

продолжалась три года, чувствовал себя хорошо, свищи не открывались. Шесть месяцев тому назад появились боли в левой щеке и виске, стало трудно двигать челюстью. Участки бывших актиномикозных инфильтратов стали снова припухать, а затем и гноиться. Припухли и стали болезненными лимфатические узлы в левой половине шеи. Заложило ухо, чего раньше не отмечал. За последний месяц появились слабость, головокружение, потеря аппетита, резкое похудание, головные боли к вечеру.

Слуховой проход выполнен распадающимся инфильтратом и сукровичной жидкостью, барабанная перепонка не видна. Кожа слухового прохода изъедена. Из свищей вокруг ушной раковины выделяется сукровично-гноевидная жидкость, кожа в области свищей мацерирована и распадается. Из глубины свищей выбухают бледные грануляции.

Hb — 40%, Л. — 28 000, РОЭ — 42 мм/час.

Сделана биопсия инфильтрата слухового прохода и свищей. Патологоанатомическое заключение: плоскоклеточный рак с участками ороговения. Проведена рентгенотерапия, не давшая положительных результатов. Больной умер от нарастающей кахексии.

Поступила 4 мая 1961 г.

## ЦЕЛОМИЧЕСКАЯ КИСТА ПЕРИКАРДА

Канд. мед. наук Ю. В. Астрожников и В. К. Смирнова

Хирургическое отделение (зав.— Ю. В. Астрожников) первой Владимирской городской больницы (главврач — И. А. Якуб)

Целомические кисты наблюдаются довольно редко. Они составляют от 3—4% (Рингерц и Линхольм) до 8% (Л. К. Ролик) всех опухолей и кист средостения.

Хотя киста перикарда как секционная находка была впервые описана еще Рокитанским в 1854 г., а ее гистологическое строение Эляшевичем — в 1929 г., в качестве отдельной нозологической формы целомические кисты впервые выделены лишь в 1940 г. Ламбертом. По его мнению, такие кисты — результат аномального развития, когда нарушается процесс слияния эмбриональных лагун в месте формирования перикардального целома, что признает большинство современных исследователей (Б. К. Осипов, Б. В. Петровский, Варе и Конрад и др.).

С. А. Колесниковым, В. М. Сергеевым и Е. В. Рыжковым в отечественной литературе до мая 1960 г. собрано описание 58 больных кистами перикарда, к которым авторы добавили 8 личных наблюдений.

Приводим наше наблюдение.

Р., 31 г., поступила 21/III-59 г. с диагнозом — эхинококк правого легкого.

Жалуется на головные боли, умеренную боль в правом боку, кашель со скудной вязкой мокротой, слабость. Больна несколько лет. В течение трех лет находилась под наблюдением противотуберкулезного диспансера.

Состояние больной удовлетворительное. Пульс — 80, ритмичный. АД — 130/65. Границы сердца не изменены, тоны чистые. ЭКГ — без отклонений от нормы. Перкуторно над легкими — легочной звук. Дыхание везикулярное, справа в нижнем отделе несколько ослабленное.

Рентгеноскопия. Справа от 5-го межреберья (счет сзади) и вниз, сливаясь с правым контуром сердечно-сосудистого пучка, — гомогенная, средней плотности тень, округлой формы, диаметром 9—10 см, смещаемая при дыхании. Симптом Неменова слабо выражен. Контуры ровные, четкие. Синусы — без выраженной патологии. Сердце обычных размеров, сокращения средней глубины. Рентгенологический диагноз — эхинококк правого легкого (А. А. Браун).

При исследовании мокроты, имеющей слизисто-гнойный характер, обнаружены единичные, местами в скоплениях эпителиальные клетки и значительное количество лейкоцитов. БК и эластических волокон не найдено.

Hb — 62%, Э — 5 млн., Л. — 11500, э. — 3%, п. — 5%, с. — 78%, л. — 9%, м. — 5%, РОЭ — 6 мм/час. Реакция Кациони не производилась.

27/III-59 г. оперирована под местным обезболиванием по Вишневскому — Осипову с предположительным диагнозом эхинококка нижней доли правого легкого (Ю. В. Астрожников). В области правого сердечно-диафрагмального синуса обнаружена относительно тонкостенная кистозная опухоль диаметром около 10 см, прикрытая сращенной с диафрагмой нижней долей легкого. Пневмолиз. Киста опорожнена электроотсосом, после чего ее оболочки отделены от перикарда и выделены из сращений с легким и корнем легкого и иссечены целиком.

Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на 17 день. При наблюдении в течение двух лет здорова.

Гистологическое исследование препарата (О. Н. Мозговая): стенка кисты состоит из соединительной ткани, содержащей большое количество рыхлой жировой:

клетчатки и отдельные мышечные пучки; внутренняя ее поверхность выстлана эпителиальным покровом типа мезотелия.

По данным большинства современных авторов (Б. К. Осипов, Б. В. Петровский, Л. К. Ролик, Варе и Конрад и др.), стенки целомиических кист состоят из соединительной ткани, содержащей иногда значительное количество жировой клетчатки и выстланной мезотелием. Клетки последнего могут по форме напоминать кубовидные эпителиальные. В толще стенок кист нередки кровеносные и лимфатические сосуды, скопления лимфоцитов и мононуклеаров. На возможность пучков гладких мышц в стенке целомиической кисты указывают только С. А. Колесников, В. М. Сергеев и Е. В. Рыжков (одно наблюдение).

Наблюдение С. А. Колесникова и его сотрудников, а также данные гистологического исследования нашего препарата заставляют пересмотреть категорическое утверждение Л. С. Розенштрауха, А. Т. Лебедевой и Е. А. Кутуковой, что стенки целомиических кист никогда не содержат мышечных волокон или других дифференцированных элементов, и считать возможность их нахождения доказанной.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников С. А., Сергеев В. М., Рыжков Е. Б. Вестн. хир., 1960, 12.—2. Осипов Б. К. Хирургия, 1958, 3; Хирургические вмешательства на средостении и его органах, М., 1953.—3. Петровский Б. В. Хирургия средостения, М., 1960.—4. Розенштраух Л. С., Лебедева А. Т., Кутукова Е. А. Нов. хир. арх., 1958, 5.—5. Ролик Л. К. Клин. мед., 1959, 4.—6. Bealieu M. Caron W., Paradis B. Canad. J. Surg., 1959, v. 2.—7. Lambert A. V. J. Thorac. Surg., 1940, v. 10.—8. Lillie W. I., Mc Donald J. R. a. Clagett O. T. J. Thorac. Surg., 1950, 3.—9. Ringertz N. A., Lindholm J. O. J. Thorac. Surg., 1956, 4.—10. Ware G. W., Conrad H. A. Am. J. Surg., 1954, v. 88.

Поступила 24 апреля 1961 г.

## СОЧЕТАНИЕ СИЛИКОЗА, ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКИХ

*Г. П. Пидпалый, И. А. Стешенко*

(Кривой Рог)

Поскольку каждый случай такого комбинированного заболевания представляет определенный диагностический интерес, мы решили опубликовать наше наблюдение.

С., 50 лет, поступил в туберкулезную больницу 9/1-59 г. с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, кашель с мокротой, порой с прожилками крови, одышку и повышение температуры. Значительно потерял в весе. Болен с 1956 г., когда впервые обнаружены силикоз и туберкулез. Периодически лечился в туберкулезной больнице по несколько месяцев.

В течение 29 лет работал на шахтах Криворожского железорудного бассейна лопаточником, бурильщиком, проходчиком.

Телосложение правильное, упитанность понижена, бледность кожных покровов. Лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно слева на всем протяжении — укорочение легочного звука. В верхних и средних долях обоих легких — влажные хрипы, слева — дыхание с бронхиальным оттенком. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие.

При рентгенологическом исследовании установлен диффузный межучючный фиброз средних и нижних легочных полей. В верхних и местами в средних легочных полях — очаги различной плотности с кольцевым просветом. Ниже ключиц — две каверны.

10/1 Нь — 12 г%, Л. — 18 900, п. — 4%, с. — 81%, л. — 7%, м. — 8%, РОЭ — 12 мм/час.

В мокроте туберкулезные палочки, 20—40 в поле зрения.

Состояние больного прогрессивно ухудшалось, и 23/1 он умер при нарастающих явлениях сердечно-сосудистой слабости.

Клинический диагноз: силикоз III стадии, фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

Выписка из протокола вскрытия.

В верхних отделах легкие сращены с пристеночной плеврой плотными фиброзными наложениями. Более нежные сращения имеются в боковых частях правого легкого. Легкие отечны, увеличены в объеме, на разрезе темно-красного цвета. С поверхности разреза стекает большое количество пенисто-геморрагической жидкости.

В верхнем отделе правого легкого — каверна с рядом выбуханий. В левом легком — полость несколько меньших размеров, без плотной капсулы. В бронхе второго порядка имеется полипообразное образование плотной консистенции белого цвета.