

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 пункционная биопсия левого легкого 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,

что мезотелиома плевры в действительности встречается гораздо чаще, чем принято думать.

Опухоль растет в виде одиночного образования или же распространяется множественными узлами на висцеральном или париетальном листках плевры. Диффузная форма, очевидно, представляет собой более позднюю стадию заболевания.

Возраст больных колеблется от 40 до 60 лет.

Клиническая картина данного заболевания имеет некоторые заслуживающие внимания особенности. Больные обычно жалуются на нарастающую боль в груди, отдающую чаще всего в плечо, одышку, кашель с выделением небольших количеств мокроты и периодические повышения температуры до субфебрильной, а иногда — 38° и выше.

В плевральной полости появляется выпот. Это, по-видимому, обуславливается нарушением оттока лимфы по сдавленным опухолью сосудам. Фибрин, выпадающий из экссудата, может образовать обширные сращения. Нередко рост опухоли сопровождается разрушением стенок сосудов, и вытекающая из них кровь придает экссудату геморрагический характер. Если жидкость из плевральной полости удалить, то в одних случаях она сравнительно быстро вновь накапливается, а в других по мере роста опухоли экссудат может рассосаться. В литературе описаны наблюдения мезотелиомы плевры без плеврального выпота.

Одышка обуславливается сдавлением легкого экссудатом и опухолью, а также сдавливанием сердца и раздражением блуждающего нерва. При мезотелиоме плевры органы средостения смещаются в здоровую сторону и не восстанавливают положение после откачивания жидкости. Пораженная половина грудной клетки при дыхании отстает.

Появление лихорадки указывает на распространенность процесса. Она обуславливается всасыванием продуктов распадающейся опухоли, а также воспалительными изменениями в окружающих тканях и в легком.

Некоторые исследователи при изучении неврологического статуса больных в отдельных случаях могли установить признаки сдавления опухолью симпатических узлов (верхне-грудного или ниже-шейного) в виде западения глазного яблока на больной стороне, опущения верхнего века, сужения зрачка и глазной щели.

Сдавление опухолью верхней полой вены может обусловить расширение вен и отек мягких тканей на грудной стенке. При диффузных формах процесса пальцы кисти приобретают вид барабанных палочек.

Исследование крови обнаруживает анемию, лейкоцитоз и ускорение РОЭ.

Метастазы опухоли распространяются по лимфатическим путям и гематогенно. Болезнь длится от 2—3 мес. до 2—3 лет, более быстрое течение свойственно молодому возрасту.

При своевременно выявленных мезотелиомах показано оперативное лечение, в далеко зашедших случаях — лишь симптоматическое.

В распознавании велико значение рентгенологического исследования. Опухолевые узлы в плевральной полости могут скрываться за тенью выпота. Поэтому исследование должно производиться только после откачивания жидкости. Для перемещения оставшейся жидкости и освобождения от нее интересующих участков плевры, особенно нижних отделов и синусов, следует широко применять трохоскопию и латероскопию, придавая больному необходимые положения. Одиночный узел располагается в виде четко отграниченной тени с ровными контурами, плавно сливающимися с тенью органов, покрытых плеврой.

При диффузной форме мезотелиомы на плевре появляется ряд узлов, иногда насливающихся друг на друга и образующих полициклический контур. Размеры отдельных узлов опухоли от 2—3 см до 15—20 см.

Приводим наши наблюдения.

И. Г., 26 лет, заболела в мае 1959 г. Начало болезни связывает с простудой. После безуспешного лечения «сухого плеврита» в поликлинике направлена в туберкулезный диспансер. Здесь принимала фтивазид, хлористый кальций. 27/XI 1959 г. с диагнозом «киста правого легкого?», «экссудативный плеврит?» поступила в терапевтическую клинику ГИДУВа.

Рост крови среднего, упитанность понижена. Кожные покровы бледно-землистого оттенка. В надключичной области мелкие плотные лимфатические узлы. Концы пальцев кисти слегка утолщены.

При дыхании заметно отставание правой половины грудной клетки. На той же стороне спереди, начиная со второго ребра и ниже, тупость, сзади также тупость и влажные мелкопузырчатые хрипы. Левая и верхняя границы сердца не изменены, тоны приглушены. Печень и селезенка не прощупываются. Э. — 4 450 000, РОЭ — 2 мм/час, Л. — 5 350, с. — 56%, п. — 7%, э. — 5%, б. — 0,5%, л. — 21%, м. — 10%.

Рентгеноскопия. В среднем и нижнем отделах правой половины грудной клетки определяются несколько узловатых образований, сливающихся друг с другом. Наиболее крупные из них достигают 16 см. Контуров их четкие, ровные, сливающиеся с передней и боковой грудной стенкой, средостением и диафрагмой. Экскурсии грудной клетки справа ограничены.

Заключение: мезотелиома плевры.

В другом лечебном учреждении был поставлен другой диагноз — ганглионеврома, в связи с чем 5/1-60 г. предпринята операция, при которой обнаружена большая овальной формы опухоль, примыкающая к передней стенке грудной клетки. Опухоль покрыта капсулой, плотно сращенной с нижней поверхностью правого легкого, диафрагмой и париетальной плеврой. Она исходит из средостения, где на медиастинальной плевре имеется значительная инфильтрация. Опухоль выделена из сращений с нижней долей правого легкого, которая оказалась карнифицированной. С передней стенки грудной полости из-под плеврального листка удалено несколько кист разной величины до 2 см в диаметре.

Гистологически вначале опухоль расценивалась как ангиосаркома, но в дальнейшем определена (проф. Г. Г. Непряхин) как мезотелиома плевры.

И. З., 26 лет, госпитализирован в июне 1957 г. в связи с появившимися на шее узлами. Других жалоб нет.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. В легких перкуторный звук не изменен. Дыхание везикулярное. Слабый систолический шум на верхушке сердца. Пульс — 80, удовлетворительно-го наполнения и напряжения. АД — 100/55. Органы брюшной полости без изменений. В области шеи — единичные, величиной с фасоль, плотные подвижные узлы, слегка болезненные. Температура нормальная. Гем. — 85%, Л. — 4 800, с. — 43%, п. — 1%, э. — 4%, л. — 53%, м. — 2%. РОЭ — 3 мм/час.

Рентгенологическое исследование от 8/IV-57 г. В легких изменений не найдено. Диафрагма подвижная. Синусы свободны. Границы сердца не изменены. В области левого желудочка округлой формы выбухание — 4 × 5 см, не отделяющееся от тени сердца и переходящее на заднюю стенку. Контуры его четкие, ровные.

Больной принимал лечение по поводу хронического осумкованного кистозного перикардита и распространенного туберкулезного лимфаденита (ПАСК, стрептомицин и др.). Из госпиталиа выписан с некоторым улучшением. Спустя 10 мес. больной вновь госпитализируется, но уже в другое лечебное учреждение, в связи с ухудшением общего состояния и болями в груди.

26/III-58 г. произведена торакотомия по поводу «целомической кисты перикарда».

При этом была удалена опухоль с частью перикарда. Совершенно неожиданно при гистологическом исследовании удаленная опухоль оказалась мезотелиомой.

1/X-58 г. больной вновь госпитализируется с подозрением на метастазы опухоли в мозг, поскольку появились приступы эпилептического характера с потерей сознания, судорогами, непроизвольным мочеиспусканием.

12/X-59 г. Л. — 5 400, с. — 73%, п. — 4%, л. — 20%, м. — 3%, РОЭ — 55 мм/час.

Рентгенологическое исследование, произведенное нами 14/X-59 г. В левой половине грудной клетки определяются сливающиеся друг с другом узловые образования от 4 до 6 см в диаметре с ровными и четкими контурами, располагающиеся

на поверхностях, покрытых костальной, медиастинальной, диафрагмальной и междолевой плевами (рис. 1 и 2). Купол диафрагмы слева значительно подтянут и фиксирован.

Заключение: мезотелиома плевры.

В конце октября 1959 г. в мягких тканях правого плеча появился плотный узел с детским кулак, очевидно метастаз опухоли. Больной скончался дома в марте 1960 г.

В обоих наших наблюдениях больные были моложе 30 лет, в отличие от имеющих в литературе указаний на более старший возраст, характерный для мезоте-

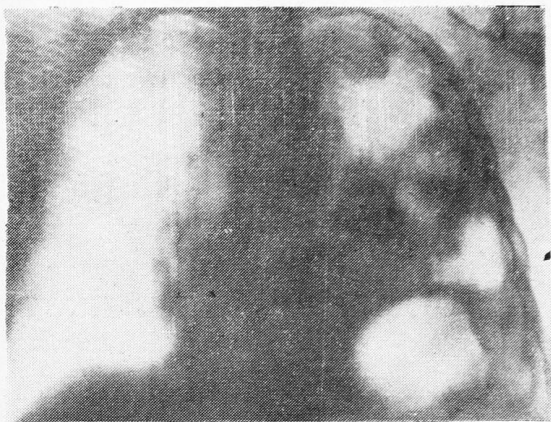


Рис. 1. Узлы мезотелиомы, исходящие из костальной, медиастинальной и диафрагмальной плевы в левой половине грудной клетки, у больного 3.

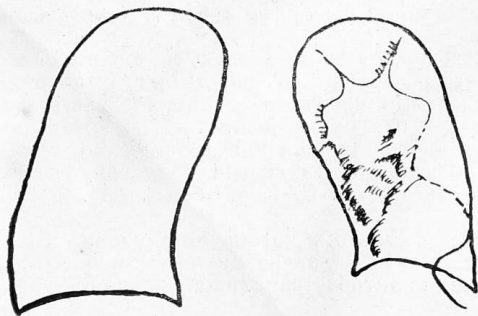


Рис. 2. Схема к рис. 1.

лиомы плевры. Вторая особенность наших наблюдений — в том, что опухоль развивалась без скопления в плевральной полости заметного количества выпота. При исследовании крови в начальном периоде болезни у обоих больных РОЭ не была ускорена. Развившееся позднее умеренно выраженное исхудание сопровождалось легкой бледно-землистым оттенком окраски кожных покровов.

Из приведенных наблюдений видно решающее значение рентгенологического исследования в сочетании с клиническими данными в распознавании мезотелиомы плевры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамова Н. С. и Нефедьева И. В. Клин. мед., 1952, 7. — 2. Зайцева Н. Ф. Врач. дело, 1960, 8. — 3. Красноперов Ф. Т. Казанский мед. ж., 1958, 1. — 4. Линдберг Б. Э. Хирургия, 1949, 12. — 5. Лукьянченко Б. Я. и Зайратьянц В. Б. Вест. рентген. и радиол., 1955, 4. — 6. Паполци А. Хирургия, 1959, 7. — 7. Сергеев В. М., Клионер Л. И. и Соловьева И. П. Вопр. онкол., 1961, 3. — 8. Чарный А. М. Казанский мед. ж., 1958, 1. — 9. Шамарин П. И. Клин. мед., 1958, 4.

Поступила 25 августа 1962 г.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЭКСУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

Асс. З. Ю. Валитова

Кафедра фтизиатрии (зав. — доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе тубгоспиталя ИОВ (нач. — А. Х. Сайфи) и городской противотуберкулезный диспансер (главврач — М. С. Самарин)

Поскольку туберкулез может быть истинной причиной так называемых «идиопатических плевритов», вопрос об их отдаленных последствиях представляет большой практический интерес.

По данным М. И. Закина (1953), вспышка туберкулезного процесса обнаруживается у 41,7% ранее перенесших эксудативный плеврит.

Кестнер (цит. по Г. Р. Рубинштейну), наблюдая за 514 больными, перенесшими эксудативный плеврит до 15 лет, отметил, что у 50% взрослых, у 32% детей в дальнейшем развивается легочный туберкулез.

А. Е. Рабухин установил, что перенесшие эксудативный плеврит в возрасте 16—25 лет в 22,4% заболевали туберкулезом легких.

По данным С. С. Эндер (1941), при эксудативном плеврите в 64,1% отмечаются туберкулезные изменения в легких.

По-видимому, туберкулез органов дыхания должен встречаться еще чаще, если принять во внимание данные Szymanski, показывающие, что эксудативный плеврит иногда сопровождается специфическими изменениями со стороны бронхиального дерева, как при отсутствии таковых в легких, так и при их наличии.

В последние годы благодаря проведению антибактериальной терапии во время эксудативного плеврита, а также вскоре после него частота вспышки туберкулезного процесса снижается (П. Л. Теппер, М. Е. Феклисова, И. Е. Кочнева, С. С. Морарь, А. А. Салеев).

М. Е. Феклисова показала, что у больных плевритом, которые получали специфическую терапию, туберкулез легких в течение 1—5 лет развивается в 11,4%, в контрольной группе обследуемых, не получавших антибактериальной терапии, заболевание встречалось у 43,3%.

А. А. Салеев приводит аналогичные цифры; при применении специфической терапии выявление локального туберкулеза и его прогрессирование установлено в 11,7%, в контрольной группе — в 52,1%.

В подавляющем большинстве работ об отдаленных результатах перенесенного эксудативного плеврита, включая и цитированных выше авторов, как правило, учитываются лишь специфические изменения в легких. В то же время многообразные иные изменения в легких, возникающие в связи с плевритом и после него, не анализируются. Однако более полное катamnестическое обследование лиц, перенесших эксудативный плеврит, может представить известный практический интерес, а полученные данные позволяют критически оценить принятую методику лечения больных плевритом и внести дополнительные рекомендации в систему их диспансерного наблюдения.