

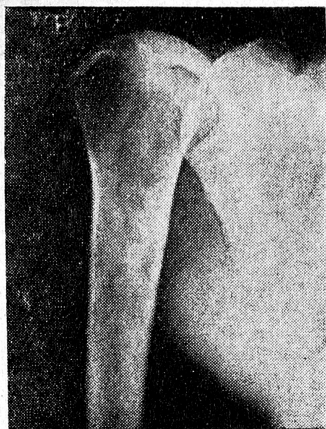


Рис. 3. На фоне остеопороза в правой плечевой кости видны множественные очаги деструкции костной ткани и истончение кортикального слоя (хронический лимфолейкоз).

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

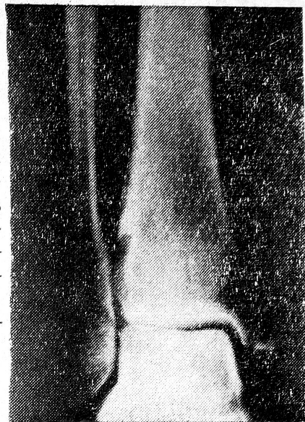


Рис. 4. Участки деструкции костной ткани в области кортикального слоя дистального метаэпифиза правой большеберцовой кости (хронический миелолейкоз).

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.

В СССР, начиная с 1941 г., Г. Э. Хаспеков начал разработку еще более совершенного метода, впоследствии названного автором полипозиционным методом исследования, при котором латероскопия является обязательной составной частью. Им же изобретен и используется оригинальный и очень удобный кресло-стол, намного улучшающий и облегчающий весь процесс рентгенологического исследования.

Для исследования больных мы использовали весьма простые приспособления в виде латероскопической приставки к рентгеновскому аппарату или соответствующий столик. Небольшая часть наших исследований выполнена на латероскопической приставке к РУМ-5 и кресло-столе Г. Э. Хаспекова. После обычного исследования грудной клетки при поворотах больного вокруг вертикальной оси и в положении по Флейшнеру и Барсони подвешивается латероскопическая приставка, и больной укладывается вначале на одну, затем на другую сторону. Исследование начинается при строго горизонтальном положении больного на боку. В большинстве случаев даже небольшое количество жидкости видно в этом положении. Полоска выпота, собирающегося над лежащей внизу стенкой грудной клетки, заметно расширяется на выдохе и суживается на вдохе, что фиксируется снимками. Иногда для лучшей видимости выпота рекомендуется больного исследовать в положении под углом 45—60° по отношению к плоскости приставки (стола). Это достигается подкладыванием подушек под туловище больного, или больной приподнимается на локте. Такое исследование переносят довольно легко даже тяжелые больные.

При использовании методики ортоскопии и трохоскопии нельзя исключить выпот в плевральной полости. Для этой цели каждый больной должен быть исследован в латеропозиции. Мы полагаем необходимым в обязательном порядке подвергать этому методу исследования хотя бы определенные контингенты больных, даже без обнаружения у них при обычном исследовании признаков жидкости в плевральных полостях. В первую очередь подлежат такому исследованию больные с подозрением на выпотной плеврит, с пневмониями, пороками сердца в стадии декомпенсации, нефрозо-нефритами, злокачественными опухолями легкого и средостения, сухим плевритом. Подлежат исследованию также больные с высоким стоянием диафрагмы, у которых ни клинически, ни рентгенологически не определяется выпот.

За короткое время при использовании этой методики мы выявили диафрагмальный плеврит у 36 из 350 исследованных больных по разному поводу, в то время как при обычном рентгенологическом исследовании, а также клинически плеврит не был распознан. Это дает нам право говорить о большой разрешающей способности рентгенологического метода при распознавании небольших выпотов в плевральной полости.

Общезвестны подчас непреодолимые трудности в дифференциальной диагностике между жидкостью и швартами. Между тем, этот вопрос легко разрешается исследованием больного в латеропозиции.

Для определения состояния ткани легких за тенью выпота предложено много методов в виде откачивания экссудата и введения в полость плевры воздуха, суперэкспонированные снимки, бронхография и томография (Т. Н. Оленева, И. Н. Иванов, С. А. Рейнберг, С. И. Спасокукоцкий, Я. Г. Диллон, Г. Б. Фомин, А. И. Измайлов, Шмидт). Но применение этих методов не всегда разрешает вопрос и не безразлично для больных. В то же время более простая методика — латероскопия больного на одном и другом боку — часто позволяет распознать изменения в легких, ранее скрытых за тенью выпота.

В тех случаях, когда жидкость выполняет только реберно-диафрагмальный синус, рентгенологическое исследование больного в латеропозиции позволяет выявить действительное ее количество. Кроме того, применение латероскопии дает хорошие результаты при дифференциальной диагностике между выпотом и пневмонией или ателектазом, для распознавания жидкости и шварт в некоторых случаях междолевых плевритов и для исключения наличия жидкости при клиническом подозрении на плеврит.

ВЫВОДЫ

1. Небольшие количества жидкости в плевральной полости не распознаются общепринятыми методами. Исследование больного в латеропозиции разрешает вопрос.
2. Применением такой методики удалось установить, что небольшие количества жидкости в большинстве случаев располагаются над диафрагмой. В реберно-диафрагмальных синусах жидкость определяется лишь при увеличении ее количества.
3. Методика латеропозиции разрешает вопрос о дифференцировании между жидкостью и швартами и во многих случаях позволяет обнаружить изменения в легочной ткани, ранее скрытые за тенью выпота.
4. Методика латероскопии и латерографии является простым и доступным способом рентгенологического исследования органов грудной клетки. В распознавании выпотных плевритов она обладает наибольшей разрешающей способностью и потому должна войти в повседневную практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диллон Я. Г. Тер. арх., 1948, 6. — 2. Иванов И. Н. В кн.: Курс мед. рентгенологии под ред. проф. С. А. Рейнберга. М.—Л., 1938. — 3. Измайлов А. И. Послойное рентгенологическое исследование (томография и томофлюорография) в кли-

нике заболеваний легких. Дисс., 1955, Казань. — 4. Оленева Т. Н. Пробл. туб. 1946, 4. — 5. Прозоров А. Е. Рентгенодиагностика туберкулеза легких. М.—Л. 1940. — 6. Прозоров А. Е. Вестник рентген. и рад., 1928, т. VI. — 7. Рейнберг С. А. Клини. мед., 1954, 3. — 8. Рубинштейн Г. Р. Плевриты, М., 1939. — 9. Спасокукоцкий С. И. Клини. мед., 1931, т. 24. — 10. Хаспеков Г. Э. В кн.: Вопр. рентген. и рад., М., 1955. — 11. Barsony Th. Röntgenpraxis, 1930, 2, 9. — 12. Fleischner F. Fortschr. Röntg., 1927, B. 36. — 13. Hirsch W. Lungenkrankheiten in Röntgenbild, 1958, B. II, Leipzig. — 14. Kienböck R. Wien. klin. Wschr., 1898. — 15. Lenk R. Wien. klin. Wschr., 1924, 47. — 16. Polgar F. Fortschr. Röntgenstr., 1926, B. 35. — 17. Schmidt W. Beitr. z. Klinik d. Tuberk. 1936, B. 88. — 18. Wachtler F. Rad. Austriaca, 1954, 7. — 19. Zuppinger A. Schinz und and., 1952, B. 3.

Поступила 23 февраля 1960 г.

СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ТАТАРСКОЙ АССР

Л. В. Дановский

2-е терапевтическое отделение (зав. — Л. В. Дановский) Лениногорской городской больницы (главврач — Н. Ш. Хасанов)

Геморрагическая лихорадка — острая инфекционная болезнь с природной очаговостью. Встречается на обширной территории средней и южной полосы Советского Союза от Закарпатья до Дальнего Востока и на юг — до границ с Афганистаном.

Описываем наблюдавшийся нами случай этого заболевания.

Б-ной З., 22 лет, госпитализирован 19/VIII 1960 г. с диагнозом «брюшной тиф». Проживает постоянно в г. Лениногорске, работает в цехе капитального ремонта скважин. Отпуск с 12/VII по 3/VIII проводил в с. Ямаш, Ново-Шешминского района, там же с 14/VII по 16/VII работал в лесу на заготовке дров для дома, с одежды снимал клещей.

Заболел остро 17/VIII. Появились головная боль, озноб, жар, боли в глазных яблоках, общая резкая слабость. Дома, по назначению врача, принимал таблетки норсульфазола, пенициллина, но состояние не улучшалось, температура держалась на высоких цифрах.

При поступлении (3-й день болезни) сознание ясное, больной вял, резко ослаблен, температура 38,8°. Кожные покровы чистые, гипергидроз. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца чистые, пульс соответствует температуре. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Лимфатические железы не увеличены.

В последующие 3 дня состояние ухудшилось, температура держится на высоких цифрах, больной стал беспокоен, не спит, аппетит отсутствует, появились боли в животе.

На 7-й день болезни температура снизилась до нормальных цифр, но состояние остается тяжелым. Больной резко ослаблен, раздражительный. Появились боли в пояснице; рвота принятой пищей и жидкостью. Кожные покровы чистые, на внутренней поверхности слизистой губ, в зеве и на конъюнктиве век мелкоочечные кровоизлияния. Пульс — 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 160/100. Живот мягкий, при пальпации болезненность по всему животу без определенной локализации. Резко положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон. Э. — 5 000 000, Л. — 7200: ю. — 2%, п. — 22%, с. — 50%, л. — 16%, м. — 10%, РОЭ — 1 мм/час.

Анализ мочи: белка — 6,6%, в осадке лейкоциты 1—2, свежие эритроциты покрывают все поле зрения.

На 8 день болезни — на груди справа цепочкой — мелкоочечные геморрагии.

На основании типичной клинической картины поставлен диагноз: геморрагическая лихорадка по типу дальневосточного геморрагического нефрозо-нефрита.

Назначены: физиологический раствор подкожно, глюкоза, аскорбиновая кислота и хлористый кальций внутривенно, капельная клизма с 5% раствором глюкозы до 1000 мл в сутки; пирамидон внутрь, промывание желудка при рвоте 2% раствором соды; кофеин подкожно.

На 9-й день болезни состояние больного несколько лучше, ночью спал спокойно, болей в животе нет, рвота прекратилась. Боли в пояснице держатся, симптом Пастернацкого положительный. Геморрагии на коже и слизистых держатся, новых нет. АД — 130/90. Суточное количество мочи — 200 мл.

На 10-й день болезни жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, временами боли в животе, икота; постоянные ноющие боли в пояснице. АД — 140/90.

Проба по Зимницкому: суточное количество мочи — 215 мл, ночной диурез — 145 мл, дневной диурез — 70 мл. Удельный вес не превышает 1010.