

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

одновременно увеличилось количество лиц с излеченным, неактивным туберкулезом. С другой стороны, в ряде стран отмечено возрастание удельного веса больных пожилого и старческого возраста среди общего количества больных с впервые выявленным легочным туберкулезом. Это сделало еще более актуальным изучение вопросов клиники и диагностики совместного течения туберкулеза и рака легких.

Некоторые авторы (Шварц; Боленштаб и Кварц, 1961) выступили с утверждением, что повышение эффективности терапии туберкулеза и появления большого количества лиц с неактивными туберкулезными изменениями в легких являются фактором, способствующим повышению заболеваемости раком легких, поскольку эти изменения могут явиться источником развития новообразования.

Эта точка зрения не нашла широкой поддержки клиницистов и патоморфологов. Так, Юлингер и Бланжей (1937), а также А. И. Струков и И. А. Кусевский (1949) указали, что рак легких как самостоятельное заболевание и в сочетании с туберкулезом встречается одинаково часто. А. Е. Рабухин (1958, 1961) и Аттингер (1950) считают, что туберкулез легких не имеет значения канцерогенного фактора, а комбинация этих двух заболеваний носит скорее случайный, чем закономерный характер.

По-видимому, присоединение бронхогенного рака вначале не сопровождается заметными сдвигами в состоянии больного. Лишь клинически выраженные формы рака вызывают развитие определенного симптомокомплекса. Особенно характерны появление болевых ощущений в грудной клетке, усиление одышки, неадекватное распространенности специфического процесса, увеличение количества отделяемой мокроты, нередко — кровохарканье. Поскольку эти признаки в той или иной степени свойственны активным формам туберкулеза легких, распознавание присоединившегося ракового процесса нередко весьма затруднительно. При сочетании туберкулеза и рака туберкулиновые пробы не могут быть использованы при дифференциальной диагностике. Так, из 10 больных с сочетанием этих заболеваний при внутрикожном титровании туберкулином 7 дали положительную реакцию, в том числе 1 больной на разведение № 5, 5 — на разведение № 4 и 1 — на разведение № 3. Существенные изменения в картине крови обычно отмечались лишь в далеко зашедших стадиях ракового процесса и выражались в виде ускорения РОЭ, повышения лейкоцитоза, развития палочкоядерного сдвига и выраженной лимфопении, причем эти сдвиги обычно неадекватны отмечаемым изменениям в рентгенологической картине, особенно при неактивном туберкулезном процессе. При этом противотуберкулезная терапия не оказывает заметного эффекта, что необходимо учитывать при постановке диагноза. Однако при распространенном туберкулезном процессе и особенно при сопутствующих бронхоэктатических изменениях правильное истолкование изложенных клинических симптомов весьма затруднительно.

Рентгенологическая картина у больных туберкулезом легких при присоединении первичного рака характеризуется появлением дополнительных крупноочаговых или инфильтративных теней, первоначально нечетко контурированных, распознавание которых представляет значительные трудности в случае их расположения в зоне предсуществующих специфических изменений. Диагноз ставится обычно при быстром росте возникающей дополнительной тени, появлении бугристости очертаний и линейных теней развивающегося лимфангоита, возникновении ателектаза, метастазов в лимфатические узлы средостения или другие органы. Однако, к сожалению, в это время существенное терапевтическое воздействие становится невозможным.

Весьма важно своевременное исследование мокроты на атипические клетки, которые могут быть обнаружены в значительном проценте наблюдений. Не менее важно проведение полного бронхологического обследования, включающего бронхоскопию и, при необходимости, бронхографию, которое может значительно облегчить своевременную диагностику присоединившегося рака. При бронхоскопии может быть проведена биопсия подозрительных участков стенки бронха с последующим гистологическим исследованием. По нашему мнению, у мужчин старше 50 лет, больных туберкулезом легких, при отсутствии противопоказаний следует считать бронхоскопию обязательным методом исследования. Это подтверждается тем, что у 13 из 18 наших больных обнаружен рак крупных бронхов, доступных для бронхоскопии. Иногда диагностика заболевания может быть облегчена с помощью так называемой прескаленной биопсии (операция Даниэльса). Однако положительный ответ при этом свидетельствует о неоперабельности случая.

Таким образом, основное значение при своевременной диагностике первичного рака легких у больного туберкулезом имеют следующие методы: 1) рентгенологическое исследование (рентгеноскопия, прямые и боковые снимки, томограммы, иногда — ангиопульмонография при уточнении операбельности рака и т. д.); 2) бронхологическое исследование (бронхоскопия и бронхография); 3) лабораторное исследование (прежде всего цитологическое исследование мокроты или промывных вод бронхов).

В периоде с 1953 по 1961 гг. на лечении в больнице «Захарыно» находился 15 871 больной туберкулезом легких. Лишь у 18 из них был обнаружен бронхогенный рак (0,11%). Среди больных с сочетанием рака легких и туберкулеза было 16 мужчин (0,17% от общего количества больных мужского пола, находившихся на лечении в больнице) и 2 женщины (0,03% от общего количества женщин). 15 больных из их числа были в возрасте 50 лет и старше (14 мужчин и 1 женщина). Следовательно,

первичный рак легких обнаружен у 0,78% больных туберкулезом легких пожилого возраста. Среди мужчин этой возрастной группы количество больных раком бронха равно 1,1%, а среди женщин — только 0,16%.

11 больных умерли во время пребывания в больнице «Захарьино», что составило 2% от общего количества умерших больных, или 4,1% из числа больных, умерших в возрасте 50 лет и старше. Среди них было 10 мужчин (2,8% от общего количества умерших мужчин, или 5,7% из числа больных мужчин, умерших в возрасте 50 лет и более) и одна женщина (соответственно — 0,5% и 1,1%).

У 13 больных диагноз рака легкого был установлен клинически, у 2 — новообразование было выявлено при патоморфологическом исследовании препарата легкого, полученного после оперативного вмешательства по поводу туберкулеза легких, у 3 это заболевание диагностировано лишь посмертно.

Первичный рак легких был обнаружен у больных со следующими формами туберкулеза легких: хронический фиброзно-кавернозный (5), инфильтративный типа туберкуломы (2), диссеминированный в фазе распада (1), очаговый в фазе уплотнения (6), инфильтративный в фазе уплотнения (1), диссеминированный в фазе уплотнения (3).

Следовательно, у 10 больных с сочетанием туберкулеза и рака легких диагностированы неактивные формы туберкулеза, а у 8 — активные. Последние составили 0,05% от общего количества больных. 5 из 8 больных с активным туберкулезом и раком легких умерли в больнице (0,9% от общего количества умерших больных, или 1,9% из числа больных, умерших в 50 лет или в более старшем возрасте).

У 11 новообразование выявлено в правом легком, в том числе у 3 оно исходило из верхнедолевого бронха, у 1 — из среднедолевого, у 1 — из нижнедолевого, у 2 — из главного бронха, у 1 — из стволового бронха, у 1 больного обнаружен рак бронха, вентилирующего S₆, и у 1 — S₂. У одного больного с опухолью, расположенной в правом легком, исходной локализации определить не удалось из-за распространенности процесса.

У 7 больных опухоль располагалась в левом легком, причем у 3 она исходила из верхнедолевого бронха, у 1 — из нижнедолевого, у 1 — из главного бронха, у 1 больной — из сегментарных бронхов В₂ и В₆, а у одного — из бронха В₁₊₂.

Таким образом, у 9 из 18 больных опухолевый процесс развивался в верхних долях.

Специфические изменения у 6 больных располагались в правом легком, у 5 — в левом, и у 7 они носили двухсторонний характер. У всех больных туберкулезный процесс локализовался преимущественно в верхней доле.

У 13 новообразование развилось в легком, где определялись специфические изменения, однако лишь у 5 из них оба заболевания локализовались в пределах одной доли, а у 8 — в разных долях одного легкого. У 5 больных туберкулез и рак обнаружены в разных легких.

У подавляющего большинства больных обнаружение туберкулеза предшествовало развитию опухоли. Лишь у 3 из них оба заболевания были выявлены практически одновременно, причем специфические изменения носили у этих больных неактивный характер. Остальные больные находились под наблюдением противотуберкулезного диспансера до обнаружения рака от 3 мес. до 20 лет, причем до 1 года состояло на учете по поводу туберкулеза 2, от 1 года до 5 лет — 4, от 5 до 10 лет — 4 и свыше 10 лет — 5.

Ни у одного не было отмечено заметного изменения течения специфического процесса в результате присоединения ракового заболевания.

Следует отметить, что из 13 больных, у которых клинически установлено было сочетание в одном легком туберкулеза и рака легких, лишь у 2 диагноз был своевременным, в результате чего оказалось возможным применить оперативное вмешательство. У обоих был очаговый туберкулез легких в фазе уплотнения. Приводим одно из этих наблюдений.

Д., 25 лет, поступила в «Захарьино» 24/V-58 г.

В 1956 г. у нее при профилактическом осмотре обнаружен очаговый туберкулез легких в фазе уплотнения. В августе 1957 г. в результате гиперинсоляции отмечено обострение специфического процесса, в левом легком был выявлен инфильтрат с распадом, в мокроте найдены туберкулезные микобактерии. Больной проводилась химиотерапия стрептомицином и фтивазидом, а затем ей наложен левосторонний искусственный пневмоторакс с последующим пережиганием спаек. Однако в марте 1958 г. при бронхоскопии обнаружен туберкулез левого главного бронха. Искусственный пневмоторакс расценивался как неэффективный, поскольку в мокроте определялись микобактерии, в связи с чем и возник вопрос об оперативном вмешательстве.

Состояние больной при поступлении хорошее, жалоб она не предъявляла. В крови резких изменений не обнаружено. Рентгенологически левое легочное поле умеренно сужено за счет смещения сердечно-сосудистой тени влево и небольших плевральных наложений. В верхних отделах левого легкого на фоне резко деформированного рисунка определяется множество очаговых и инфильтративных теней с довольно четкими контурами, расположенными в пределах верхней доли и VI сегмента.

При бронхоскопии обнаружены утолщение слизистой левого главного и стволового бронхов вблизи их границ, а также гиперемия слизистой устья левого верхнедолевого бронха.

В результате одновременно проведенной бронхографии отмечена резкая деформация верхушечного и заднего сегментарных бронхов верхней доли левого легкого. Отсутствуют разветвления на более мелкие ветви. Оба бронха кончаются конической формы сужением в наружной зоне патологической тени.

Клинический диагноз: левосторонний инфильтративный туберкулез легких (типа множественных туберкулом) в фазе распада; туберкулез устья левого верхнедолевого бронха, сегментарных бронхов верхушечного и заднего сегментов верхней доли слева.

8/VII-58 г. произведена пульмонэктомия слева под интубационным наркозом с управляемым дыханием (М. И. Перельман).

Микроскопическое исследование гистотопографических и обычных срезов показало, что во втором и шестом сегментах расположены туберкуломы типа конгломератных. Между туберкуломами в поджатой ткани легкого видны бронхи второго и шестого сегментов с их ветвями. Эти бронхи вовлечены в туберкулезный процесс, стенки их прорастают специфической грануляционной тканью. Мерцательный эпителий пораженных бронхов на ряде участков метаплазирует в многослойный плоский, причем последний пролиферирует местами с явлениями погружного роста. В этих атипических эпителиальных разрастаниях клетки подвергаются ороговению, благодаря чему воспроизводится картина начинающегося плоскоклеточного рака с ороговением.

Послеоперационный период протекал без осложнений, и 26/IX-58 г. больная в удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение туберкулезного диспансера с рекомендацией продолжить противотуберкулезную химиотерапию.

При повторном обследовании в ноябре 1959 г. состояние больной вполне удовлетворительное, признаков обострения туберкулеза или прогрессирования опухолевого процесса не обнаружено.

В заключение следует отметить, что из 18 наших наблюдений с совместным течением рака и туберкулеза легких лишь у 5 больных имело место сочетание этих заболеваний в пределах одной доли, причем лишь у 2 из них отмечено развитие новообразования непосредственно в зоне расположения специфических тканевых элементов. К тому же нами не было отмечено и ухудшения течения туберкулеза при присоединении рака. Это заставляет нас присоединиться к мнению авторов, считающих бронхогенный рак и туберкулез легких при их сочетании параллельно текущими процессами, не имеющими между собой, как правило, этиологической или патогенетической связи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев У. А. В кн.: Материалы по борьбе со злокач. опухолями. Уфа, 1958.
2. Дерижанов С. М. Ztschr. Krebsforsch., 1928, 26.
3. Кончаловский М. П. В кн.: Злокач. новообраз., Харьков — Киев, 1937.
4. Оленева Т. Н. и Апанова А. М. Пробл. туб., 1958, 8.
5. Пожарийский Ф. И. В кн.: Вопросы онкологии, 1934, 5.
6. Струков А. И., Кусевичей И. А. Тез. докл. 3 научн. сесс. ин-та норм. и патол. морфол. М., 1949.
7. Рабинович Р. М. Клинич. мед., 1958, 12.
8. Рабухин А. Е. Пробл. туб., 1958, 8; Ztschr. Tuberk., 1961, 117.
9. Attinger E. Oncologia, 1950, 3.
10. Bergmann A. Beitr. Klin. Tuberk., 1938, 91.
11. Bodenstein H. und Quarz W. Ztschr. Tuberk., 1961, 117.
12. Probst R. Ztschr. Krebsforsch., 1927, 25.
13. Schwartz Ph. Ann. méd., 1956, 57.
14. Uehlinger E. und Blangey R. Beitr. Klin. Tuberk., 1937, 90.

Поступила 12 марта 1963 г.

О КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ

Канд. мед. наук А. А. Зяббаров

Кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Мезотелиома — раковая опухоль, развивающаяся из эпителия, покрывающего серозные оболочки грудной и брюшной полостей. Число опубликованных наблюдений над больными раковыми опухолями плевры не превышает 150.

Однако, поскольку распознавание этого заболевания даже при патологоанатомическом исследовании представляет значительные трудности, есть основания полагать,