

О ДИАГНОСТИКЕ МЕЗОТЕЛИОМ ПЛЕВРЫ

И. З. Сигал, И. Ф. Махмутов

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Имеются указания на увеличение в последние годы заболеваемости мезотелиомой плевры [46]. По данным А. В. Журавлева (1979), в отечественной литературе до 1977 г. содержится описание 344 больных с мезотелиомами плевры. Представляют интерес случаи атипичного и латентного течения мезотелиом плевры у взрослых [1, 4а], а также редкие наблюдения данной патологии у детей младшего возраста [3]. Все это свидетельствует об актуальности проблемы диагностики мезотелиом плевры.

Мезотелиомы плевры были нами распознаны у 16 (4,9%) из 321 больного с патологией плевры разной этиологии. В поликлинике и диспансере у всех у них предполагался плеврит воспалительного происхождения. Среди обследованных с мезотелиомой плевры было 9 мужчин и 7 женщин в возрасте от 36 до 72 лет. Один пациент в прошлом болел туберкулезом легких, по поводу чего проводилось лечение искусственным пневмотораксом; у 3 больных в анамнезе отмечен хронический бронхит, у одного — бронхиальная астма. Во всех случаях заболевание было обнаружено при обращении больных за врачебной помощью. «Сухая» форма мезотелиомы плевры имела место в одном наблюдении. Большинство больных жаловались на одышку, чувство давления в груди и боли, связанные с накоплением выпота в плевральной полости. Интенсивность их зависела от объема экссудата, темпа накопления выпота и исходного состояния больных. Эвакуация относительно большого количества экссудата (800—1000 мл) уменьшала выраженность одышки и давления в груди на непродолжительный промежуток времени. У 5 больных была непостоянная субфебрильная температура тела. Указанные клинические проявления возникали постепенно и прогрессировали на сроках 2—4 нед до обращения в лечебное учреждение.

При объективном обследовании определяли различной протяженности укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания. Умеренное и выраженное увеличение СОЭ констатировали у 12 больных, лейкоцитоз — у 11.

Решающими в диагностике первичных мезотелиом плевры являются рентгеномографические исследования, которые были проведены нами в 2 этапа — при поступлении больных, а затем после максимальной эвакуации выпота из плевральной полости и расправления легкого. У 4 больных с целью уточнения характера и локализации изменений предпринято дополнительное рентгеномографическое исследование после наложения диагностического пневмоторакса.

Теневые картины при мезотелиомах плевры зависят от протяженности и локализации поражения. Опухолевое образование плевры дает гомогенное затемнение разных размеров овальной формы с широким основанием, расположенным у наружного контура грудной стенки. При этом углы, образованные с контурами грудной стенки и опухоли, тупые. Наблюдали одиночные и множественные затемнения. Вертикальный размер опухоли в 2—3 раза превышал горизонтальный. Такое соотношение размеров характерно для опухолей, расположенных не только на костальной плевре, но и на диафрагмальной, (у 2). У одного больного с мезотелиомой диафрагмальной локализации горизонтальный размер опухоли превышал вертикальный в 4 раза. Полипозиционное исследование подтвердило пристеночное расположение опухоли и не выявило легочной ткани на участке между нею и грудной стенкой. Контур затемнения при локализованных мезотелиомах нечеткий, волнистый. Крупноволнистые очертания имели место при множественных фокусах и возникали в результате суммации теневого изображения отдельных узловатых образований.

Исходная рентгеномографическая картина зависела от локализации, размеров опухоли, наличия экссудата, его количества, взаимного расположения опухоли и выпота. При массивном выпоте опухоль перекрывалась тенью экссудата, при ограниченном — наряду с экссудатом пристеночно определялась опухоль. Одиночные затемнения, связанные с наличием мезотелиомы, установлены у 8 больных, множественные — у 4, диффузные поражения — у 2. Правосторонние патологические изменения имели место у 9 больных, левосторонние — у 6, двусторонние — у одного. У 2 больных с массивной плевральной экссудацией рентгено-

томографическое исследование не выявило каких-либо изменений после эвакуации воздуха из плевральной полости, а также после наложения диагностического пневмоторакса. У одного из этих больных при торакоскопии обнаружено диффузное поражение парietальной плевро в виде множественных мелкозернистых высыпаний. Гистологическое исследование биоптата установило злокачественную мезотелиому плевро.

Иногда мезотелиома возникает в формирующейся остаточной плевральной полости после роспуска лечебного пневмоторакса. Выраженные наложения на висцеральной и парietальной плевре и экссудат сильно затрудняют трактовку рентгеномографических данных.

Представляет интерес наблюдение за больным с диффузной злокачественной мезотелиомой плевро, протекавшей с обильной экссудацией при отрицательных рентгеномографических данных. Характер процесса был установлен при диагностической торакоскопии.

Г., 55 лет, лечился по поводу инфильтративного туберкулеза легких с 1943 по 1950 г. правосторонним искусственным пневмотораксом, после роспуска которого возникли остаточные изменения в виде плевральных наложений и осумкованного выпота. В течение длительного срока состояние больного оставалось удовлетворительным. С августа 1979 г. его стали беспокоить боли, чувство давления в правой половине груди, субфебрильная температура.

Рентгенологическим исследованием установлено заметное увеличение протяженности и интенсивности затемнения. При пункции получен серозно-геморрагический экссудат. В условиях пневмоторакса, который оказался осумкованным, выявлена шаровидная тень в передненижнем отделе, широким основанием, расположенная на диафрагме. В экссудате при цитологическом исследовании обнаружены комплексы клеток с резко выраженным атипизмом. Содержание глюкозы в выпоте при повторных исследованиях составляло более 4,4 ммоль/л. Была распознана злокачественная мезотелиома плевро диафрагмальной локализации. Диагноз был подтвержден в последующем на аутопсии.

Наряду с клиническими и рентгеномографическими данными важное значение при дифференциальной диагностике мезотелиом плевро имеет исследование плеврального выпота. Почти в равном числе наблюдений экссудат был серозным и серозно-геморрагическим. Содержание белка у 4 больных было больше 33 г/л. При цитологическом исследовании экссудата у 8 больных выявлены комплексы клеток с резко выраженным атипизмом, что имело серьезное диагностическое значение. У 9 пациентов в выпоте были обнаружены в большом количестве клетки мезотелия, что характерно для выпотов невоспалительного происхождения. Установлен также преимущественно лимфоцитарный состав клеточных элементов экссудата. Игловая биопсия плевро была произведена у 2 больных и дала отрицательные результаты.

В 10 наблюдениях повторно определяли содержание глюкозы в плевральном выпоте ортотолуидиновым методом. Относительно высокий его уровень (более 4,4 ммоль/л) установлен у 8 больных, причем у 3 из них он оказался выше 5,5 ммоль/л. При повторных исследованиях этот показатель у больных с мезотелиомой плевро оказался стабильным.

Мы изучили уровень глюкозы в плевральном выпоте при плевритах различной этиологии у 132 больных. Оказалось, что в выпотах онкологической природы, в том числе при мезотелиомах плевро, содержание глюкозы выше, чем в экссудатах воспалительного происхождения. Концентрация глюкозы при плевритах онкологического происхождения (30 больных, из них 16 — с мезотелиомой плевро) была равной $4,7 \pm 0,4$ ммоль/л, при туберкулезных плевритах — $3,1 \pm 0,2$ ммоль/л ($P < 0,05$), при неспецифических параневмонических плевритах — $2,7 \pm 0,4$ ммоль/л ($P < 0,05$). Различия в содержании глюкозы при туберкулезных и параневмонических плевритах несущественны.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что распознавание мезотелиом требует комплексного подхода. В большинстве наблюдений может быть констатирована характерная рентгеномографическая картина. Прямым подтверждением характера процесса является обнаружение комплексов клеток с выраженным атипизмом. Высокий уровень глюкозы в экссудате обычно определяется при злокачественных поражениях плевро. Однако следует иметь в виду, что такой же уровень глюкозы имеет место при плевритах травматического и кардиогенного генеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Б. А., Алексеева Т. Ф. Грудн. хир., 1977, 6.— 2. Журавлев А. В. Тер. арх., 1979, 2.— 3. Молчанов А. Н., Гребнев П. А., Тру-

ГОРМОНАЛЬНО-AКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

З. Ш. Гилязутдинова, Г. В. Суханова, А. А. Кипенский

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, хирургическое отделение дорожной больницы (главврач — В. П. Тимофеев), ст. Казань

Учитывая сравнительную редкость гормонально-активных опухолей коры надпочечников с андрогенным эффектом и сложность их диагностики, мы приводим свои наблюдения. С 1980 по 1983 г. среди женщин с нейроэндокринной патологией у 4 пациенток в возрасте от 23 до 27 лет выявлены опухоли коры надпочечников. Больные жаловались на отсутствие менструаций, усиленный рост волос, быструю утомляемость, периодические головные боли. Объективно констатированы гипертрихоз по мужскому типу, угри на коже, гипоплазия молочных желез, матки и яичников, гипертрофия клитора. Лишь у одной больной были обнаружены обменные нарушения (прибавка массы тела, стрии фиолетового цвета на брюшной стенке и пр.). Три женщины были прооперированы (А. А. Кипенский), одна больная уехала на место постоянного жительства.

На основании клинического проявления опухолей надпочечников, тестов функциональной диагностики, содержания гормонов коры надпочечников по классификации, предложенной О. В. Николаевым и Е. И. Таракановым (1963), у 2 больных были диагностированы кортикоандростеромы, у 2 — андростеромы. Причем у одной больной опухоль оказалась малигнизированной, и вскоре она умерла от метастазов. У 2 менструальная функция нормализовалась, у одной из них восстановилась и репродуктивная функция — родила здорового ребенка. У четвертой больной отдаленные результаты неизвестны.

В., 23 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на аменорею в течение 10 мес, огрубение голоса, рост волос на лице, угри на коже. Менструации — с 13 лет, установились сразу, наступают через 27—31 день, длятся по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. С марта 1981 г. — аменорея.

Объективно: больная среднего роста, несколько повышенного питания, масса тела — 72 кг., рост — 165 см., телосложение с расширенным плечевым поясом, АД 18,0/10,7 кПа (135/80 мм рт. ст.). Многочисленные угри на коже лица, груди, ягодицах. Кожа смуглая с багровым оттенком на лице. Выраженное оволосение на лице в виде усов, бороды. Молочные железы недостаточно развиты, соски и околососковый кружок слабо выражены. Имеются грубые стрии фиолетового цвета на передней брюшной стенке и более нежные на коже бедер. Генитальный статус: гипертрофия клитора, матка небольших размеров, плотная, подвижная, придатки не пальпируются.

Лабораторные и инструментальные обследования: кольпоцитология — атрофический тип мазка; концентрация 17-ОКС — 445,8 мкмоль/сут (норма 20,8—39,9 мкмоль/сут), 17-ОКС — 45,5 мкмоль/сут (норма 3,6—20,8 мкмоль/сут), ДЭА — 86,4 мкмоль/сут (норма 0,69—6,22 мкмоль/сут), содержание холестерина по Ильку — 3,9 ммоль/л. Общий белок крови — 65,2 г/л. РСК на токоплазмоз отрицательная, гипергликемический тип пробы на толерантность к глюкозе (4,3—8,3—8,0—7,0—6,5—6,1 ммоль/л).

Глазное дно — диски зрительных нервов розовые, с четкими границами, вены умеренно расширены.

Краниограмма: умеренно выраженный лобный гиперостоз, турецкое седло нормальных размеров, структура сохранена. При консультации с терапевтом у больной обнаружена миокардиодистрофия, Н. Общий анализ крови и мочи патологических изменений не выявил.

Ретропневмоперитонеум с томографией надпочечников: на рентгенограммах забрюшинного пространства отмечается равномерное распределение газа. На срезах, в проекции надпочечника слева определяется плотное неправильной формы образование, накладывающееся на тень верхнего полюса почки. Справа надпочечник обычной формы. Диагноз — объемный процесс левого надпочечника.

На основании клинического проявления опухоли, рентгенологических и лабораторных данных у больной диагностирована гормонально-активная опухоль коры левого надпочечника, протекающая по типу смешанной опухоли — кортикоандростеромы.

14/II—1982 г. у больной удалена покрытая капсулой опухоль левого надпочечника (10×12 см) округлой формы, темно-багрового цвета. На разрезе — участки некроза.