

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазарис Я. А., Серебровская И. А. Отек легких. Медгиз, М., 1962.— 2. Нугманова А. С. Арх. патол., 1971, 5.

Поступила 8 января 1973 г.

УДК 616.24—002.5:616.24—006

РАК ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В. С. Анастасьев, З. Ю. Валитова

*Кафедра туберкулеза (зав.—проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Материалом для данной статьи послужили наблюдения за 145 больными первичным раком легких (129 мужчинами и 16 женщинами). В задачу работы не входит детальная дифференциальная диагностика различных вариантов бронхокарциномы и туберкулеза. Ее цель — обратить внимание фтизиатров и фтизиорентгенологов на многообразие проявлений рака легких.

В возрасте от 31 года до 40 лет было 17 больных, от 41 года до 50 лет — 37, от 51 года до 60 лет — 53, от 61 года до 70 лет — 27 и старше — 11.

Центральный рак диагностирован у 58 больных, периферический — у 87, или в 60%. Это говорит о том, что в противотуберкулезных учреждениях чаще, чем в хирургических клиниках, встречаются наиболее перспективные в отношении хирургического лечения формы рака легких. По нашим материалам, бронхокарцинома в 35,5% наблюдений развилась у больных различными формами туберкулеза, среди которых 38,4% были бацилловыделителями.

Симптоматика рака и туберкулеза имеет много общего, а на ранних этапах развития клинические проявления отсутствуют или бывают незначительными. При центральной опухоли они отмечались чаще и были более выраженными, чем при периферической. Так, процесс был обнаружен при профилактическом обследовании соответственно в 11,7 и 42,8%. Основные жалобы были следующими: кашель (64,1%), выделение мокроты (53,1%), одышка (46,2%), боли, интенсивность которых при выявлении у большинства больных была незначительной (44,1%), кровохарканье (42%), повышение температуры (38,6%). Частота и выраженность симптомов зависели не только от формы рака и его осложнений, но во многом и от сопутствующих заболеваний, которыми страдала значительная часть больных. Так, у 52 новообразование предшествовал туберкулез, у 25 — хронические неспецифические процессы в легких, у 25 — сердечно-сосудистые заболевания, у 9 — язвенная болезнь желудка и у 8 — другие заболевания. Таким образом, клиническая картина рака легких нехарактерна и самостоятельного значения в диагностике не имеет.

Кроме рентгено- и томограмм в 2 проекциях, 56 больным произведена бронхоскопия, 40 — бронхография, 6 — трансторакальная пункционная биопсия, 1 — медиастиноскопия. 32 больным сделана катетеризационная биопсия (А. В. Репейков). Обследования проводили в определенной последовательности с учетом локализации опухоли, трудности метода и ценности той информации, которую предполагалось получить при исследовании.

При центральном раке со стенозом верхнедолевого бронха рентгенологическая картина может напоминать иногда цирротический, а при наличии полости распада — и фиброзно-кавернозный процесс. Дифференциальная диагностика в этих случаях не трудна ввиду нехарактерного для этих форм туберкулеза анамнеза, отрицательных результатов предшествующих профилактических осмотров, отсутствия ВК в мокроте и очагов бронхогенного обсеменения. Диагноз легко подтверждается томографией трахеобронхиального слоя, а при необходимости — бронхоскопией. Бронхография, как правило, не показана, так как при подобных локализациях процесса она не имеет серьезных преимуществ.

Значительные трудности представляет дифференциальная диагностика сегментарного рака, так как его клинко-рентгенологическая картина может быть очень сходной с затянувшейся пневмонией или инфильтративно-пневмоническим, а иногда и очаговым туберкулезом. Томографически доказать стеноз сегментарного бронха удается далеко не всегда, а результаты бронхоскопии нередко оказываются отрицательными или сомнительными. Наиболее ценную информацию дают в этих случаях катетеризационная биопсия и селективная бронхография, проводимые одновременно.

У небольшой части больных центральная опухоль была похожа на бронхоаденит, а при присоединении ателектаза или параканкротической пневмонии — на инфильтративно-пневмонический туберкулез первичного периода. Повышение температуры, ночные поты, кашель, изменения со стороны крови и другие симптомы воспалительного процесса в комплексе с поражением сегмента, зоны или доли легкого, связанных с расширенным и бесструктурным корнем, напоминают клинко-рентгенологическую картину первичного бронхо-легочного туберкулеза, который может развиваться у лиц пожилого возраста вследствие активации инфекции в корне легких. Сходство усугубляется тем, что иногда возникает специфическое поражение бронхов со стенозом. Подобные формы туберкулеза встречаются нечасто, вследствие чего могут быть причиной гипердиагностики рака. Сомнение в диагнозе разрешает бронхоскопия с биопсией.

У 10 больных злокачественный процесс при обнаружении напоминал очаговый туберкулез. У 5 из них очаговые изменения были первой рентгенологической манифестацией периферической (одиночный очаг) или сегментарной (группа очагов) бронхокарциномы. Если очаги расположены в передних отделах легкого, то туберкулез мало вероятен, при локализации же их в верхне-задних сегментах (2 и 1) исключить специфический процесс без динамического наблюдения очень трудно. Следует лишь иметь в виду, что одиночный очаг относительно редко является начальной формой вторичного туберкулеза у взрослых. У 5 больных центральным раком очаговость в легком возникла при локализации опухоли в верхнедолевой бронхе и представляла собой очаговую параканкротную пневмонию, мелкие ателектазы или метастазы в зоне гиповентиляции, рентгенологические признаки которой нередко удавалось выявить (сужение легочного поля, уменьшение пневматизации, подтянутость расширенного и малоструктурного корня и дополнительной междолевой щели и др.). Указанные изменения иногда встречаются и при специфическом фиброзно-очаговом процессе большой давности. Однако отсутствие туберкулеза в анамнезе, отрицательные результаты ежегодного флюорографического обследования, малая и средняя интенсивность очагов, значительная протяженность их с одной стороны без наличия распада как источника бронхогенного обсеменения давали основание сомневаться в старом очаговом туберкулезе. Томография трахеобронхиального слоя и бронхоскопия в этих случаях без труда подтверждали диагноз.

У части больных периферическим раком процесс при выявлении имел сходство с круглым инфильтратом или туберкуломой. Периферический рак в отличие от центрального легче заподозрить при обнаружении округлого образования в легком, но труднее подтвердить; однако мы согласны с мнением М. Г. Виннера, что у подавляющего числа больных дифференциальная диагностика периферического рака с туберкулезом может быть успешно проведена. Большое значение мы придаем следующим признакам: 1) локализация округлой тени в передних сегментах легкого на 98% исключает туберкулез у взрослых; 2) крупная или мелкая бугристая контуры, радиарные тяжи различной длины, обычно густо, а иногда редко расположенные по всему периметру округлой тени, и краевые вырезки характерны для рака и отмечены нами соответственно в 56,1; 48,8 и 19,5%; 3) патологический фокус диаметром более 4 см (особенно без распада) не характерен для туберкулеза — он наблюдался лишь в 6%; 4) очаговые тени, особенно малой и средней интенсивности, в окружающей легочной ткани типичны для туберкулеза (при туберкуломах они были отмечены в 71%) и обычно не встречаются при периферическом раке; 5) обызвествленные включения в круглых инфильтратах и туберкуломах выявлены примерно у 1/3 больных, тогда как в периферическом раке — лишь у 2; 6) наличие распада без отводящей дорожки к корню, а также выраженная связь с корнем при отсутствии распада не типичны для туберкулеза, а при периферическом раке встречаются соответственно в 46,1 и 50%; 7) небольшие повторные кровохарканья при распадающемся раке наблюдаются намного чаще (77,2%), чем при туберкуломах (2,6%).

Уменьшение размеров периферического фокуса под влиянием антибактериальной терапии свидетельствует о воспалительной его природе. Однако иногда наблюдаются случаи инфильтратоподобного периферического рака с метастазами в регионарные лимфоузлы или прорастанием и стенозом более крупного бронха, при которых в окружающей зоне могут возникать воспалительные изменения. Их рассасывание создает впечатление обратного развития процесса. Поэтому против опухоли убедительно говорит уменьшение размеров периферической тени, если последняя не имеет связи с корнем и не сопровождается его увеличением.

Деструктивные формы рака от небольших просветлений в периферической опухоли до гигантских полостей при центральной бронхокарциноме мы наблюдали в 39 случаях (26,9%). Центральный или множественный распад, подрытые, изъеденные внутренние контуры, толстые стенки полости считаются характерными для рака, но встречаются и при некоторых формах туберкулеза, например при туберкуломах и казеозной пневмонии. Только у 3 больных рентгенологическая картина распавшейся периферической опухоли была очень похожа, ввиду образования тонкостенной полости, на кавернозный туберкулез. Подозрение на каверноподобный рак легкого должно возникать, особенно если пациенты — пожилые мужчины, при отрицательных результатах исследования мокроты на ВК у ранее не леченных больных, при отсутствии очагового фона и отводящей дорожки к корню и при небольших повторных кровохарканьях.

У 10 больных был диагностирован плеврит, осложнившийся у 6 центральную и у 4 периферическую карциному, причём у 3 он развился при установленном диагнозе рака и 7 госпитализированы по поводу экссудативного плеврита специфической этиологии; только у 1 при пункции обнаружен геморагический выпот. Для установления диагноза у таких больных необходимо после максимальной аспирации жидкости провести рентгеномографическое обследование с обязательным захватом (особенно при отсутствии изменений в периферических отделах легких) трахеобронхиального слоя. В сомнительных случаях показана бронхоскопия. Дополнительную информацию можно получить при цитологическом исследовании экссудата и биопсии плевры.

У 9 больных первичным раком легких доминирующим в рентгеновской картине был диссеминированный процесс, который отличался большим разнообразием (от мiliaryного до крупнофокусного). У 4 чел. он развился на фоне периферической и у 5 — центральной бронхокарциномы. Наибольшие трудности возникают при дифференциаль-

ной диагностике мелкоузелкового карциноматоза с милиарным или подострым гематогенно-диссеминированным туберкулезом, однако в задачу данной работы не входит подробный анализ этого вопроса. Если всестороннее обследование больного не вносит ясности, можно рекомендовать следующую тактику: после исключения других заболеваний, наиболее часто сопровождающихся диссеминацией в легких (саркоидоз, пневмоконноз, диффузный неспецифический воспалительный процесс, застойное легкое), начинать противотуберкулезную терапию, ибо в сомнительных случаях целесообразнее провести химиотерапию некурабельному больному с карциноматозом, нежели упустить оптимальные сроки лечения свежего специфического процесса.

Таким образом, рак легких может иметь сходную рентгенологическую картину со следующими формами туберкулеза: очаговым, инфильтративно-пневмоническим, туберкуломой, кавернозным, фибринозно-кавернозным, цирротическим, гематогенно-диссеминированным, первичным бронхо-легочным, а также с плевритом, что должно служить основанием для постоянной онкологической настороженности фтизиатров и фтизиорентологов.

У 52,4% больных рак легких был выявлен на сроках до 1 мес. после госпитализации, у 19,3% — 2 мес., у 13,9% — до 3 мес., у 6,2% — от 3 до 6 мес.; у 8,2% — после 6 мес. У 13 чел. диагноз поставлен при повторном поступлении в стационар. Эти цифры говорят о значительных трудностях диагностики рака легких в противотуберкулезном стационаре, связанных в значительной степени с тем, что большая часть больных страдала одновременно туберкулезом легких. Следует отметить, что до 1965 г. заболевание распознавалось в первый месяц у 38%, а после 1965 г. — у 60% больных.

У 10 чел. диагноз бронхокарциномы был отвергнут в онкодиспансере, куда часть больных была направлена для операции и наблюдения. У 8 из них был периферический рак.

Мы считаем, что фтизиатры, имея широко разветвленную и хорошо организованную диспансерную сеть, должны проводить дифференциальную диагностику заболеваний легких, и в том числе рака. Фактически уже сейчас многие противотуберкулезные диспансеры это осуществляют. Качество диагностической работы зависит от квалификации фтизиатра, что делает необходимым уделять при их подготовке больше внимания дифференциальной диагностике заболеваний легких.

Поступила 26 марта 1973 г.

УДК 616.25—003.24

ВАРИКОЗ ГРУДНОГО ПРОТОКА И ХИЛОТОРАКС

Канд. мед. наук И. А. Ибатуллин

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—чл.-корр. АМН СССР проф. Б. В. Огнев) Центрального ордена Ленина института для усовершенствования врачей

Патологические состояния, встречающиеся в клинике в виде истечения и скопления лимфы в брюшной и плевральной полости, а также в области раны на шее, — явление хотя и редкое, но довольно тяжелое, дающее большой процент летальности.

Как показал анализ отечественной литературы по патологии грудного лимфатического протока, причиной лимфоистечений в 72% случаев явились повреждения протока при различных хирургических операциях, в 13% — травмы (сжатие, падение с высоты и др.), в 12% — ножевые и пулевые ранения, в 3% — другие причины (опухоль, заболевание). В большинстве случаев лимфоистечения имели место в одну половину грудной полости.

При хирургических операциях повреждения грудного лимфатического протока и его истоков были предопределены тесными анатомическими взаимоотношениями грудного протока с органами, на которых производились операции, а также явились следствием незнания клинической анатомии лимфатической системы. Механизм повреждений грудного лимфатического протока при пулевых и ножевых ранениях связан с направлением пулевого канала сверху вниз в области яремной ямки и в левой надключичной области по латеральному краю грудино-ключичной мышцы. Раневой канал при пулевых и ножевых ранениях, вызывающих повреждение грудного лимфатического протока в заднем средостении, локализуется по паравerteбральной линии и идет к средней линии тела. Эти виды ранений по характеру соответствуют хирургическим повреждениям грудного протока.

Более сложен механизм повреждений грудного протока при тупой травме. При наполнении лимфатической системы лимфой, при компрессии возникает патологическая гипертензия, вызванная сдавлением, а иногда и приступообразным кашлем, что ведет к повышению внутрибрюшного и внутригрудного давления. В этой патологической ситуации повышенное давление лимфы в верхнем и нижнем отделах грудного протока может вызывать разрыв его с лимфоистечением в левую плевральную полость при разрыве в верхнем расширении и в правую — при разрыве в нижнем расширении. Иногда лимфоистечение осуществляется двухмоментно: сначала в средостение, а затем, с разрывом медиастинальной плевры, — в плевральную полость.