

бронхоскопия, при которой (на месте нахождения пружины) отмечены гиперемия и отечность слизистой. Проведены туалет бронха с введением канамицина и электрофорез йодистого калия и меди на грудную клетку, назначена аэрозольная ингаляция канамицина и бронхолитиков.

26/X 1979 г. предпринята вторая контрольная бронхоскопия. В просвете бронха выделений нет, но на уровне нахождения инородного тела грануляционная ткань суживает просвет бронхов (проводился только металлический катетер бронхоскопа диаметром 3 мм).

С целью выявления ателектатических бронхоэктазов произведена попытка селективной бронхографии средней и нижней долей. Бронхи не контрастируются (рис. 2), а контрастная масса забрасывается в левое бронхиальное дерево. Осуществлена аспирация контрастной массы с последующим введением антибиотиков.

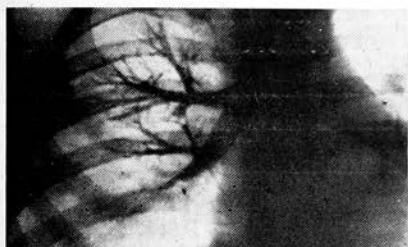


Рис. 2. Бронхограмма через 15 дней после извлечения пружины. В нижнедолевом бронхе контрастная масса отсутствует.

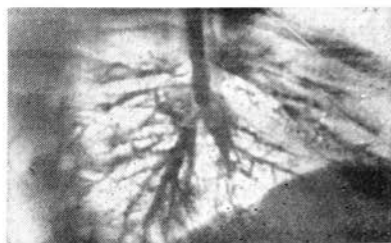


Рис. 3. Бронхограмма через 2,5 года. Патологии нет.

29/X 1979 г. мальчик был выписан с рекомендацией пройти контрольное обследование через 6—7 нед. Самостоятельно на обследование не явился. Через 2,5 года, в апреле 1982 г., вызван для контрольного обследования. Жалоб не предъявляет. Кашля нет.

При бронхоскопии и бронхографии со стороны бронхиального дерева патологии не выявлено (рис. 3).

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.24—006.6—073.75

### РЕНТГЕНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*А. Я. Логинова, А. П. Максимов, В. Ю. Муравьев, Г. Н. Хайрутдинова*

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Г. И. Володина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Республиканский онкологический диспансер (главрач — А. К. Мухамедьярова)*

**Реферат.** Представлен анализ комплексного клинико-рентгенологического обследования (рентгеноскопии, рентгенографии, томографии, бронхографии, бронхоскопии) 64 больных с заболеваниями легких и средостения в сочетании с трансторакальной аспирационной биопсией. Отмечены детали методики обследования. Четкие результаты пункции получены в 70,3%. Методика проста и может быть рекомендована для широкого применения в торакальных отделениях.

Ключевые слова: опухоль легкого, трансторакальная аспирационная биопсия, рентгенодиагностика.

1 таблица. 1 иллюстрация. Библиография: 1 название.

Общезвестны трудности рентгенодиагностики многочисленных шаровидных образований, располагающихся в легком, плевре и средостении. В онкологической практике решение вопроса о морфологической природе, точной локализации процесса и его распространенности имеет принципиальное значение. В зависимости от перечисленных характеристик новообразования определяется тактика лечения.

При рентгенологическом исследовании больных с новообразованиями органов грудной клетки мы применяли широкодоступные методики, определяя их комплекс и последовательность в каждом конкретном случае. Обязательными всегда являлись обзорное рентгеноскопическое и рентгенографическое исследования в стандартных и оптимальных проекциях, а также томография в двух проекциях. При локализации новообразования в средостении ведущим методом была пневмомедиастинотомография. Для пристеночных и наддиафрагмальных образований требовалось применение диагностического пневмоторакса и пневмоперитонеума. Всем больным производили бронхоскопию, при необходимости — бронхографию.

Комплексное рентгенологическое обследование было проведено 3000 больным с новообразованиями грудной полости. Применение указанных выше методик давало нам возможность правильно определить локализацию патологического образования в соответствии с сегментарным делением легких, в большинстве случаев решать вопрос о его характере и взаимоотношениях с соседними анатомическими формациями.

Большие трудности представляет дифференциация новообразований средостения. Наиболее точные топографические данные были получены на пневмомедиастинотомограммах. Свободное проникновение газа между органами средостения и четкое отделение патологического образования указывают, как правило, на доброкачественность процесса. По отсутствию газа между тканями можно судить о злокачественном характере процесса и наличии опухолевой инфильтрации прилежащих органов. Однако тот же симптом может наблюдаться и при сращениях воспалительного характера, что было верифицировано при оперативных вмешательствах.

Тем не менее весь примененный комплекс рентгенологических и бронхологических методов далеко не всегда позволяет установить характер патологического процесса и его морфологическую структуру, что, естественно, затрудняет выбор лечебной тактики. В связи с этим с 1978 г. мы дополнительно применяем трансторакальную аспирационную биопсию внутригрудных патологических образований с последующим цитологическим исследованием полученного материала.

Исследование [1] начинаем с многоосевой рентгеноскопии, при которой рентгенолог уточняет место пункции и указывает его хирургу. Глубину залегания патологического образования устанавливаем по данным рентгенограмм и томограмм. Местную анестезию мягких тканей грудной клетки проводим 0,5% раствором новокаина до плевры. Иглу длиной 12—16 см и диаметром 1,2—1,5 мм вводим с мандреном на указанную глубину. Больного в это время просим дышать поверхностно, а после прокола плевры на короткое время задержать дыхание. В это время мандрен извлекаем и делаем 2—3 возвратно-поступательных движения на 1 см, создавая разрежение с помощью шприца. Иглу извлекаем, содержимое ее выдуваем на предметные стекла, которые направляем к цитологу. Рентгенологический контроль положения иглы проводим не во всех исследованиях, а лишь при труднодоступных, глубокорасположенных образованиях и их малых размерах. Чтобы избежать травмирования крупных сосудов, особое внимание уделяем уточнению точки входа иглы и глубине пункции в медиастинальной зоне (см. рис.).



Рентгенограмма правого легкого в боковой проекции.

Игла—в центре опухоли.

По описанной методике обследовано 64 больных в возрасте от 12 до 65 лет. У 5 пациентов пункция была повторена. Осложнение в виде небольшого пневмоторакса, не потребовавшего дополнительных лечебных мероприятий, отмечено только у 1 больного.

Показанием к трансторакальной аспирационной биопсии являлись патологические шаровидные образования легких, располагавшиеся субплеврально или на глубине до 7—8 см от поверхности париетальной плевры, пристеночные образования плевры и легкого, а также патологические образования переднего или заднего средостения, прилежащие к грудной стенке. Минимальный размер патологических образований составлял 1,5 см.

Если же морфологический диагноз не удавалось верифицировать при аспирационной биопсии, то вопрос об оперативном лечении решали на основании клинико-рентгенологических данных. Морфологическую верификацию проводили субоперационно.

В таблице представлено число обследованных больных и характер патологического процесса. Как видно, у 34 пациентов было проведено оперативное лечение. У 23 из них отмечено совпадение клинико-рентгенологи-

**Распределение больных, подвергнутых трансторакальной аспирационной биопсии**

Диагноз	Количество наблюдений	Оперировано	Не оперировано
Рак легкого . . . . .	28	15	13
Туберкулома легкого	3	3	—
Киста легкого . . . . .	2	2	—
Липосаркома средостения . . . . .	1	—	1
Аденоматоз легкого	1	1	—
Метастаз . . . . .	4	1	3
Хроническая пневмония . . . . .	4	1	3
Мезотелиома плевры	2	—	2
Осумкованный плеврит . . . . .	2	—	2
Остеокластоblastома грудной стенки . . . . .	1	1	—
Хондросаркома ребра	3	3	—
Злокачественная тимома . . . . .	5	3	2
Лимфогранулематоз средостения . . . . .	5	2	3
Тератодермоиды средостения . . . . .	2	2	—
Не установлен . . . . .	1	—	1
<b>Всего: . . . . .</b>	<b>64</b>	<b>34</b>	<b>30</b>

ческого, цитологического (по данным биопсии) и операционного диагнозов. У 5 больных результаты аспирационной биопсии были отрицательными, так как игла не достигла патологического образования (у 3 и них пункцию производили в период освоения методики). У 2 больных отрицательный результат пункции был обусловлен обширным воспалительным процессом, окружающим опухолевый узел. Показания к операции у этих больных устанавливали по данным клинко-рентгенологических исследований. У 4 пациентов этой группы цитологическая картина из-за малого количества полученного материала оказалась недостаточно ясной для того, чтобы высказаться о характере патологического процесса более определенно.

У 23 из 30 неоперированных больных результаты биопсии были четкими. У 7 пациентов результаты пункции расценили как отрицательные: из-за большого воспалительного процесса в окружающих отделах — у 2 больных, неясной цитологической картины — еще у 2 и непопадания в патологический фокус — у 3 больных.

Морфологическую структуру рака

цитологически определили в 75% наблюдений. В остальных случаях отмечали наличие в пунктате раковых клеток, но из-за их малого количества и низкой степени дифференцировки не смогли отнести их к какой-либо гистологической форме.

Ввиду отсутствия технических возможностей для производства катетеризационной биопсии у пациентов с патологическими фокусами, расположенными не только в поверхностных, но и в центральных отделах легкого, мы выполняли трансторакальную аспирационную биопсию. Это обстоятельство увеличило процент отрицательных результатов. Тем не менее мы полагаем, что отказываться от пункции глубоко-расположенных образований не следует, так как эта процедура в ряде случаев позволяет верифицировать диагноз.

Трудности в дифференциальной диагностике заболеваний легких возникают не только при опухолях малых размеров, но и иногда при опухолях большой величины, осложненных плевритом в окружающей легочной ткани и распадом опухоли. В таких случаях трансторакальная аспирационная биопсия также необходима.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Богущ Л. К., Жарахович И. А. Биопсия в пульмонологии. М., Медицина, 1977.

Поступила 26 марта 1981 г.

УДК 618.89

**О НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Н. Л. Капелюшник, Т. М. Кутышева*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Н. Л. Капелюшник) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** На основании наблюдения за 782 женщинами, находившимися на стационарном лечении по поводу угрожающего выкидыша и преждевременных родов, установлено, что наиболее частой причиной прерывания беременности являлись перенесенные ранее аборт, хронические экстрагенитальные заболевания, инфекцион-