

третий день после приезда домой у него поднялась температура до 38°, появились головные боли, возобновились кровотечения из десен.

Больные апластической анемией легко подвергаются инфекционным и простудным заболеваниям, так как у них наблюдается агранулоцитоз, а недостаток гранулоцитов — основных фагоцитов — резко снижает сопротивляемость организма.

17/II 1960 г. больной был повторно госпитализирован. Жалобы и объективные данные — те же, что и в первый раз, за исключением того, что на верхушке сердца появился систолический шум.

Анализ крови (19/II 1960 г.): Hb — 5 г% — 30 ед., Э. — 1 550 000, ц. п. — I, РОЭ — 74 мм/час, Л. — 3600, п. — 5%, с. — 31%, л. — 57%, м. — 7%.

Со дня поступления больного получал 2—3 раза в неделю гемотрансфузии.

Клеточная реакция кантаридинового пузыря (23/II 1960 г.): гистиоцитов — 15%, нейтрофилов — 65%, лимфоцитов — 20%. Увеличение процента гистиоцитов и уменьшение нейтрофилов свидетельствуют об аллергической реакции организма.

С 25/II 1960 г. больной начал получать кортизон первые два дня по 50 мг в сутки, а затем по 100 мг и получал его и периодические гемотрансфузии до дня выписки из больницы. Состояние больного улучшилось.

28/III 1960 г.: Hb — 44 ед., Э. — 2 190 000, РОЭ — 70 мм/час.

29/III 1960 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Л. М. Розанова сообщила о возникновении апластической анемии у летчика, длительное время умывавшегося этилированным бензином. Диагноз был подтвержден на аутопсии.

Наиболее эффективной терапией анемии этого типа следует считать регулярные гемотрансфузии цельной крови, введение стероидных гормонов и общеукрепляющую терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасов А. Пробл. гематол. и перелив. крови, 1958, 4. — 2. Багдасаров А. А., Дволайцкая-Барышева К. М., Болотникова Ф. И., Богоявленская М. П., Файнштейн Ф. Э. Пробл. гематол. и перелив. крови, 1958, 4. — 3. Доссе Ж. Иммуногематология, М., 1959. — 4. Зорина Л. А., Омеляненко Л. М., Сенкевич Н. А. Пробл. гематол. и перелив. крови, 1958, 3. — 5. Зосимовская А. И., Казакова Л. И., Файнштейн Ф. Э. Там же, 1958, 5. — 6. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология, М., 1955. — 7. Лаптева-Попова М. С., Краевский Н. А. Пробл. гематол. и перелив. крови, 1959, 12. — 8. Платонова Г. Н. Там же, 1958, 3. — 9. Тушинский М. Д., Ярошевский А. Я. Болезни системы крови. М., 1959.

Поступила 6 июня 1960 г.

КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗАХ

Канд. мед. наук Г. И. Володина

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. А. И. Домбровский)
Ростовского-на-Дону медицинского института

Л. Кревер и М. Копленд (1935) при хроническом лимфолейкозе в 7% случаев выявили рентгенологические изменения в костях и в одном случае из 83 обнаружили костные поражения при миелолейкозе. По данным Г. Джеффе (1952), у взрослых, страдающих лейкозом, изменения наблюдаются в 8—10% случаев, по данным Э. З. Новиковой (1953), — в 45,1% случаев.

Рентгенологическая картина поражения костной системы при лейкозах разнообразна. Г. Рива (1949) схематически представил описанные в литературе повреждения скелета, подразделив их на:

1) лейкоэмические костные изменения — остеопороз, остеосклероз, периостоз и очаги как изолированные, так и множественные в виде «сведенных молю» узур;

2) неспецифические костные изменения при лейкозе — зоны разрежения в метафизе растущей кости и участки некроза.

Э. З. Новикова и И. Г. Лагунова (1952) указывают, что чаще костные изменения проявляются в виде мелких очагов деструкции продолговато-овальной формы. Е. Юлингер (1952) наблюдал диффузный остеопороз и периостальные наслоения вокруг оси длинных трубчатых костей, а также случаи спонтанных переломов с затяжным заживлением.

Ф. Виндхольц и С. Фостер (1949) при рентгенологическом исследовании скелета больных, страдающих хроническим лейкозом, наблюдали остеосклероз как отдельных костей (чаще длинных трубчатых), так и всего скелета. Остеосклеротические изменения чаще были в случаях хронического алейкемического лимфолейкоза. При хрони-

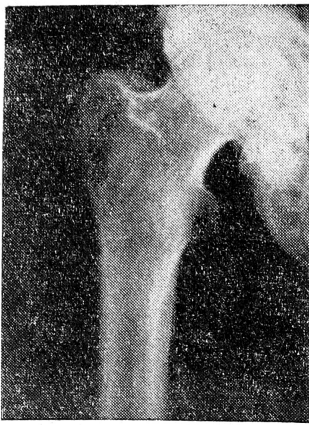


Рис. 1. В проксимальном отделе правого бедра резко выражен остеопороз, в седалищной кости — множество очагов рассасывания костной ткани (хронический миелолейкоз).

прижизненно изменения обнаружены в длинных трубчатых костях, а также в ребрах и костях таза. Эти изменения проявлялись в виде остеопороза и очагов рассасывания костной ткани (рис. 1).

Наряду с остеопорозом и выраженными периостальными наслоениями, мы наблюдали более крупные, чем в случаях хронического лимфолейкоза, очаги деструкции костной ткани как единичные, так и множественные, а также не отмеченное другими авторами наличие костного островка в центре участка рассасывания костной ткани (рис. 2).

Подобно другим авторам, мы не отмечали соответствия между локализацией болевых ощущений и рентгенологически выявленным поражением костей.

Наблюдения над больными проводились в различные периоды болезни. Изучение динамики развития костных изменений показало, что эти изменения прогрессируют с развитием заболевания.

Мы наблюдали 6-ного Т., 59 лет, страдающего хроническим лимфолейкозом с сентября 1949 г. Впервые рентгенологическое исследование костей больному проведено в январе 1956 г., костных изменений обнаружено не было. При повторном рентгенологическом исследовании костной системы в июле 1956 г. (резкое ухудшение общего состояния и гематологических показателей) выявлены мелкие продолговато-овальной формы очаги деструкции костной ткани в проксимальных отделах обеих плечевых костей, истончение кортикального слоя, особенно по латеральному краю костей (рис. 3).

У больных хроническим миелолейкозом изменения в костях могут развиваться в начальном периоде заболевания, предшествуя увеличению селезенки и печени. Рентгенологическое исследование скелета может способствовать диагностике. В этом отношении убедительно нижеприводимое наблюдение.

Б-ной М., 50 лет, обратился в июне 1956 г. с жалобами на боль в костях. Болеет около месяца.

Больной удовлетворительной упитанности, температура в пределах 36,2—37°. Со стороны внутренних органов особых изменений не выявлено.

Hb — 92 ед. — 15,34 г%. Э. — 4 550 000, ц. п. — 1,0. Тромбоциты — 199 000, Л. — 46 500: миелобласты — 0,5%, промиелоциты — 2%, миелоциты — 7%, ю. — 7%, п. — 35,5%, с. — 46%, л. — 2%.

Рентгенологическое исследование скелета обнаружило участки деструкции костной ткани неправильной формы в области кортикального слоя дистального метаэпифиза правой большеберцовой кости по ее латеральному краю. Здесь же отмечены неж-

ческом миелолейкозе ни у одного из 52 исследованных больных авторы остеосклероза не выявили.

Следует отметить, что в литературе вопрос о костных изменениях при хронических лейкозах освещен недостаточно, и имеющиеся работы чаще отображают костные изменения в детском возрасте (Дж. Бети и Е. Фогт, 1935; Ф. Сильверман, 1948).

Рентгенологически же выявленные изменения в костях могут служить прогностическим признаком (Э. З. Новикова) и способствовать диагностике. С. А. Рейнберг (1955) по этому поводу пишет: «Вопреки старым данным, мы придерживаемся взгляда, что рентгенологическое исследование подчас приобретает некоторое диагностическое значение...»

В свете вышеизложенного вопрос о костных изменениях при хронических лейкозах заслуживает внимания и широкого освещения.

Нами проведено тщательное рентгенологическое исследование костной системы у 50 больных с хроническим течением лейкоза.

Рентгенологически прижизненно изменения в костях выявлены у 9 больных (из них трое страдали хроническим лимфолейкозом, 6 — хроническим миелолейкозом).

При хроническом лимфолейкозе мы наблюдали диффузный остеопороз, мелкие очаги деструкции продолговато-овальной формы в длинных трубчатых костях и периостальные изменения; при этом кости были поражены симметрично.

При хроническом миелолейкозе рентгенологически



Рис. 2. В дистальном метафизе лучевой кости виден крупный участок рассасывания, в центре которого намечается костный островок с резко очерченными контурами (хронический миелолейкоз).

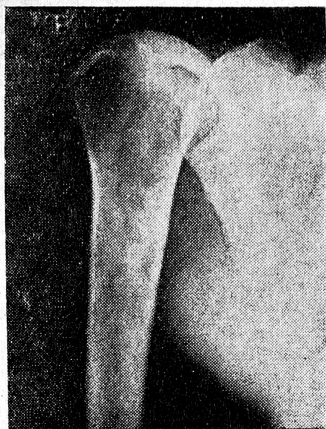


Рис. 3. На фоне остеопороза в правой плечевой кости видны множественные очаги деструкции костной ткани и истончение кортикального слоя (хронический лимфолейкоз).

ные периостальные наслоения (рис. 4).

Диагноз: хронический миелолейкоз.

Динамическое рентгенологическое исследование костей скелета 6-ного М. в течение 2,5 лет выявило прогрессирование костных изменений в виде увеличения периостальных наслоений по латеральному краю правой большеберцовой кости.

В заключение следует отметить, что при рентгенологическом исследовании костных изменений у больных, страдающих хроническим лейкозом, выявлены нами в 18% случаев. Изменения в костях появляются как в начальном, так и в конечном периоде заболевания и прогрессируют с развитием хронического лейкоза. Чаще костные изменения отмечены у страдающих хроническим миелолейкозом и локализовались как в длинных трубчатых костях, так и в плоских. В случаях хронического

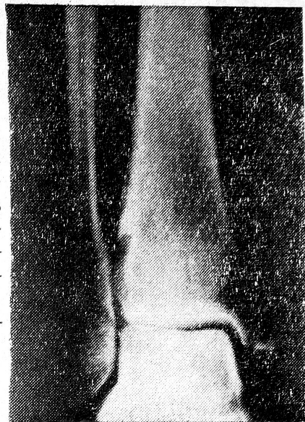


Рис. 4. Участки деструкции костной ткани в области кортикального слоя дистального метаэпифиза правой большеберцовой кости (хронический миелолейкоз).

лимфолейкоза костные изменения обнаруживались только в длинных трубчатых костях, которые поражались симметрично.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова Э. З., Лагунова И. Г. Тр. ЦНИИ рентгенологии и радиологии, М., 1952, т. VII. — 2. Новикова Э. З. Вест. рентг. и рад., 1956, 3. — 3. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов, М., 1955. — 4. Batty I. a. Vogt E. Am. J. Roentgenology and Radium Therapy, 1935, 34, 3. — 5. Craver L. a. Copeland M. Arch. Surgery, 1935, 30. — 6. Jaffe H. Bull. hosp. joint. dis., 1952, 13, 2. — 7. Silverman F. Am. J. Roentgenology, 1948, 59, 6. — 8. Riva G. Helvetica Med. Acta, 1949, 16, 3/4. — 9. Uehlinger E. Fortschritte a. d. g. d. Roentgenstrahlen, 1952, 77, 3. — 10. Windholz F. a. Foster S. Am. J. Roentgenol., 1949, 61, 1.

Поступила 31 декабря 1960 г.

ВОПРОСЫ МЕТОДИКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭКСУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТАХ

Проф. **Н. П. Неговский** и М. Г. Виннер

2-я кафедра рентгенологии и медицинской радиологии
(зав.— проф. Ю. Н. Соколов) ЦИУ

Проблема рентгенодиагностики выпотных плевритов — это прежде всего вопросы методики исследования, которые нельзя считать полностью разрешенными. Это подтверждают отнюдь не редкие случаи, когда при отрицательном результате рентгенологического исследования врачи-клиницисты устанавливают наличие жидкости и подтверждают это пункцией плевры. Разумеется, это относится к небольшим выпотам, все же достигающим 300—400 мл (Г. Р. Рубинштейн, А. Е. Прозоров, Цуппингер, Гирш, Вахтлер).

Уже в 1898 г. Кинбек для диагностики пневмоплеврита впервые применил дополнительную методику рентгенологического исследования — в положении больного на боку при горизонтальном ходе рентгеновых лучей — латероскопию. В 1926 г. Польгар использовал феномен Ленка — растекание жидкости при положении больного на трохоскопе и исследовал больных не только в положении лежа на спине, но и на боку при горизонтальном ходе рентгеновых лучей. При исследовании больного в положении на больном боку жидкость располагалась пристеночно, а при исследовании на здоровом боку — у средостения. Эту методику автор рассматривал лишь как дополнение к исследованиям Ленка. Одновременно и независимо от Польгара эту методику в СССР применил А. Я. Кацман.