

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЛЕВРЫ

(Злокачественная мезотелиома плевры)

А. М. ЧАРНЫЙ

Первичные опухоли плевры, как доброкачественные, так и злокачественные, встречаются очень редко. По данным А. И. Абрикосова, в качестве казуистических находок описывались фибромы, липомы, гемодитобластомы. По статистике, приведенной в работе И. В. Давыдовского (1932), злокачественные опухоли плевры у мужчин были обнаружены в пяти случаях на 10 000 вскрытий, у женщин — в четырех случаях на 10 000 вскрытий.

Злокачественные опухоли плевры в течение длительного времени описывались разными авторами под многочисленными названиями: эндотелиома плевры, лимфэндотелиома плевры, эндотелиальный рак, карцино-саркома и др. Такое многообразие названий объясняется тем, что длительное время исследователи не могли прийти к определенному выводу в отношении происхождения покровных клеток серозных листков. Одни считали, что эти клетки являются эпителиальными, другие трактовали их как эндотелий, мало отличающийся от эндотелия лимфатических сосудов.

Работами А. А. Заварзина, А. А. Максимова, и особенно С. И. Щелкунова установлено, что в процессе онтогенеза все серозные листки развиваются из общего зачатка, являющегося частью мезодермы, поэтому принято считать покровные клетки серозных листков клетками эпителиальными.

В. С. Жданов дает совершенно правильное и четкое определение этих клеток, названных мезотелием: «Мезотелий — это эпителий, выстилающий серозные полости тела и развивающийся из мезодермы».

Большинство авторов (А. И. Абрикосов, В. С. Жданов, И. В. Давыдовский) считают, что злокачественные опухоли из мезотелия следует называть раками плевры, или злокачественными мезотелиомами.

Прижизненная диагностика рака плевры весьма трудна из-за общности многих клинических симптомов с раком легкого.

Необходимо отметить несомненное значение в диагностике рака плевры цитологического исследования плеврального экссудата.

Приводим описание нашего случая:

Больная П., 52 лет, поступила в одно из отделений стационара 25/III-57 г. с жалобами на общее недомогание, сильные боли в грудной клетке справа; ощущение тяжести в правой половине грудной клетки.

В анамнезе: болезнь Боткина, малярия. Считает себя больной в течение 3 месяцев; однако за помощью не обращалась ввиду удовлетворительного состояния; только когда появились сильные боли, обратилась к врачу и была госпитализирована.

Объективно при поступлении: больная выше среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. При перкуссии легких справа на всем протяжении спереди и сзади имеется притупление. При аускультации — здесь ослабленное дыхание. Слева — нормальный перкуторный звук; жесткое дыхание. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глухие. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения, 84 в мин, живот — нормальной конфигурации; печень и селезенка не пальпируются. Рентгеноскопически — на всем протяжении справа массивное затемнение. После пункции плевральной полости и удаления около 3 литров жидкости затемнение до уровня 3 ребра. Подозрение на рак легкого. В течение последующего времени неоднократная пункция с удалением жидкости из плевральной полости. Вначале жидкость имела светло-желтоватый оттенок, а затем стала геморрагической.

В пунктате обнаружено большое количество атипических клеток эпителиальной природы с крупным гиперхромным ядром, занимающим почти всю протоплазму клетки. Встречаются в большом количестве большие многоядерные клетки (двух-трех-четырёхъядерные). Некоторые атипические клетки в состоянии распада, другие — в состоянии митотического деления. Кроме атипических, в пунктате — эритроциты, нормальные мезотелиальные клетки. На основании изучения пунктата — предположили рак плевры, но не исключали метастаз рака легкого в плевру.

На 38 день пребывания больной в стационаре последовал летальный исход.

Клинический диагноз: рак правого легкого, экссудативный плеврит.

Выдержки из протокола вскрытия:

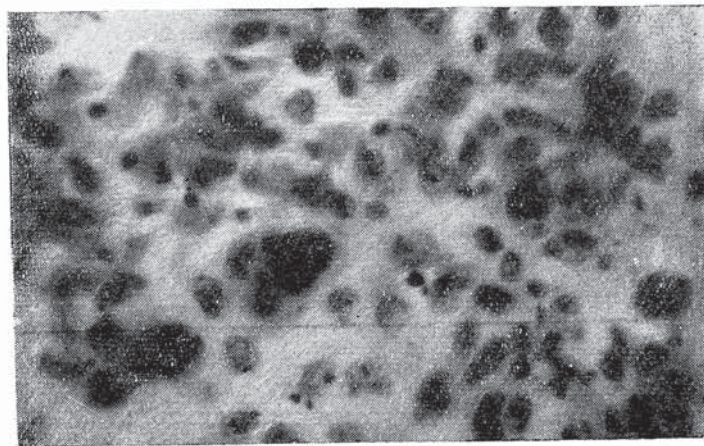
Труп женщины хорошего питания. Кожные покровы бледные, чистые. Видимые слизистые резко синюшны. Состояние диафрагмы: справа — 5 ребро, слева — 4 ребро. В правой плевральной полости до 3 литров мутной красноватой жидкости, в левой плевральной полости — до 1 литра. Parietalная и висцеральная плевро утолщена от 0,8 см до 1 см. Правое легкое поджато к корню; в объеме не более кулака взрослого человека. Ткань легкого на разрезе без признаков прорастания со стороны плевры, безвоздушна, тонет в воде. Плевральные листки гладкие, только листок, покрывающий диафрагму, с небольшими узловатыми утолщениями.

На разрезе плевральных листков определяется структура, напоминающая слоеный пирог: плотные листки толщиной 0,2 см, между ними — белого цвета, мягкая, рыхлая ткань, легко расползающаяся под пальцами. Узловатые образования на диафрагме на разрезе состоят из такой же рыхлой белой ткани.

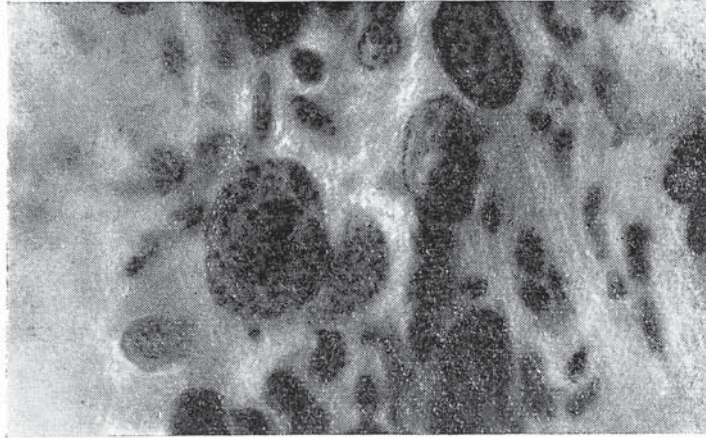
Ни в лимфоузлах средостения, ни в телах позвонков и в других органах метастазов не обнаружено.

Патологоанатомический диагноз: правосторонний рак плевры. Коллапс правого легкого. Правосторонний серозно-геморрагический плеврит.

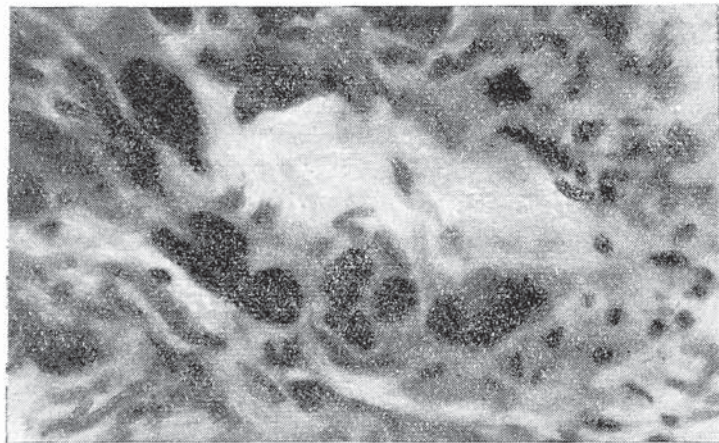
Микроскопическое исследование: опухолевое разрастание, состоящее из резко атипичных эпителиальных клеток, складывающихся в разнообразные структуры, местами железистоподобные, с сосочковыми выростами, местами скопления и тяжи, местами сплошные поля из опухолевых клеток. Встречаются обширные очаги некрозов. Опухолевые структуры расположены среди хорошо развитой стромы волокнистого характера, с большим количеством сосудов, местами круглоклеточные инфильтраты. Реакции на жир и слизь отрицательны. При микроскопии среза из правого купола диафрагмы — тяжи и скопления из опухолевых клеток.



Микрофото № 1.
Паренхима опухоли — выражен полиморфизм клеток.
Ок. 10, об. 8.



Микрофото № 2.
Опухолевые клетки с огромным ядром и выраженной зернистостью. Увеличение: ок. 10, об. 40.



Микрофото № 3.
Атипичные опухолевые клетки с резко гиперхромным ядром. Некоторые из них — многоядерные. Увеличение: ок. 10, об. 40.

Клетки, составляющие паренхиму опухоли, весьма полиморфны. Встречаются клетки с крупным гиперхромным ядром, много мелких округлых клеток со светлым крупным ядром, некоторые — с явлениями распада ядра. Встречаются фигуры митоза.

Таким образом, мы наблюдали первичный правосторонний рак плевры, с быстрым клиническим течением. Это подтверждает имеющееся в литературе мнение о том, что опухоли, диффузно распространяющиеся по плевре, более злокачественны. Необходимо отметить, что микроскопическое исследование пунктата имеет большое диагностическое значение, однако не всегда возможно решить, откуда исходит опухоль: из плевры или из легкого.

Данный случай представляет интерес в связи с редкостью первичных раков плевры и трудностью их диагностики и у постели больного, и у секционного стола.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. И. Абрикосов. Частная патологическая анатомия. Медгиз, 1947, стр. 511—514.
2. И. В. Давыдовский. Архив патологической анатомии и патологической физиологии, 1940, вып. 3, стр. 3—66.
3. В. С. Жданов. Первичная двухсторонняя злокачественная мезотелиома плевры. Архив патологии, № 4, 1957, стр. 50—55.
4. А. А. Заварзин, С. И. Щелкунов. Руководство по гистологии. 1954, стр. 613—619.
5. Б. Э. Линберг. Злокачественные опухоли плевры. В книге: «Злокачественные опухоли». Н. Н. Петрова. 1952, стр. 804—808.
6. М. Г. Абрамов. Цитологическое исследование пунктатов. Москва, 1953, стр. 212—232.

Поступила 28 августа 1957 г.

К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЛЕВРЫ

Ассистент Ф. Т. КРАСНОПЕРОВ

Из клиники факультетской терапии (зав.— проф. З. И. Малкин)
Казанского медицинского института

В патологоанатомическом кабинете медицинского факультета Казанского университета за первые 60 лет его существования на 7 000 секций констатировано всего два случая первичного рака плевры. А. И. Абрикосов определяет случаи первичного рака плевры как казуистические находки. Казанский патологоанатом проф. И. П. Васильев, ссылаясь на работу Ганземана, пишет, что на 1200 вскрытий не имел ни одного случая первичного рака плевры.

Абрикосов указывает, что первичный рак плевры может исходить как из висцеральной, так и париетальной плевры; если полость между ними остается свободной, то в ней наблюдается скопление экссудата. Новообразование дает метастазы по лимфатическим путям в бронхопальмональные железы и проникает в паренхиму легкого, возможны метастазы и в другие органы.

Мы наблюдали случай первичного рака плевры, прижизненно диагностированный и подтвержденный впоследствии на секции.

Больная М., 60 лет, поступила в клинику 9 сентября 1952 г. по поводу постоянных тупых ноющего характера болей и чувства тяжести в правой половине грудной клетки, кашля, общей слабости, головных болей, отсутствия аппетита, отвращения к мясу.

До поступления в клинику врачами был установлен правосторонний экссудативный плеврит, спонтанный пневмоторакс. Считает себя больной с января 1952 г. Заболевание началось постепенно, стала замечать слабость, появились тупые боли в груди, а в последние 2 месяца присоединилась одышка, по поводу которой больная впервые обратилась за врачебной помощью. В течение месяца находилась на стационарном лечении. Была выписана с незначительным улучшением. Вновь с резким ухудшением была госпитализирована в клинику 9 октября 1952 г.

В прошлом — корь, малярия. Беременностей 8. Занимались физическим трудом, жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Объективно: больная среднего роста, правильного телосложения, кожные покровы бледные, губы цианотичны, похудание. При осмотре — отставание дыхания справа. Голосовое дрожание ослаблено. Перкуторно — притупление в задне-боковых и передних отделах грудной клетки справа. Выше уровня притупления — перкуторный звук с тимпаническим оттенком. При аускультации — отсутствие дыхательного шума. Слева — жесткое дыхание. Сердце: левая граница по передней подмышечной линии, правая — сливается с плевральной тупостью, верхняя — на уровне нижнего края 3 ребра. Тоны: I тон глухой, акцент II тона на а, pulmonalis. Пульс — 100 ударов в минуту, ритмичный. Живот правильной конфигурации, печень увеличена на 3 см, селезенка не увеличена. Нервно-психический статус: сознание ясное, на вопросы отвечает охотно, патологические рефлексы отсутствуют: органы чувств без изменений.

Лабораторные данные: Моча — без патологических изменений. Мокрота — ВК и эластические волокна не обнаружены. Кровь: Нв — 84%, эр. — 4 730 000, ц. п. — 0,9,