

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. Днепропетровский 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

считаться необычным, поскольку мезотелию свойственно образовывать как кисты, так и сосочки, например при воспалении (М. Ф. Глазунов, 1961). А в возникновении мезотелиом предшествующее воспаление играет большую роль (З. В. Гольберт).

Приводим следующее наблюдение.

Б., 35 лет, с 1957 г. отмечает ухудшение аппетита, отрыжку, изжогу, вздутие живота, жидкий стул, постепенное похудание. Неоднократно лечился в стационаре с диагнозом энтероколит, туберкулезный перитонит. 18/VI 1964 г. переведен в хирургическое отделение. Большой источник. Живот увеличен. От левой реберной дуги до лобка пальпируется плотная малоболлезненная опухоль. При спленопортографии кардиотраст в момент введения выявляется в виде отдельных включений в левом подреберье.

20/VI 1964 г. произведена лапаротомия. На всем протяжении к брюшине приросла в виде панциря белая опухоль. Органы брюшной полости слиты опухолью в единый конгломерат.

В тот же день наступила смерть.

Секция. Брюшина покрыта желтовато-белым опухолевым пластом до 5 см толщиной. Опухоль плотная, с очагами размягчения. На плевре узелки 5×5 мм, местами в виде тяжей, врастающих в легкие. В других органах опухолевых образований не было обнаружено.

Диагнозу мезотелиомы может помочь нахождение при микроскопии сосочковых выростов, из которых бывает построен экзофитный вариант опухоли. Следует иметь в виду возможность имитации железок аденокарциномы линейными разрастаниями анаплазированного мезотелия, выстилающего лимфатические сосуды и щели, а изредка и альвеолы.

Существует поликистозный вариант строения мезотелиомы. Опухоль тогда имеет органонидный характер. Ее кисты выстланы плоскими клетками, мало отличающимися от нормального мезотелия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глазунов М. Ф. Опухоли яичников. Медгиз. Л., 1961.— 2. Гольберт З. В. Арх. патол., 1959, 7.— 3. Липец В. Я. Вопр. онкологии, 1965, 1.— 4. Массон П. Опухоли человека. Медицина, М., 1965.— 5. Савельев А. И. и Ляшко К. Я. Клин. мед., 1965, 4.

УДК 616.45—006

О МЕТАСТАЗИРОВАНИИ В ЛЕГКИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКА ТИПА КОРТИКОСТЕРОМ¹

А. И. Бухман и В. И. Керцман

Хирургическое отделение (зав.— проф. О. В. Николаев) и рентгенологическое отделение (зав.— проф. М. И. Сантоцкий) Всесоюзного научно-исследовательского института экспериментальной эндокринологии, Москва

Клинике гормональноактивных опухолей коры надпочечника, а также характеру их метастазирования в литературе посвящены немногочисленные публикации, в которых приводятся единичные случаи метастазов злокачественных опухолей коры надпочечника в легкие.

Опухоли коры надпочечника типа кортикостером и их гормональноактивные метастазы дают клиническую картину, сходную с болезнью Иценко—Кушинга. При этом следует учитывать, что подобные изменения могут быть обусловлены также злокачественными опухолями, исходящими из средостения или вилочковой железы, первичным раком бронхов и даже фиброаденомой молочной железы. Предполагается, что в этих случаях имеет место повышенная чувствительность интерреналовой ткани к продуцируемому в обычных количествах адренкортикотропному гормону или же выделение кортикотропных веществ тканью опухоли.

В нашем отделении с 1934 по 1964 г. наблюдалось 85 больных с кортикостеромами.

У 77 больных опухоли были удалены, у 4 произведена лишь пробная люмботомия в связи с прорастанием опухолью окружающих тканей. 4 больных не подвергались хирургическому вмешательству из-за наличия отдаленных метастазов. Злокачественные кортикостеромы встречаются значительно чаще, чем доброкачественные, и слева чаще, чем справа. У женщин опухоли коры надпочечника выявлялись в 7 раз чаще, чем у мужчин (табл. 1).

¹ Согласно современной классификации гормональноактивных опухолей коры надпочечника по О. В. Николаеву.