

1. Карлик Л. Н. и Бурачевский И. И. Клини. мед., 1945, 10—11.—
2. Коган Б. Б. Новости мед., 1948, VII.— 3. Кушелевский Б. П. и Барац С. С. Клини. мед., 1950, 6.— 4. Рыжих А. Н. Нов. хир. арх., 1931, 22.— 5. Сельман М. И. Нов. хир. арх., 1931, 22.— 6. Тареев Е. М. Нов. мед., 1948, 7.—
7. Утевский А. М. Врач. дело, 1949, 5.— 8. Чарный А. М., Сыркина П. Е. и Красавицкая С. Э. Нов. мед., 1948, 7.

Поступила 21 апреля 1959 г.

ГИПЕРНЕФРОИДНЫЙ РАК НАДПОЧЕЧНИКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Доктор мед. наук Н. П. Медведев

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин)
Казанского медицинского института

Рак надпочечника у взрослых встречается сравнительно редко. И. Ф. Пожарский (1923) из 84 различных заболеваний надпочечников только в двух наблюдал первично злокачественное изменение. В. И. Левинсон (1956) описал случай рака надпочечника у женщины с эндокринными нарушениями. В. А. Михайличенко (1958) сообщает об одном случае рака надпочечника с последующими метастазами и летальным исходом.

Ввиду незначительного количества описаний рака надпочечника у взрослых без эндокринных расстройств и трудности диагностики этого заболевания, считаем необходимым привести нижеследующее наблюдение.

Б-ная Х., 49 лет, поступила 1/X-59 г. с диагнозом: эхинококк печени.

Жалуется на тяжесть и тупые боли в правом подреберье. Боли не зависят от приема пищи. Больной себя считает 6 месяцев. Сначала стала отмечать слабые ноющие боли в правом боку, а затем в подреберье стала прощупывать плотное образование.

Упитанность понижена, кожа и слизистые нормальной окраски, лимфатические узлы не увеличены, волосистый покров в норме. Со стороны эндокринной системы нарушений нет. Легкие и сердце — в пределах нормы. Пульс — 76, ритмичный, хорошего наполнения, АД — 100/60.

В правом подреберье видимое на глаз выпячивание. Пальпируется плотное образование, тугоэластической консистенции, почти безболезненное, не смещается. В остальных отделах живот мягкий, уплотнений нет, брюшная стенка без напряжения.

29/IX-59 г. Нб — 72%, Э. — 4 150 000, ц. п. — 0,8, РОЭ — 28 мм/час, п. — 7%, с. — 58%, л. — 20%, м. — 10%, э. — 5%.

Моча соломенно-желтого цвета, кислая; белка, сахара и ацетона нет. Уд. вес — 1017. Уробилиноген, уробилин и билирубин отсутствуют. В осадке — лейкоциты до 10 в поле зрения, единичные выщелоченные эритроциты, скопления клеток плоского эпителия.

30/IX при рентгеноскопии желудка и кишечника патологии не выявлено.

Реакции Вассермана и Кацони отрицательны. Температура в пределах 37,2—37,3°.

После соответствующей подготовки больная назначена на операцию с предположительным диагнозом эхинококка печени.

15/X под местной анестезией по А. В. Вишневскому разрезом в 30 см вдоль правой реберной дуги вскрыта брюшная полость, обнаружена эластическая округлая опухоль больших размеров, интимно спаянная с печенью. Стенки опухоли желтоватой окраски и покрыты обильной венозной сетью. Пункцией содержимое не добыто. Опухоль с большим трудом вылучена из сращений с печенью. Она интимно прилегла к капсуле почки, но в почку не прорастала. Основание ее припаяно к позвоночнику. После удаления опухоли кровотечение из ложа остановлено, засыпан пенициллин и вставлена резиновая трубка. Видимых метастазов в печени, поджелудочной железе, желудке, лимфатических узлах и других отделах брюшной полости не найдено. Операционная рана послойно зашита. Во время операции перелито 200 мл крови и 100 мл противошоковой жидкости.

Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением.

Удаленная опухоль округлой формы размером 25 × 25 × 15 см, эластической консистенции с плотной капсулой, покрытой выраженной венозной сетью. На разрезе стенки капсулы толщиной в 7—8 см в центре — кашицеобразная масса с примесью крови. Гистологически — гипернефроидный рак.

2/XI больная выписалась в хорошем состоянии.

В заключение необходимо отметить большие трудности в проведении отличия между опухолями правого надпочечника и опухолями правой половины толстой кишки, почему на правостороннюю локализацию опухоли надпочечника больше всего падает диагностических ошибок.

В настоящее время применяется рентгенологическое исследование с введением в забрюшинное пространство воздуха для контрастирования. При эндокринных расстройствах необходимо исследование сахарной кривой, мочевино-водно-хлоридного индекса и проч. При гормонопродуцирующих опухолях наступает атрофия второго надпочечника, вследствие чего оперативные вмешательства заканчиваются часто летально, если не проводится тщательная подготовка к операции. При негормональных же опухолях этих осложнений почти не бывает.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левинсон В. И. Архив патологии, 1956, 3. — 2. Михайличенко В. А. Проблемы эндокрин. и гормонотерапии, 1958, 5. — 3. Пожарийский И. Ф. Основы патологической анатомии, 1923.

Поступила 12 января 1960 г.

СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНОЙ ОЛЕОМЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНЫЙ ОЛЕОТОРАКС

П. Л. Винников, М. Ю. Розенгартен

Кафедра фтизиатрии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Казанский госпиталь инвалидов Отечественной войны (нач. — Н. С. Валеев)

Одним из способов сохранения коллапса легкого после операции экстраплеврального пневмолиза является заполнение экстраплевральной полости вазелиновым маслом (олеоторакс). Однако некоторые авторы (Г. С. Левин, Г. Маллюхе) относятся весьма сдержанно к экстраплевральному олеотораксу. Маллюхе в обширной монографии по экстраплевральному пневмолизу приводит ряд осложнений, вызванных олеотораксом: пролежни в легком с последующим возникновением эмпиемы, сдавление крупных сосудов средостения, перфорации пищевода и трахеи и др.

Левин указывает, что изредка масло может инфильтрировать мягкие ткани грудной стенки, образуя олеому. Он полагает, что «...такая олеома не требует специального лечения».

Учитывая, что в противотуберкулезных учреждениях олеоторакс, в особенности на периферии, применяется относительно нередко, вопрос анализа и изучения различных его осложнений представляется нам несомненно актуальным.

Одним из недостаточно освещенных в литературе осложнений олеоторакса, обусловленным сморщиванием экстраплевральной полости или ее нагноением и накоплением гноя под маслом, является вытеснение масла в область шеи с образованием так называемой шейной олеомы. Г. С. Атаманов описывает случай олеомы, где вытеснение масла в надключичную область привело к выраженным явлениям плечевого плексита.

При возникновении шейной олеомы Т. Н. Хрущева рекомендует консервативное лечение. Однако подобную рекомендацию, в особенности при больших олеомах, нельзя считать достаточно обоснованной.

Вопрос о судьбе жировых и маслянистых веществ, попавших в мягкие ткани, уже давно нашел подробное освещение в отечественной литературе (А. И. Абрикосов, В. Г. Гаршин, Т. А. Писарева, Н. Л. Чистяков и др.).

При попадании инородного жира в мягких тканях (подкожной жировой клетчатке, мышцах, в межфасциальных пространствах) формируется так называемая олеогранулема (К. Геншен). Инородный жир вызывает асептическое воспаление, вокруг него формируется грануляционный вал, подвергающийся затем фиброзированию. В конечном счете вокруг массы жира формируется соединительнотканная капсула, постепенно прорастающая жир и разделяющая его на отдельные ячейки.

Заслуживает внимания указание Гаршина, что «...явления рассасывания липоидных масса олеогранулем... в большинстве случаев выражены в общем слабо. Преобладает инкапсуляция масла».

Поэтому более рациональным при шейных олеомах нам представляется оперативное удаление инкапсулированного масла.

В связи с особенностями топографии шеи масло из экстраплевральной полости попадает именно в те межмышечные промежутки, где проходят жизненно важные сосудисто-нервные пучки. Давление на них (как и в приводимом выше случае) или вовлечение их в зону периолеарного склероза может вызвать ряд серьезных нарушений.