

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 межочечный 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.

По всей ткани легкого разбросаны просовидной формы белого цвета бугорки, места они сливаются по несколько бугорков, образуя форму трехлистника, с пигментированным центром.

Наряду с типичными туберкулезными бугорками, имеются уплотненные бугорки серо-коричневого цвета, рассеянные по поверхности разреза легких без определенного узора.

При микроскопическом исследовании легочная ткань с явлениями диффузного фиброза. Имеются тиличные силикотические узелки, состоящие из концентрических слоистых волокон соединительной ткани с большим количеством пыли, расположенной в основном по периферии узелка и с выраженными явлениями гиалиноза в центре. Узелковые образования, иногда значительно меньших размеров, располагаются в основном вокруг сосудов, образуя перисосудистые фиброзыпылевые муфты. Встречаются узелковые структуры, расположенные перибронхиально. Бронхи крупных и средних калибров с выраженными явлениями сращения эпителия. Дистрофические явления в хрящах бронхов, а также склероз базальных мембран. Плевра во всех отделах легких несколько утолщена, под нею значительные скопления пыли, а также участки фиброзного превращения ткани легких. Большое количество ателектазированных легочных альвеол, расположенных в основном в подплевральной зоне. В легочной паренхиме туберкулезные эпителиоидные бугорки с гигантскими клетками. Встречаются очаги отека легких, некроза, а также хронической везикулярной эмфиземы с явлениями резкого истончения межальвеолярных перегородок и растяжением полостей альвеол.

Клетки злокачественного новообразования расположены тяжами. Рак бронхогенный, плоскоклеточный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Движков П. П. *Арх. патол.*, 1956, 3. — 2. Движков П. П., Эльяшев Л. И. *Вопр. онкол.*, 1957, 5. — 3. Левин А. И., Красильщик Д. З. *Арх. патол.*, 1959, 6.

Поступила 25 октября 1961 г.

СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМЫ КРАСНОЙ КАЙМЫ НИЖНЕЙ ГУБЫ¹

Асп. М. А. Мустафин

Кафедра хирургии и онкологии (зав.— проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, на базе 5-й гор. больницы (главврач — И. И. Полозова)

По литературным данным, локализация первичной меланомы на губах редка. Приводим наше наблюдение.

Ш., 44 лет, поступил 16/ХI-60 г. с диагнозом: меланома нижней губы. В 1950 г. обнаружил на красной кайме нижней губы темное пятно, которое заметно не изменилось до 1959 г. Два месяца назад после случайной травмы пятно стало быстро увеличиваться, появилось уплотнение. С 1932 г. страдает очаговым туберкулезом легких, с 1958 г.— гипертонической болезнью.

Общее состояние удовлетворительное. Границы сердца в пределах нормы, акцент второго тона на аорте. АД — 180/110. Легкие — перкуторно легочный звук. Дыхание жесткое, справа спереди в верхних отделах единичные сухие хрипы.

Рентгеноскопия: полиморфные очаговые тени туберкулезного характера в обоих легких. Сердце и аорта — в пределах возрастных изменений. Со стороны органов брюшной полости патологических изменений нет.

Почти всю красную кайму нижней губы и частично слизистую преддверия полости рта занимает черно-бурое пятно с уплотнением в центре. В подчелюстной области с обеих сторон одиночные, величиной с горошину, подвижные лимфоузлы.

Больному проводилась короткофокусная рентгенотерапия. Суммарная доза на очаг — 8500 p. После облучения пигментное пятно значительно уменьшилось. Остался очаг 0,6 × 0,3 см.

После стихания лучевой реакции, через 2 месяца, больной заметил опухоль в левой подчелюстной области с грецкий орех, подвижную и безболезненную. Пальпируются увеличенные плотные лимфоузлы в подбородочной и подчелюстной областях справа.

3/VIII-60 г. произведено радикальное электрохирургическое иссечение регионарных лимфоузлов и подчелюстных слюнных желез.

Удаленные лимфоузлы от 0,5 × 0,5 см до 1,5 × 1,5 см в диаметре, плотноватой консистенции, на разрезе — интенсивно черные.

¹ Доложено на объединенном заседании общества онкологов и рентгенологов ТАССР 13/IV-61 г.