавания описторхозного рака при жизни даже в местах эндемических очагов составляет только 10—30%. Данный вариант рака протекает в виде острого заболевания длительностью не более 4 месяцев с метастазированием в 53% случаев. Встречаются следующие формы опухоли: 1) гепатомегалическая; 2) пирротическая; 3) латентная маскированная. Последняя протекает в виде абдоминальной катастрофы, лихо-

радки, мозговой, сердечной и легочной недостаточности при преобладании соответствующих метастазов.

Приводим клиническое наблюдение, которое может представить интерес для клиницистов-пульмонологов.

Н., 53 лет, поступила в крайне тяжелом состоянии. На коже конечностей в местах инъекций видны массивные кровоподтеки, выраженный акроцианоз. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура верхнего плечевого пояса. Частота дыхания — до 40 в 1 мин; экскурсия грудной клетки ограничена. Дыхание значительно ослаблено, особенно в нижних отделах. Выслушиваются выраженный шум трения плевры на фоне влажных разнородных хрипов, единичные сухие хрипы.

Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений — 96 в 1 мин, аритмия, экстрасистолия, небольшой акцент II тона над а. pulmonalis. АД — 120/70 мм.рт.ст.

Живот мягкий, печень на 2 поперечных пальца выступает из-под края реберной дуги, слегка плотноватая. Видимых отеков нет.

Назначены гепарин, трентал, мочегонные средства, сердечные гликозиды, преднизолон парентерально и внутрь, ауфиллин. В РКБ была переведена из Бугульминской ЦРБ, где проводилась массивная антибактериальная терапия по поводу двусторонней пневмонии, осложненной инфарктом легкого. Из анамнеза — в течение нескольких лет страдала тромбозом нижних конечностей, в связи с этим состояла на диспансерном учете у сосудистых хирургов. Несмотря на проводимую терапию гепарином, дезагрегантами, мочегонными и гликозидами состояние больной прогрессивно ухудшалось, нарастали одышка и цианоз.

ЭКГ: высокая степень гетеротопии на фоне синусовой тахикардии, множественные политопные, полиморфные желудочковые, узловые, предсердные блокированные экстрасистолы, отклонение электрической оси сердца влево. Снижен вольтаж зубцов комплекса QRST во всех отведениях.

Рентгенография грудной клетки: на обзорной рентгенограмме видны рассеянные диффузные мелкоочаговые инфильтративные изменения с обеих сторон. Диафрагма не контурируется. Средостение расширено.

Заключение: двусторонняя сливная пневмония.

Анализ крови: Hb — 1,8 ммоль/л, эр. —  $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, л. —  $18,8 \cdot 10^9$ /л, п. — 2%, с. — 68%, лимф. — 26%; мон. — 4%; величина гематокрита — 38%; цв. показатель — 0,9; уровень холестерина — 6,7 ммоль/л; свертываемость — 7 мин 50 с; содержание фибриногена А — 9,7 мкмоль/л, фибриногена В — отрицательный результат; толерантность плазмы к гепарину — 6 мин 50 с; протромбиновый индекс — 96%. В моче обнаружен белок. Содержание глюкозы — 0,5%; эпителий плоский — 3—4 в поле зрения.

В стационаре РКБ у больной диагностирован идиопатический фибрирующий альвеолит в связи с сохранением выраженной одышки, характерной рентгенологической картины и отсутствием эффекта в течение месяца при применении массивной антибактериальной терапии в условиях ЦРБ с предполагаемым диагнозом пневмонии. Отсутствие острой правожелудочковой

недостаточности и изменений на ЭКГ по правожелудочковому типу, стабильная гемодинамика позволили усомниться в диагнозе острой тромбоэмболии легочной артерии. Проводимая массивная терапия и реанимационные мероприятия оказались неэффективными. Больная скончалась при явлениях нарастающей дыхательной и легочно-сердечной недостаточности.

Клинический диагноз: идиопатический фибрирующий альвеолит, подострое течение; ДН 3 степени; миокардит с нарушением ритма по типу экстрасистолии, перикардит; легочно-сердечная недостаточность 2—3 стадии; хронический илеофеморальный тромбоз слева, варикозная болезнь нижних конечностей, тромбозомблия легочной артерии; хронический холецистит, хронический персистирующий гепатит.

Патологоанатомический диагноз: низкодифференцированный рак желчных протоков с метастазами в печень, множественные метастазы и раковые эмболы в сосудах легкого; застойный желчный пузырь; хронический холецистит; межлунный гепатит, выраженная дистрофия печени, миокарда, почки; варикозное расширение вен нижних конечностей.

В данном случае произошло расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозами по причине объективных трудностей диагностики и в связи с кратковременностью пребывания больной в стационаре РКБ (полутра суток). Больная в РКБ поступила уже в терминальном состоянии. Этот случай своеобразен в том плане, что на секционном столе при макроскопическом осмотре патологоанатом согласился с мнением клиницистов относительно формулировки диагноза, и только результаты гистологического исследования позволили усомниться в правильности первоначального диагноза. В данном случае речь шла о диссеминации опухолевой природы. Клиницист при постановке диагноза “идиопатический фибрирующий альвеолит” также имел в виду диссеминированный процесс в легких, обусловленный интерстициальным фиброзом легких с артериальной гипоксемией, вызванной альвеолярно-капиллярным блоком. По сути клиницист оказался прав: на секции был колоссальный пневмофиброз, вызвавший выраженную дыхательную недостаточность. Клиническая симптоматика диффузного карциноматоза легких у больной напоминала картину хронического диффузного пневмосклероза. Гематогенные метастазы и раковые эмболы в сосудах легких привели к манифестации легочной симптоматики и клиники легочно-сердечной недостаточности. При наличии таких обширных метастазов в легких даже установление локализации первичной опухоли у больной не изменило бы исхода болезни и лечебные вмешательства не дали бы эффекта.

УДК 616.728.3—006.33.03

#### А.Г. Хабибуллин (Бугульма). Редкий случай хондроматоза коленного сустава

Хондроматоз суставов встречается сравнительно редко. За пять лет в травматологическом отделении Бугульминской центральной районной больницы было прооперировано шесть больных. Больной Р., 44 лет, шофер по профессии,