

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, фиброзно-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.

Разрыву протока в средостении способствует варикоз его стенок, обнаруженный нами в верхней и нижней трети на уровне клапанов. При этой патологии протока имеется дефект эндотелия с гиперплазией его в лежащих рядом участках, с выраженным субэндотелиальным слоем, изменением внутреннего мышечного слоя, прилежащего к истонченной адвентиции. В этих местах наблюдается дефект наружного продольного мышечного слоя.

Внутригрудная фасция фиксирует грудной лимфатический проток к передней поверхности позвоночника и косвенно — к ребрам и ключицам. Поэтому переломы со смещением позвоночника и большого числа ребер ближе к паравертебральной линии приводят к повреждению грудного лимфатического протока с лимфоистечением. Цистерна грудного лимфатического протока внутрибрюшной фасцией фиксирована к правой ножке диафрагмы, в связи с чем при разрыве диафрагмы с переломом поясничного и грудного отделов позвоночника могут наблюдаться лимфоистечения в забрюшинное пространство, в правую плевральную полость, а иногда и в обе.

Падение с высоты может сопровождаться надрывами сосудисто-нервных пучков, фиксирующих положение органа. При этом разрывается сероза и фиксированные к ней лимфатические сосуды-истоки грудного протока с лимфоистечением в большинстве случаев в брюшную полость. Лимфоистечению способствует быстрое лимфообразование, вызванное отеком в проекции истоков грудного протока и энтеральным питанием. Лимфоток вызывает реканализацию грудного лимфатического протока, ликвидируя лимфостаз, а при повышении давления в нем выталкивает тромб, образующийся в месте повреждения грудного лимфатического протока. Быстро наступающее лимфоистечение вызывает, как правило, напряженный хилоторакс с ателектазом легкого и смещением средостения, вследствие чего нарушается проходимость полых вен. При правостороннем хилотораксе за счет смещения правого купола диафрагмы, помимо синдрома нижней полой вены, происходит также перегиб печеночных вен, что ведет к венозной гипертензии и в системе воротной вены. Венозная гипертензия у больных проявляется, по данным литературы, акроцианозом и увеличивает лимфообразование, лимфоотток, а вследствие этого — и лимфоистечение. Лимфоотток зависит также от частоты и глубины дыхания.

Возникает порочный круг: напряженный хилоторакс вызывает смещение средостения, ведущее к венозной гипертензии, которая в свою очередь увеличивает лимфообразование и лимфоистечение. Хилотораксы следует рассматривать как кровотечения, так как, во-первых, в плевральной полости скапливается до 2 л лимфы, и, во-вторых, при них наблюдается такая же реакция сосудистой системы, как и при кровотечениях: понижение кровяного давления, тахикардия.

Правосторонний хилоторакс вызывает большее нарушение гемо- и лимфоциркуляции, чем левосторонний, так как правый купол диафрагмы обладает меньшей эластичностью за счет фиксации к ней печени и нижней полой вены. Левосторонний хилоторакс протекает благоприятнее благодаря большей эластичности левого купола диафрагмы.

Для профилактики указанных выше патологических состояний хирург должен следить за правильным ведением послеоперационного периода. При подозрении на повреждение грудного протока необходимо исключить энтеральное питание до 6—7-го дня, предупреждать возникновение отеков в истоках грудного лимфатического протока, вводить парентерально небольшое количество жидкости или вещества, не проникающее в лимфатическую систему (полиглюкин и др.), переливать кровь и плазму.

При возникновении хилотораксов в течение 2 недель рекомендуется проводить консервативную терапию: пункционное удаление скопившегося хилуса, следя за восстановлением нормального положения средостения. Для усиления тромбообразования целесообразно проводить такую же терапию, как и при кровотечениях. При безуспешном консервативном лечении рекомендуется перевязка каудального конца грудного лимфатического протока. Нормальный клапанный аппарат предупреждает обратный ток лимфы. Исходя из патогенеза хилотораксов, всегда следует проводить комплексную терапию.

Поступила 3 сентября 1973 г.

УДК 616—006.442/443

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЛЕЙКОЗОВ И ДРУГИХ ГЕМОБЛАСТОЗОВ

*Ю. К. Плотников, В. М. Сухов, Е. Н. Харькова, Т. Н. Инфантова,  
А. К. Сухачев, Н. К. Гомберг*

*1-я кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. В. А. Германов) Куйбышевского  
медицинского института им. Д. И. Ульянова*

Изучение особенностей распространения гемобластозов на различных территориях, отличающихся по климато-географическим, этническим и другим характеристикам, является основой для онкоэпидемиологических сопоставлений. В подобных исследова-