

ния в большей части возникали у больных с бронхиальными свищами (24) и реже при эмпиемах плевры без бронхиальных свищей (5). После пробной торакотомии умерли 2 больных с эмпиемами плевры (от гангрены легкого и от прогрессирования ракового процесса). Развитие пневмонии оставшегося легкого происходит вследствие аспирации экссудата из плевральной полости через несостоятельную культю бронха. Способствуют развитию пневмонии следующие условия: недостаточные дыхательные экскурсии функционирующего легкого из-за болей в ране, флотация и смещение средостения с перегибом сосудов и сдавлением «здорового» легкого, нарушение перистальтики и дренажной функции бронхиального дерева, изменение кровотока в системе легочной артерии, коллапс и послеоперационный ателектаз части легочной ткани. Поэтому в профилактике пневмоний у больных, имеющих дефект в культе бронха, большое значение имеет своевременное и хорошо налаженное дренирование плевральной полости. Больной должен находиться в кровати в полусидячем положении с наклоном в сторону, подвергавшуюся операции, для того чтобы предотвратить аспирацию плеврального экссудата через культю бронха в «здоровое» легкое.

Одним из наиболее тяжелых осложнений при эмпиемах плевры и бронхиальных свищах являются аррозийные кровотечения. По мнению П. А. Куприянова, аррозийные кровотечения из сосудов возникают в результате ихорозного нагноения, сопровождающегося распадом тканей, в который вовлекаются культя легочной артерии и вен.

Кровотечения чаще возникают из артерий. П. А. Куприянов и Ф. Х. Кутушев наблюдали это осложнение у 3 больных. По их данным, кровотечение развивается «быстро и фатально».

У нас было 2 больных после пульмонэктомии по поводу рака с бронхиальными свищами, у которых возникло аррозийное кровотечение из легочной артерии, приведшее к смерти.

Перикардит был находкой лишь на секции у 5 больных, и только у одного диагноз был поставлен своевременно. Это осложнение тесно связано с эмпиемой плевры и значительно ухудшает прогноз.

При выраженной интоксикации, тяжелом и длительном течении эмпиемы возникали истощение, деформация грудной клетки, амилоидоз внутренних органов, септикопиемия. Эмпиемы с высокой вирулентностью микроорганизмов у ослабленных больных могут привести к септикопиемии, развитию которой способствуют и дистрофические изменения в тканях и органах, имевшиеся у больных раком легкого еще до операции. В нашем отделении септикопиемия была причиной смерти у 2 больных с бронхиальными свищами и у одного с эмпиемой плевры.

Значительное преобладание числа эмпием плевры и бронхиальных свищей среди других осложнений после резекций легких по поводу рака является результатом недооценки предоперационной подготовки, техники проведения операции и профилактических мероприятий в послеоперационном периоде. Анализ клинического материала клиники ГОИ им. П. А. Герцена и собственных наблюдений показал, что снижение количества послеоперационных эмпием плевры и бронхиальных свищей возможно в несколько раз. Так, если в 1947—1950 гг. бронхо-плевральные осложнения составляли 33%, то в 1951—1960 гг. — 14,1%, в 1961—1962 гг. процент их снизился до 9,6 а в 1-й половине 1962 г. — до 3,8.

В настоящее время перед легочной хирургией стоит проблема дальнейшего снижения частоты бронхо-плевральных осложнений и летальности при них.

УДК 616.006.32—616.25

К ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ

П. И. Шамарин

Кафедра пропедевтической терапии (зав.—проф. П. И. Шамарин)
Саратовского медицинского института

Первое наше сообщение о распознавании мезотелиомы плевры (1958) основано на анализе 5 достоверных наблюдений. Ныне мы располагаем еще 10 наблюдениями.

За 1952—1964 гг. на 134 умерших в нашей клинике от рака разной локализации и подвергнутых секции у 11 (8,2%) была диагностирована мезотелиома плевры.

В настоящее время вряд ли можно считать злокачественную мезотелиому плевры такой редкостью, как полагали недавно, однако диагностика ее остается трудной не только в ранние фазы, но и в поздние.

В данной статье мы подвергаем анализу 10 наблюдений над больными в возрасте от 39 до 84 лет (5 мужчин и 5 женщин). Мезотелиома плевры при жизни диагностирована у 6 из них. Два наблюдения — типичное и атипичное течение болезни — опубликованы ранее (К. Г. Уварова и В. Ф. Данковцева, 1964). Приводим краткие выписки еще из двух историй болезни.

1. А., 57 лет, с июня 1960 г. стал замечать сначала колющие, а затем сжимающие боли в сердце. С 18/VI он находился на больничном листе, а 2/VIII с подозрением на инфаркт миокарда поступил в клинику. Через две недели выписан с диагнозом: коронаросклероз, стенокардия, эхинококк легкого (с 1947 г.). В сердце боль прекратилась, но появилась, постепенно усиливаясь, в правом боку; присоединился сухой кашель. 31/VIII при рентгеноскопии обнаружен правосторонний экссудативный плеврит, и больной вновь поступил в клинику 3/IX.

Общее состояние длительное время было сравнительно удовлетворительным. При рентгеноскопии 6/IX справа в полости плевры обнаружена жидкость с пологим, подвижным при дыхании уровнем в IV межреберье. В горизонтальном положении больного жидкость разливалась, и тогда все легочное поле становилось неравномерно затемненным. Слева в верхнем легочном поле видна деформированная овальная тень 4,5×2,5 см с обызвествлением по верхнему заднему контуру.

Боль в боку, шее, спине, в лопатках постепенно усиливалась, стала мучительной, исчезала на короткое время после новокаиновой инфильтрации кожи наиболее болезненных участков. В октябре появилось кровохарканье. За время пребывания в клинике четырежды производилась эвакуация жидкости из плевральной полости, в первый раз серозно-фибринозной, в последующем — геморрагической; всего удалено 5700 мл. Пункция была затруднительной. Игла преодолевала значительное препятствие. В пятый раз при пункции ничего не получено, в шестой удалено 15 мл геморрагического экссудата. Уд. вес жидкости 1015—1023, содержание белка 3,3—3,5%, проба Ривольта положительная. Цитология: много эритроцитов, лимфоциты, единичные клетки мезотелия плевры.

Рентгеноскопия 10/IX после удаления 2500 мл жидкости. Справа в нижнем легочном поле легочный рисунок усилен и сгущен, небольшие пристеночные плевральные наслоения и небольшое количество жидкости в синусе.

Позже, после удаления жидкости из плевральной полости, перкуторные и аускультативные данные мало изменялись, а при рентгеноскопии обнаруживались заполненные воздухом и жидкостью осумкованные полости. 10/XII больной скончался.

Клинический диагноз: мезотелиома правой плевры, правосторонний геморрагический плеврит, эхинококк левого легкого, атеросклероз.

На секции выявлены метастазы опухоли в левой плевре и паренхиме левого легкого, в почке под капсулой, в печени и селезенке, эпикарде, надпочечниках, диафрагме, висцеральной и париетальной брюшине тонких кишок, в бифуркационных и паратрахеальных лимфатических узлах.

2. У Е., 71 года, с конца марта 1961 г. появилась боль в правом боку, небольшой кашель при нормальной температуре. При рентгеноскопии 10/IV обнаружена плевральная спайка справа (в прошлом была пневмония), а 18/IV — жидкость в правой плевральной полости. В этот же день поступил в клинику. При повторной рентгеноскопии 20/IV отмечена жидкость в правой плевральной полости с подвижным при дыхании уровнем по нижнему краю V ребра и пристеночно тонким слоем до III ребра, небольшое количество жидкости было и в междолевой щели. В горизонтальном положении больного жидкость разливалась, понижая прозрачность легочного поля; над куполом диафрагмы пристеночно жидкость осумкована в небольших карманах.

За время пребывания в клинике состояние больного было удовлетворительным, но боль и одышка постепенно усиливались. Температура субфебрильная. Пункция плевры была произведена 11 раз, удалено 16 л геморрагической жидкости с уд. весом 1005—1015, с содержанием белка 1,6—2,0%. При микроскопии обнаружено значительное количество клеток мезотелия разной величины с различной окраской протоплазмы, частью вакуолизированных, в том числе перстневидных; встречались клетки с разными фазами прямого и непрямого деления ядра.

Каждый раз после эвакуации из полости плевры от 1500 до 2400 мл экссудата площадь тупого звука почти не изменялась, а рентгенологически после кратковременного уменьшения затемнение становилось еще больше.

Смерть наступила 7/VII, спустя немногим более трех месяцев со дня первых субъективных проявлений болезни.

Диагностика не представляла трудностей. На секции диагноз мезотелиомы плевры с геморрагическим плевральным экссудатом подтвердился. Обнаружены метастазы в диафрагме, печени, почках, левом надпочечнике, под плеврой нижней доли правого легкого. Кроме того, был правосторонний фибринозно-геморрагический плеврит, коллапс правого легкого, очаговая сливная пневмония верхней и нижней долей левого легкого, серозно-фибринозный перикардит.

Мезотелиома плевры не была распознана при жизни у 4 больных.

1. Г., 65 лет, более 4 месяцев лечилась в поликлинике по поводу «затянувшейся, вяло текущей пневмонии» и только потом, после обнаружения при очередной рентгеноскопии экссудата в полости плевры, была направлена в стационар.

28/VII 1953 г., через неделю со дня поступления в клинику, рентгенологически выявлено неравномерное затемнение всего правого легочного поля за счет пристеночных плевральных наслоений и небольшого количества жидкости, а также массивных округлых теней, тесно связанных с корнями легкого; диафрагма неразличима. Через 7 дней затемнение стало еще больше.

При плевральной пункции получено 600 мл геморрагической жидкости уд. веса

1016, с содержанием белка 5%; при микроскопии клеток мезотелия не обнаружено, встречались лимфоциты.

Клинический диагноз: правосторонняя бронхокарцинома с переходом на плевру и экссудативный плеврит.

Через 17 дней после поступления больная скончалась.

Анатомический диагноз: диффузный, частью узловатый рак правой плевры; раковые метастазы в лимфатические узлы средостения и ворот печени, в печень; ателектаз правого легкого, правосторонний трансудат-экссудат.

2. Ш., 68 лет, с мая 1962 г. лечился в поликлинике от «заболевания легких». После рентгеноскопии направлен в хирургическое отделение с подозрением на опухоль пищевода (дисфагии не было). Через 11 дней, 17/VIII, был переведен в терапевтическую клинику с диагнозом экссудативный плеврит. Предъявлял жалобы на постоянную боль в левой половине грудной клетки и эпигастрии, кашель с мокротой, плохой аппетит. Состояние было тяжелым. 23/X наступила смерть.

За время пребывания в клинике 7 раз производилось рентгенологическое исследование, включая томографию. Последнее заключение рентгенологов: из-за массивной тени плевральных изменений крайне трудно судить об изменениях легочной ткани. Полость в нижней доле левого легкого, выявленная на томограмме, может быть бронхоэктатической или раковой. На основании рентгенологических данных решить вопрос о происхождении изменений не представляется возможным.

Клинический диагноз: бронхокарцинома левого легкого, хронический бронхит с бронхоэктазами, адгезивный плеврит слева, перизофагит, атеросклероз, легочно-сердечная недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: мезотелиома левой плевры. Прорастание опухоли в сердечную сумку, метастазы в диафрагму, правую плевру, печень, правую почку, лимфатические узлы средостения, париетальную брюшину, брыжейку тонких кишок. Хронический гнойный бронхит. Атеросклероз.

3. Б., 84 лет, заболела в марте 1958 г. С 9/IV по 5/VI находилась в больнице, выписана без улучшения с диагнозом правосторонний экссудативный плеврит (без указания этиологии). Через 15 дней поступила в клинику в крайне тяжелом состоянии. На следующий день, 21/VI, рентгенологически обнаружено справа большое гомогенное затемнение легочного поля до ключицы; органы средостения смещены немного влево.

После удаления из полости плевры 1500 мл прозрачной жидкости площадь затемнения стала немного меньше, выявлены значительные плевральные наслоения. После вторичной эвакуации 1000 мл жидкости видны осумкованные полости с жидкостью и воздухом; отчетливо заметно утолщение плевры поджато легкого.

11/VII наступила смерть.

Клинический диагноз: правосторонний экссудативный постпневмонический плеврит; атеросклероз, недостаточность кровообращения.

Патологоанатомический диагноз: мезотелиома плевры справа с поверхностным врастанием в легочную ткань; атеросклероз.

4. З., 65 лет, в апреле 1957 г. лечился в поликлинике от боли в пояснице. Наступило улучшение. В начале августа появился кашель, затем одышка, боль в правом боку. При рентгеноскопии был обнаружен экссудат в полости плевры. Поступил в клинику 7/VIII.

Клинически — картина экссудативного плеврита. Пальпация живота затруднена, но все же удалось пальпировать увеличенную печень. При пункции плевры жидкости не получено.

С 17/VIII состояние значительно ухудшилось, жалобы в основном на боль в животе и правом подреберье. С 26/VIII появилась отечность подкожной клетчатки нижних отделов грудной клетки, 2/IX наступила смерть.

Клинический диагноз: хронический холецистит, хронический гепатит, правосторонний реактивный плеврит.

Патологоанатомический диагноз: мезотелиома правой плевры. Правосторонний фибринозно-геморрагический плеврит.

Заслуживает особого внимания наблюдение с ошибочной диагностикой мезотелиомы плевры.

Б., 60 лет, в январе 1960 г. упала боком на железный таз. Лечилась в поликлинике от ушиба. Предполагалась трещина ребра. Через 20 дней боль стала меньше, но после переохлаждения опять усилилась. Появилась боль в левой лопатке и сухой кашель. Лечилась в поликлинике без улучшения. Боль усилилась, появилась одышка, пропал аппетит. С диагнозом «осумкованный плеврит» больная 31/III поступила в клинику; 6/V умерла.

При рентгенологическом обследовании кроме жидкости в левой плевральной полости обнаружены деструктивные изменения в задних отделах II, III и IV ребер с патологическим переломом IV ребра. После эвакуации 1400 мл геморрагической жидкости рентгенологическая картина осталась без изменения, только органы средостения немного сместились в большую сторону. Еще через 3 недели обнаружено большое гомогенное затемнение всего левого легочного поля.

Пункция плевры производилась два раза, удалено 2400 мл геморрагической жидкости. Клеток мезотелия в ней не было.

Клинический диагноз: мезотелиома левой плевры с прорастанием в ребра.

Патологоанатомический диагноз: рак левого главного бронха (массивно-узловая форма). Раковые метастазы в плевру, надключичные, паратрахеальные, бронхиальные и средостенные лимфатические узлы, в печень. Серозно-геморрагический плеврит. Ателектаз и абсцедирующая пневмония слева.

Мезотелиому плевры можно отнести к наиболее злокачественным раковым новообразованиям. Об этом свидетельствует прежде всего сравнительно небольшая продолжительность течения болезни. В наших наблюдениях от первых субъективных проявлений болезни до летального исхода проходило от 2 до 10 месяцев. В литературе имеются указания и на больший срок, но такие случаи редки.

Вторая особенность мезотелиомы плевры — во многих случаях бурное, неукротимое метастазирование. У 5 наших больных были единичные метастазы или прорастание в соседние органы, а у пяти — множественные метастазы во многие органы.

Третья особенность — бессимптомное течение болезни на первых этапах, как и при ряде других злокачественных новообразований. Первые субъективные и объективные симптомы скудны и неспецифичны. По этой причине больные обычно длительное время находятся на лечении в поликлиниках. Да и в стационарах часто проводится антибиотическая и симптоматическая терапия без уточненного диагноза.

Наконец, при значительно выраженных симптомах болезни, на поздних ее этапах, диагностика все же оказывается часто затруднительной, особенно в тех случаях, когда врачи плохо знакомы с этой болезнью.

Анализируя наши и описанные в литературе наблюдения, нетрудно убедиться, что большинство диагностических ошибок является следствием недостаточной квалификации врачей в области онкологии и незнакомства с клиникой и течением мезотелиомы плевры.

В литературе имеются описания случаев ранней диагностики мезотелиомы плевры с хорошими ближайшими и отдаленными результатами оперативного вмешательства (А. Я. Могилевич, Б. Э. Линберг). Следовательно, ранняя диагностика возможна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гатауллин Н. Г., Атласова Р. Х. Сов. мед., 1962, 7. — 2. Зайцева Н. Ф. Врач. дело, 1960, 8. — 3. Зяббаров А. А. Казанский мед. ж., 1964, 1. — 4. Линберг Б. Э. Хирургия, 1949, 12. — 5. Могилевич А. Я. Днепротетровский мед. ж., 1929, 4 — 6. — 6. Никитин А. В., Мухомедова С. Н. Сов. мед., 1961, 11. — 7. Танчевский Л. П., Зубарев А. В. Казанский мед. ж., 1964, 1. — 8. Уварова К. Г., Данковцева В. Ф. Врач. дело, 1964, 6. — 9. Шамарин П. И. Клин. мед., 1958, 4; Тр. I конф. терап. Поволжья. Куйбышев, 1960.

К ДИАГНОСТИКЕ МЕЗОТЕЛИОМ

УДК 616—006.32

В. Я. Липец и Г. С. Буравлев

II городская клиническая больница (главврач — В. А. Ус), Ижевск

Мезотелиомы чаще исходят из плевры, реже из перикарда и брюшины. Клиника имеет мало диагностических критериев. Основным вариантом клинического течения мезотелиомы брюшины является упорно накапливающийся асцит, затем присоединяется «дискомфорт в животе», нарушение стула, исхудание. В конечной стадии накопление жидкости может прекратиться из-за большого разрастания опухоли. Жидкость может сделаться тягучей, сиропообразной. Нередко и на вскрытии невозможно отличить мезотелиому от метастатического поражения серозных оболочек (П. Массон). Видные онкологи ставят под сомнение достоверность многих описанных в литературе мезотелиом (М. Ф. Глазунов, П. Массон). А. И. Савельев, К. Я. Ляшко, Н. П. Волгарева указывают, что внедрение в терапевтическую практику лапароскопии с прицельной биопсией будет способствовать ранней диагностике.

Приводим наше наблюдение.

К., 37 лет, несколько лет ощущал чувство полноты и разлитую болезненность в животе. В 1959 г. был оперирован. Хирург видел опухоль, но не удалил ее. 24/X 1964 г. вновь произведена лапаротомия. Правую половину брюшной полости занимала опухоль, состоящая из разрастания белесой ткани, пронизанной гладкостенными кистами различной величины — от еле видимых до размеров сливы. Опухоль была интимно связана с брюшиной и печенью. Удаленная часть опухоли весила более 3 кг. Полости содержали прозрачную тягучую жидкость. Большой выписан без улучшения состояния. Микроскопически определялись полости, выстланные рядом плоских (мезотелиальных) клеток. В коллагеновой ткани располагались щели и трубочки, выстланные такими же клетками. По-видимому, некоторые из описанных ранее «кистозных лимфангиом» относятся к кистозным мезотелиомам. Поликистозное строение не должно