

(3). — 14. Birath G., Crafoord C. The Journal of Thoracic Surgery, 1951, 4.— 15. Brille D., Hinglais J. C., Hatzfeld C. et Kourilsky R. J. Fran. Med. Chir. Thor., 1961, 15.— 16. Brille D. et Hatzfeld C. La presse medicale, 1961, №№ 12, 21, 26, 28, 32, 35.— 17. Gamain B., Pouillard J., Coby J. Poumon et coeur, 1962, 3.— 18. Kory R. C., Callahan R., Boren H. G., Syner J. C. Amer. J. Med., 1961, 30.— 19. Landen H. C. u. Koss F. H. Zentralblatt für Chirurgie, 1951, 1.— 20. Sadoul P., Durand D. et Aubriot G. J. Franc. Med. Chir. Thor., 1960, 14.— 21. Sauvage et col. Цит. по Гамэну (19).— 22. Zenker R. Цит. по А. В. Григоряну. Рак легкого. Дисс., М., 1962.

Поступила 1 августа 1963 г.

О ГАМАРТОМАХ ЛЕГКОГО

А. О. Лихтенштейн и А. А. Агафонов

Отделение грудной хирургии (нач.— канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн) Казанской дорожной клинической больницы (нач.— В. Г. Колчин)

Гамартомы — опухолевидные разрастания из нескольких тканевых элементов — могут встречаться в различных органах: легких, печени, селезенке, почках, сердце. К истинным опухолям их отнести нельзя, так как тканевые элементы, входящие в состав гамартом, развиты нормально. Из элементов бронхиальной стенки в гамартомах легкого (раньше их неточно называли хондромами) обнаруживаются, кроме хряща, эпителий, жировая и соединительная ткань, что дает основание определять гамартому легкого как «органонид бронхиального происхождения, близкий по своей природе к бронхогенным кистам» (Л. С. Розенштраух и К. А. Голубева).

Наиболее частое расположение гамартом в легких — субплевральное в нижней доле, реже они развиваются в просвете бронха, закупоривая его.

Клинически гамартома легкого проявляется неярко, но достаточно четко очерченным синдромом: больные жалуются на недомогание, кашель с незначительным количеством мокроты, слабость, незначительные боли в груди. Причина этих болезненных проявлений, при обычно небольших размерах гамартом, не совсем ясна.

Опорных пунктов для дифференциальной диагностики немного. Кроме тонкостей рентгеновского исследования, описанных Л. С. Розенштраухом и К. А. Голубевой, диагноз может быть поставлен методом исключения. Если у больного отмечается круглое образование небольших размеров, хрящевой плотности в пределах нижней доли легкого, то при отсутствии злокачественного роста и данных за туберкулез есть основание думать о гамартоме.

Лечение гамартом — только хирургическое. Операция выбора при субплевральном их расположении — вылушивание. Лишь по особым показаниям производится резекция легкого.

В течение 1961 г. мы наблюдали и оперировали трех больных с гамартомой легкого. У двоих диагноз до операции поставлен предположительно, у третьего почти не вызывал сомнений.

Приводим краткие выписки из историй болезни.

Б., 42 лет, поступила 21/II-61 г. с жалобами на периодические боли колющего характера под левой лопаткой, сухой кашель, быструю утомляемость, одышку при ходьбе. Больна с 1956 г. В тубдиспансере проводилось лечение по поводу специфического инфильтрата правого легкого. Общее состояние удовлетворительное, температура нормальная, пульс — 78.

Со стороны органов груди никакой патологии, кроме хрипов под правой лопаткой, не определяется. ЭКГ, функциональные пробы печени, функция дыхания — в пределах нормы.

При рентгеновском исследовании обнаружено: в нижнем поле правого легкого больше кзади определяется гомогенная, округлая, четкая тень с фестончатыми контурами 3,5 см в диаметре.

Диагноз: Туберкулома нижней доли правого легкого(?). Гамартوما(?).

6/III-61 г. под интубационным эфирно-кислородным наркозом правосторонняя торакотомия в шестом межреберье. В задне-нижнем отделе нижней доли субплев-

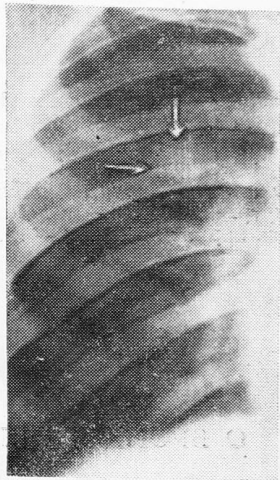


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Стрелкой указана гамартома.

рально найдено округлое плотное образование размером $4 \times 3,5$ см. Оно вылушено. Плевральная полость дренирована. Рана зашита послойно наглухо. Выздоровление. Гистологически — гамартома. Ввиду преобладания хрящевой ткани можно говорить о хондрогамартоме.

В., 43 лет, поступил 22/V-61 г. с жалобами на боли в области правой лопатки колющего характера, усиливающиеся при физической нагрузке, сухой кашель, недомогание, повышенную утомляемость. Считает себя больным два месяца. Общее состояние удовлетворительное, температура нормальная, пульс — 68, АД — 120/75. Границы сердца нормальные, тоны чистые. Границы и подвижность легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное, перкуторно-легочный звук. Органы брюшной полости без уклонений от нормы. Лимфоузлы не увеличены. Анализы крови, мочи — без особенностей. Функциональные пробы печени удовлетворительные. ЭКГ — нормальная. Функция внешнего дыхания не нарушена.



Рис. 2.
Хондрогамартома.

Рентгеновское исследование. Корни уплотнены, расширены, справа на уровне 3-го ребра в медиальной зоне округлая, интенсивная, четко контурированная тень 4 см в диаметре. Она расположена ближе к задней поверхности. Синусы свободны. Границы сердца нормальны.

Диагноз: Туберкулома правого легкого (?). Гамартома (?).

2/VI-61г. торакотомия справа в шестом межреберье под интубационным эфирно-кислородным наркозом. Вблизи верхушки шестого сегмента субплеврально обнаружено опухолеподобное образование размером $4 \times 4 \times 3$ см. Вылушение, дренаж плевральной полости. Послойное закрытие раны. Выздоровление. Гистология: Хондрогамартома.

Г., 53 лет, поступил 4/X-61 г. с жалобами на боли в левой половине груди, кашель со скудной слизистой мокротой, похудание, утомляемость. При объективном исследовании патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. Функция дыхания не нарушена. Анализы крови и мочи без особенностей.

При рентгеновском исследовании в нижней доле левого легкого обнаружена четко контурированная округлая тень с фестончатым краем. Диаметр ее — около 3 см.

Диагноз: Гамартома левого легкого (?). Во время операции 20/X-61 г. произведено вылушение субплеврально расположенной гамартомы.

Гистологическое исследование: хондрогамартома (рис. 2). Послеоперационное течение гладкое. Выздоровление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросов Н. С. Вест. хир., 1957, 9.—2. Береснев Л. Л. Вест. хир., 1959, 1.—3. Брайцев В. Р. Врожденные дизонтогенетические образования средостения и легких. М., 1960.—4. Горовенко Г. Г. Пробл. туб., 1957, 8.—5. Караман Н. В. Нов. хир. арх., 1956, 2.—6. Лукомский Г. И., Евстратова К. И. Грудная хирургия, 1961, 4.—7. Мергольд Д. П. Грудная хирургия, 1961, 1.—8. Осипов Б. К. Хирургия, 1956, 8.—9. Розенштраух Л. С. и Голубева К. А. Хирургия, 1956, 8.—10. Сметанин Л. А. Вест. хир. 1955, 9.—11. Трутень Н. И. Нов. хир. арх., 1956, 2.—12. Юденич В. В. Вест. хир. 1960, 7.

Поступила 1 декабря 1961 г.

О БРОНХОГЕННОМ РАКЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Кандидаты мед. наук В. Д. Гольдштейн и В. И. Брауде, Г. Б. Миринов

Московская городская клиническая туберкулезная больница № 3 «Захарьино»
(главврач — В. П. Петрик)

Является ли туберкулез легких фактором, способствующим развитию бронхогенного рака? По различным данным, частота туберкулеза среди больных раком легких колеблется от 5 до 16,7% (Пробст, 1927; Ф. И. Пожарийский, 1934; М. П. Кончаловский, 1937; С. М. Дерижанов). У. А. Алексеев (1958) сообщил, что у 15,1% больных, умерших от туберкулеза, им был обнаружен рак легких.

Успехи в терапии туберкулеза способствовали значительно удлинению продолжительности жизни больных с распространенными формами этого заболевания и