

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,

РОЭ — 6 мм в час, л.— 10 600; формула: с.— 77%, п.— 7%, л.— 7%, мон.— 4%, эоз.— 5%. Реакция Вассермана отрицательная. Рентгенологически: правосторонний гидроневмоторакс с горизонтальным уровнем жидкости. Смещение сердца влево.

Температура за время пребывания в клинике нормальная, стул и мочеиспускание в норме. Прогрессивное ухудшение общего состояния больной, одышка и общая слабость.

На пятый день пребывания больной в клинике произведено выпускание плевральной жидкости в количестве 500 мл. Жидкость соломенно-желтого цвета, удельный вес 1013, белок 1,98%, при микроскопии осадка — перстневидные клетки. После выпуска жидкости состояние несколько улучшилось. Через два дня состояние больной снова ухудшилось — сильная одышка, резкие боли в груди, учащение пульса, тоны сердца глухие; температура нормальная. Утром произведено повторное выпускание плевральной жидкости в количестве 650 мл, проба Ривальта — положительна, белок 3,96%, в осадке — эритроциты до 25 в поле зрения, единичные лейкоциты, перстневидные клетки.

После плевральной пункции наступило некоторое облегчение, одышка уменьшилась, больная стала охотнее разговаривать. Однако, в тот же день внезапно появились резкая одышка, боль в груди. Пульс нитевидный, тоны сердца глухие. Справа на протяжении всей половины грудной клетки притупление перкуторного звука. Инъекции вазомоторных средств были безуспешны. Больная скончалась при явлениях резкой слабости сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Правосторонний серопневмоторакс, первичный рак плевры, рак легкого? Кардиосклероз, артериосклероз, эмфизема легких.

Патологоанатомический диагноз: Первичный рак плевры, местами прорастающий в ткань легкого. Правосторонний серозно-фибринозный плеврит. Ателектаз правого легкого. Эмфизема и отек левого легкого. Атеросклероз аорты, селезеночной артерии и венечных сосудов. Кардиосклероз.

Гистологически: аденокарцинома.

Наш случай первичного рака плевры показывает всю сложность прижизненной диагностики. Трудности своевременного распознавания первичного рака плевры во многом объясняются относительно поздним проявлением субъективных ощущений у больного и нетипичностью объективных данных на ранней стадии заболевания.

В нашем примере яркой картины первичного рака плевры не было, но обращала на себя внимание ясная выраженность отдельных симптомов, а именно: сильная одышка и резкие боли в груди. Эти два симптома характерны именно для рака плевры. Но они, безусловно, не дают полной уверенности для диагноза.

Как правило, описываемый процесс сопровождается экссудативным плевритом, количество жидкости может быть различным, цвет ее от серо-розового до кровавистого, иногда она имеет вид чистой крови. В осадке плевральной жидкости при микроскопии находят эритроциты, лейкоциты и атипичные клетки.

Особенностью рака плевры некоторые авторы считают сочетание процесса с умеренным асцитом и отеком нижних конечностей.

Прогрессирующее ухудшение болезни в нашем случае говорило за злокачественное новообразование.

Диагноз первичного рака плевры труден, но возможен. Это видно на нашем примере прижизненно распознанного случая первичного рака плевры. Необходимо заметить, что первичный рак плевры, по сравнению с раком легких, имеет свои особенности. Клинически характерными являются исключительно сильная одышка и резкие боли в груди.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. И. Абрикосов. Частная патологическая анатомия, т. III, стр. 511, 1947.
2. И. П. Васильев. К вопросу о первичных раках (эндотелиомах) плевры. Казанский медицинский журнал, № 1, 1928.
3. Н. Н. Гринчар. Клиника и диагностика первичного рака легких. М., 1947, стр. 115.
4. Е. А. Дикштейн. Патологическая анатомия первичного рака легких (по секционным данным). Ростов на Дону, 1916—1935.

5. Н. В. Лаптева. К статистике злокачественных опухолей в гор. Казани на основании секционного материала. Труды Казанского медицинского института, вып. III, 1938.

Поступила 4 декабря 1957 г.

ТРИ СЛУЧАЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г. И. ВОЛКОВ

Из кафедры факультетской хирургии (зав.— проф. С. И. Ворончихин) Ижевского медицинского института

Киста поджелудочной железы относится к числу редких заболеваний, поэтому считаем целесообразным поделиться тремя нашими наблюдениями. Диагностика заболеваний не представляет больших трудностей при наличии ясно пальпируемого, тугоэластической консистенции опухолевидного образования в эпигастральной области.

В отношении направленности методов лечения до настоящего времени нет определенных установок, кроме того, что все больные должны оперироваться. В сообщениях В. К. Беккера, Г. Н. Вайса, Л. Л. Дорфмана, М. В. Красносельского, К. К. Малышева, П. П. Митрофанова, Н. А. Михайлова и др. указывается на применение самых разнообразных способов оперативного лечения, поэтому каждое новое сообщение в какой-то степени поможет выработке единой методики оперативного лечения.

В двух случаях нами с успехом была применена операция — наложение соустья между кистой и начальным отделом тощей кишки и в одном случае — марсупиализация.

1. Больная А. В. Володских (история болезни № 464/414), 45 лет, поступила в факультетскую хирургическую клинику 23/III 1953 г. с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области. Больна 3 года. Травму отрицает. В эпигастральной области пальпируется опухолевидное образование величиною с голову новорожденного, тугоэластической консистенции, флюктуирующее, неподвижное. При рентгеноскопии желудок оказался резко смещенным вправо, он тесно связан с кистовидным образованием. Диагноз до операции: киста поджелудочной железы.

7/IV 1953 г. операция (С. И. Ворончихин) под местным обезболиванием. За задней стенкой желудка обнаружена больших размеров киста, не имеющая ножки, исходящая из поджелудочной железы. Содержимое (жидкость коричневого цвета) удалено пункцией. Наложено соустье между кистой и начальной частью тощей кишки через брыжейку поперечно-ободочной кишки. После операции в течение первых двух недель были ознобы, повышенная температура, причина которой не была установлена. Выписалась через месяц после операции в хорошем состоянии. Через 3 года и 6 месяцев самочувствие хорошее, жалоб нет, работает в колхозе. Рецидива нет.

2. Больной И. И. Стрелков (история болезни № 1268/1459), 28 лет, поступил в клинику 25/VIII 1956 г. с жалобами на опухолевидное образование в эпигастральной области, чувство тяжести. Остро заболел в январе 1956 г., когда через сутки с момента заболевания был оперирован в райбольнице по поводу какой-то непроходимости кишечника. Вскоре после операции появилось чувство тяжести в эпигастральной области. В мае 1956 г. оперирован повторно по поводу кисты поджелудочной железы. Ввиду малоопытности хирурга, операция ограничилась только цистотомией. Жидкое содержимое в количестве 2 литров было удалено, полость осушена, смазана йодом и зашита наглухо. Через 2 недели после операции наступил рецидив, по поводу которого 4/IX 1956 г. больной снова оперирован (С. И. Ворончихин). На этот раз наложен анастомоз между кистой и начальной частью тощей кишки. Послеоперационное течение было гладкое.

3. Больная Е. С. Семенова (история болезни № 511/486), 23 лет, поступила в факультетскую хирургическую клинику 4/IV 1952 г. с теми же жалобами, как и предыдущие больные (чувство тяжести, полноты и наличие опухолевидного образования в эпигастральной области).

В левой подреберной области, тотчас левее от срединной линии, пальпируется больших размеров, неподвижная, тугоэластическая опухоль. Диагноз: киста поджелудочной железы. 15/IV 1952 г. больная оперирована — произведена марсупиализация.