

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 адренокортикотропному 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.

Из 52 больных со злокачественными кортикостеромами метастазы в легкие обнаружены у 11. Рентгенологически легочные метастазы были выявлены у 6 больных. По данным Н. И. Рыбаковой (на материале Института экспериментальной и клинической онкологии), при рентгенологическом исследовании грудной клетки 4793 больных, страдавших злокачественными опухолями различных органов, метастазы в легкие обнаружены у 576 (12%).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных кортикостеромами по возрасту, полу, локализации и характеру опухоли

Новообразования	Лица мужского пола	Лица женского пола	Дети (от 7 мес. до 15 лет)	Взрослые (от 16 до 52 лет)	Локализация опухоли	
					справа	слева
Доброкачественные .	5	28	11	22	12	21
Злокачественные . .	7	45	10	42	24	28

У большинства наших больных метастазы развиваются на 1—3-м году болезни, хотя могут наблюдаться и в более отдаленные сроки (1 больная). Метастазирование опухоли может иногда сопровождаться подъемом температуры, резкой общей слабостью, падением веса больных, а изредка и кровохарканием. Смерть в таких случаях обычно наступает от кахексии. Анализ клинической симптоматики при легочных метастазах подтверждает высказанное в литературе положение, что в большинстве случаев метастазы длительно протекают бессимптомно. Поэтому основным методом диагностики является рентгенологическое исследование (рентгеноскопия, рентгенография, томография).

Изучение рентгенограмм у больных со злокачественными кортикостеромами показало, что легочные метастазы дают обычно округлые гомогенные тени различной формы и величины. Распространение метастазов происходит главным образом гематогенным путем, при этом можно наблюдать солитарные метастатические узлы и множественные метастазы (средние и крупные). Очертания отдельных метастатических узлов ровные, но не четкие, распад в них наступает редко. Метастатические узлы неправильной формы встречаются нечасто. Для диагностики решающее значение имеет быстрый рост узелков и их множественность, часто сочетающаяся с полициклическими очертаниями корней легких, обусловленными увеличением лимфоузлов.

Результаты, полученные при сопоставлении клинических данных до и после радикальной операции удаления опухоли коры надпочечника, позволяют с определенной долей осторожности говорить о наличии или отсутствии метастазов, что важно для прогноза. При этом наибольшее значение имеет сравнение данных АД, а также содержания в моче 17-кето- и оксикортикостероидов. Значительное и стойкое падение АД, уменьшение экскреции 17-кето- и оксикортикостероидов указывают на отсутствие метастазов опухоли и позволяют высказать предположение о благоприятном прогнозе заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев О. В., Тараканов Е. И. Гормонально-активные опухоли коры надпочечника. Медгиз, М., 1963. — 2. Рыбакова Н. И. Рентгенодиагностика метастатических опухолей легких. Автореф. докт. дисс., М., 1964.

УДК 616—073.75—616—006.442—616.24—616.27

**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ
ПРИ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗЕ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ¹**

А. Я. Логинова

Из кафедр рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Д. Е. Гольдштейн) и кафедры хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Лимфогрануломатоз, как известно, характеризуется системным поражением лимфатических узлов. Однако встречаются и изолированные (атипичные) формы лимфогрануломатоза, к которым И. Д. Давыдовский относит все случаи поражения отдельных лимфоузлов или лимфоузлов отдельных органов и областей.

Из 198 больных лимфогрануломатозом, наблюдавшихся нами за последние 10 лет, у 99 (84 взрослых и 15 детей) определялись увеличение лимфоузлов средостения и изменения в легких.

¹ Доложено на заседании Научного общества рентгенологов и радиологов ТАССР 28/1 1965 г.