

ТОМОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

И. З. Сигал и А. И. Измайлов

Курс туберкулеза (зав.— проф. Б. Л. Мазур) Казанского медицинского института, на базе противотуберкулезного диспансера ТАССР, и кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав.— проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина

В комплексном лечении некоторых форм легочного туберкулеза различные виды резекции приобретают все возрастающее значение.

Общепринятые клинические и бактериологические критерии кавернозного туберкулеза в условиях длительной антибактериальной терапии сейчас имеют уже большие ограничения. Между тем, выявление патологического процесса и характера остаточных изменений в легочной ткани после длительной антибактериальной терапии представляет большой практический интерес.

Поэтому для характеристики туберкулезных изменений в легочной ткани и точной их локализации большое значение приобретает комплексное рентгено-томографическое исследование.

Однако, разрешающая способность томографического метода не является абсолютной, и в ряде случаев возникают затруднения и несовпадения при трактовке томограмм.

Шмидт (С. Schmidt, 1955) проанализировал рентгенограммы и томограммы 165 больных до и после резекции легкого. Сравнительное изучение показало большое несовпадение рентгено-томографических данных с данными изучения препаратов. Диагностика была точной только в 60% случаев. Небольшие ошибки были в 22%, грубые расхождения — в 18%. Наиболее трудными участками легких для оценки изменений в них являются передний сегмент верхней доли и задний базальный сегмент. Автор подчеркивает, что применение резекции в комплексном лечении легочного туберкулеза повышает ответственность рентгенологов за точность распознавания изменений в легочной ткани перед операцией.

Мы поставили задачу — на основании сопоставления данных рентгенологического, томографического исследований легких перед операцией и анатомического изучения удаленных при оперативных вмешательствах легких и их частей — определить возможную точность оценки морфологических изменений в легочной ткани, по данным томографического метода.

Было прооперировано 35 больных. У 29 был фиброзно-кавернозный туберкулез, у 6 — туберкулемы с распадом. Были проведены следующие операции: пневмоэктоми — 3, билобэктоми — 2, лобэктоми — 25, сегментарных резекций — 2, клиновидных — 3.

Следует отметить, что при сопоставлении томограмм и различных срезов препаратов возникли определенные трудности, связанные со значительной деформацией и уменьшением размеров удаленных долей и легких. Раздувание их не удавалось из-за повреждений висцеральной плевры удаляемых частей легких, возникших по ходу оперирования.

Кроме детального изучения морфологических изменений и их распространенности, проведен анализ сегментарной локализации каверн и туберкулем для выяснения наиболее поражаемых сегментов. По ходу операции и при изучении препаратов обращали внимание на состояние плевральных листков, протяженность и локализацию плевральных срощений.

Полное совпадение томографической и анатомической характеристики изменений в легочной ткани наблюдалось в 22 случаях. У 6 больных этой группы были туберкулемы с распадом диаметром от 2,5 до 6 см. Диагноз туберкулемы был поставлен на основании клинко-лабораторных данных и, главным образом, характерной томографической картины (форма тени, слоистое строение, наличие кальцинатов, неправильной формы, эксцентрически расположенного участка распада). Совпадение касалось формы, размеров и локализации туберкулем.

Для иллюстрации приводим следующие наблюдения:

I. Б-ная Г. Д., 32 лет. При поступлении в хирургическое отделение на обзорной рентгенограмме грудной клетки определяются: правосторонний пневмоторакс с широкими верхушечными плевральными срощениями, утолщенная висцеральная и парietальная плевра. В медиальном отделе верхнего легочного поля видна тень без четких контуров, расшифровка которой затруднительна. На томограмме (глубина 11,5 см от передней поверхности грудной стенки) округлой формы, с четкими контурами интенсивное затемнение, диаметром 5 см, серповидной формы распад.

Диагноз: туберкулема верхней доли правого легкого с распадом, неэффективный ригидный искусственный пневмоторакс.

Больной произведена операция — плевралоэктомиа справа. Послеоперационное изучение препарата показало полное совпадение с данными томографического исследования.

У остальных больных этой группы был фиброзно-кавернозный туберкулез. Совпадение при сравнении томограмм и препаратов касалось числа, размеров и характера стенок каверн, их локализации и состояния легочной ткани.

II. Б-ной А. Л., 42 лет.

Диагноз: левосторонний хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких с множественными кавернами в верхней доле, очаговое обсеменение, преимущественно верхней доли левого легкого и частично верхней доли правого легкого. 12/VII-57 г. больному произведена верхняя лобэктомия слева. Анатомическое исследование препарата показало, что томограммы в полной мере отображали характер и протяженность изменений в верхней доле левого легкого.

У 6 больных пальпация легочной ткани во время операции и последующее анатомическое исследование препаратов выявили дополнительные изменения, не определявшиеся при рентгенологическом и томографическом исследованиях. На препаратах дополнительно обнаружены 2 небольших каверны и два очага казеоза (инкапсулированных, типа туберкулем). Затруднительна интерпретация изменений в участках легочной ткани, находящихся в состоянии ателектаза. Стойкий ателектаз доли легкого нами наблюдался в 5 случаях. У этих больных на фоне гомогенного затемнения доли определялись просветления неправильной формы. Рентгенологическая картина ателектаза довольно характерна. При нем, в частности, резко понижается прозрачность легочной ткани в результате апневматоза (В. А. Фанарджян, 1958). В связи с выраженным уплотнением легочной ткани характеристика стенки каверны затруднительна, так как она не дифференцируется. Казеозные изменения в ателектазированном легком так же плохо выявляются.

Для иллюстрации приведем следующее наблюдение.

III. Б-ная З. А., 24 лет.

Клинко-рентгенологический диагноз: левосторонний фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Ателектаз верхней доли левого легкого, неэффективный верхнедоле-

вой экстраплевральный пневмоторакс давностью один год. На многочисленных рентгенограммах, суперэкспонированных снимках, фронтальных и боковых томограммах наблюдается довольно однообразная картина: небольших размеров верхний экстраплевральный пневмоторакс, гомогенное затемнение, соответствующее верхней доле левого легкого с множественными просветлениями. Резкое утолщение плевры на всем протяжении, усиление рисунка и очаговые изменения в нижней доле. Смещение сердца и средостения влево, ограничение подвижности и высокое стояние левого купола диафрагмы.

Больной произведена левосторонняя пневмонэктомия.

Анатомическое исследование удаленного легкого: верхняя доля небольших размеров, висцеральная плевра темного цвета, консистенция доли плотная на всем протяжении. Висцеральная плевра нижней доли белесоватого цвета. Левый главный бронх без макроскопических изменений. Имеется полная непроходимость верхнедолевого бронха в результате рубцового стеноза.

Отдельные слои легкого: в верхней зоне две каверны, неправильной формы, диаметром 2,5—3 см, частично заполненные гноем, рядом очаг инкапсулированного казеоза, диаметром 1 см. В нижней доле — выраженные цилиндрические бронхоэктазы на всем протяжении.

В приведенном наблюдении отмечается большой полиморфизм анатомических изменений в удаленном легком, которые до операции были распознаны лишь частично. Ретроспективный анализ рентгенограмм указывает на прямые симптомы бронхиального стеноза (ампутация бронха), а для выяснения характера тяжести нижней доли была необходима бронхография.

Оценка мелкоочаговых тенеобразований без четких контуров на томограмме требует осторожности. У 6 больных, кроме явных кавернозных изменений и очагов обсеменения вокруг них, отмечались мелкоочаговые тени без четких контуров. Тщательное пальпаторное исследование пораженных долей во время операции и осмотр срезов препаратов не выявили таких изменений.

VI. У больного Ю. М., 23 лет, на рентгенограмме и томограммах определялось обширное поражение верхней доли, в верхнем и среднем ее отделах небольшие каверны. БК в мокроте повторно обнаружены.

Больному произведена верхняя лобэктомия слева. Анатомическое исследование препарата показало обширное казеозное поражение доли, особенно выраженное в верхнем отделе. Деструктивных изменений в препарате не найдено.

Вероятно, большое количество крупноочаговых теней в пораженной доле создавало на рентгенограммах и томограммах ложное впечатление мелких каверн в частично сжатом искусственным пневмотораксом легком. Как показало анатомическое исследование удаленной доли, в данном случае резекция была показана, ввиду выраженного ее поражения казеозным процессом.

В последнее время в хирургическом лечении легочного туберкулеза большую роль приобретают сегментарные резекции (Л. К. Богуш, 1956; И. С. Колесников, 1956). Сегментарная локализация туберкулезных изменений и выявление наиболее часто поражаемых сегментов представляют поэтому практический интерес. Из 47 каверн и туберкулем 43 располагались в верхушечном и заднем сегментах. На большую частоту поражения этих сегментов указывает и Н. Г. Колесниченко (1958).

Сопоставления послеоперационных морфологических данных с томографическими указывают на ценность последних для изучения характера и протяженности плевральных сращений. Это обстоятельство должно учитываться при постановке показаний к оперативному вмешательству. В ряде случаев томографическое исследование давало повод к заключению об обширных плевромедиастинальных сращениях, утолщениях медиастинальной плевры. Операционная находка подтверждала такое заключение лишь частично. Эти расхождения зависят от трудностей оценки ширины средостения. Относительно широкая тень верхнего средостения возникает при томографировании больных

в горизонтальном положении на животе. В этом положении наблюдаются более высокое стояние диафрагмы, смещение сердца вверх и некоторое расширение тени средостения.

Проведенные нами сопоставления свидетельствуют, с одной стороны, о большой ценности томографического метода, а встречающиеся расхождения — об определенных его ограничениях. При толковании томограмм возможны двоякого рода ошибки: во-первых, недостаточная и, во-вторых, избыточная диагностика. Возникают трудности при интерпретации изменений в легочной ткани при ателектазе. При отборе больных на различные оперативные вмешательства по поводу легочного туберкулеза послышное исследование легких обязательно в комплексном рентгенологическом исследовании.

Окончательное решение вопроса об объеме и характере вмешательства должно проводиться с учетом субоперационного визуального и пальпаторного исследования легких — для уточнения и коррекции рентгено-томографических данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Измайлов А. И. Томография в клинике заболеваний легких. Дисс., 1956, Казань.
2. Кевеш Е. Л. Томография легких, 1941, Л.—3. Колесниченко Н. Г. Тез. докл. III съезда фтизиатров УССР, 1958, Киев.—4. Сигал И. З. Каз. мед. журн., 1958, 4.—5. Ситдинов Н. Х. и Измайлов А. И. Вест. рентг. и рад., 1952, 1.—6. Помельцов К. В. Сб. Хирургические методы лечения при туберкулезе, 1954, М.—7. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки, 1958, Ереван.—8. Шмидт. Совр. проблемы туберкулеза, 1956, 1.

Поступила 10 февраля 1959 г.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. Н. Спиридонов, Л. С. Шварц, В. С. Ларина и Б. И. Никифоров

Из госпитальных клиник Саратовского медицинского института

Лучшим способом выяснения эффективности оперативного лечения язвенной болезни является собирание отдаленных результатов, но подавляющее большинство этих сведений получалось отдельно хирургами или терапевтами. Авторы этой статьи, принадлежа к обоим специальностям, решили восполнить этот пробел и провести исследование совместно. Лица, перенесшие когда-то операции по поводу язвенной болезни и не предъявившие жалоб, осматривались и исследовались амбулаторно. Лица же, предъявившие жалобы, помещались в ту или иную клинику на все время обследования.

Всего было разослано 329 анкет, на них получено 27 письменных ответов, и 107 человек явились для личного собеседования и осмотра. Таким образом, получены отдаленные результаты от 134 перенесших ту или иную операцию.

Язва на малой кривизне желудка была у 49 человек, язва привратника — у 40 и язва двенадцатиперстной кишки — у 45 человек. После оперативного вмешательства прошло до 1 года у 18, до 3 лет — у 12, до 5 лет — у 51, и до 10 — у 53.

Всех обследованных мы разделили на две группы: лица с удовлетворительными результатами — 115 и лица с неудовлетворительными результатами — 19. Последние подверглись в свое время следующим операциям: