

С. А. ОВСЕПЯН

ВЕРХУШЕЧНЫЙ РАК ЛЕГКОГО ТИПА ПЕНКОСТА

Опухоль Пенкоста является одной из редко встречающихся разновидностей периферического рака легкого.

До настоящего времени в отечественной литературе ее описали А. В. Мельников и Г. Л. Дерман [2]—3 случая, И. Л. Тагер [5]—6, Г. И. Вайнштейн [1]—6, В. А. Самсонов [3]—1, Е. Ф. Фирсов, Н. Н. Чертков и С. З. Шкляр [6]—6 случаев.

Впервые это заболевание подробно описано Пенкостом в 1924 г. (5 случаев) как опухоль верхней легочной борозды—саркома или эндотелиома плевры—со своим характерным симптомокомплексом, известным под названием триады Пенкоста: 1) синдром Горнера (птоз верхнего века, энофтальмия и сужение зрачка); 2) атрофия верхней правой или левой конечности и жестокие боли; 3) поражение I, II, иногда III ребер. Позднее, с вовлечением в процесс сосудистой системы, наблюдается отек соответствующей конечности.

Продолжая свои исследования, Пенкост в 1932 г. ранее описанный симптомокомплекс отнес к раку вершины легкого, который, по его мнению, возникает из остатков у жаберной щели и распространяется на купол плевры. Мнение Пенкоста в отношении характера опухоли вызвало большой интерес среди ученых. Большинство из них принимало синдром Пенкоста, приписывая его исключительно к опухолям, исходящим из верхушечных бронхов.

В 1940 г. советские ученые А. В. Мельников и Г. Л. Дерман [2] установили, что верхушечный рак легкого не во всех случаях носит паренхиматозный характер, а может иметь и плевральное происхождение, которое не имеет никакого отношения к самой легочной ткани. Кроме того, они описали целый ряд опухолей, не имеющих легочного происхождения, которые, локализуясь в области вершины легкого, обуславливают синдром Пенкоста. Таким образом, А. В. Мельников и Г. Л. Дерман пришли к выводу, что необходимо отличать опухоль Пенкоста от синдрома Пенкоста, так как опухоль не всегда возникает из верхушечных бронхов легкого. В свою очередь В. А. Самсонов [3] верхушечный рак легкого в классификации рака легкого выделяет как отдельную форму, тогда как А. И. Струков [4] не считает необходимым выделять его, потому что он возникает из конечных мелких бронхов и является разновидностью периферического бронхогенного рака, характерного экспансивно-инфильтративно-периферическим ростом (разветвляясь, он распространяется на плевру, ребра и позвоночный столб).

Как известно, рак легкого отличается многообразием микроскопической картины. Ряд ученых [2, 3 и др.] на основании гистологических исследований установил, что опухоль Пенкоста имеет типичное строение плоскоклеточного рака. Но необходимо отметить, что встречается и полиморфноклеточная форма, которая своим клиническим течением резко отличается от плоскоклеточного рака. Если плоскоклеточному раку характерно медленное течение и длительный асимптомный период, то при полиморфноклеточном раке асимптомный период заболевания наиболее короткий и раковый процесс развивается очень быстро и бурно.

Описываем наше наблюдение периферического рака легкого с симптомокомплексом Пенкоста.

Больной О. К., 56 лет (история болезни № 7305), поступил с жалобами на температуру, общую слабость, кашель с выделением ржавой мокроты, жгучие боли в области правого плеча, сердцебиение, одышку, слабость в левой руке, отсутствие аппетита. Считает себя больным с февраля 1961 г., когда появились боли в правом плече и верхней правой части груди. В связи с этим больному было назначено 30 сеансов кобальтотерапии, однако состояние его ухудшилось, через 4 мес. появился птоз правого верхнего века и спустя несколько дней—паралич правой верхней конечности.

При рентгенологическом исследовании в области правой верхушки легкого была обнаружена гомогенная интенсивная тень с нижним полукруглым контуром, расположенная ближе к задней стенке грудной клетки и как бы включенная в верхнюю апертуру. Имеется частичное умеренно-выраженное расширение промежутков задних отрезков I, II, III ребер.

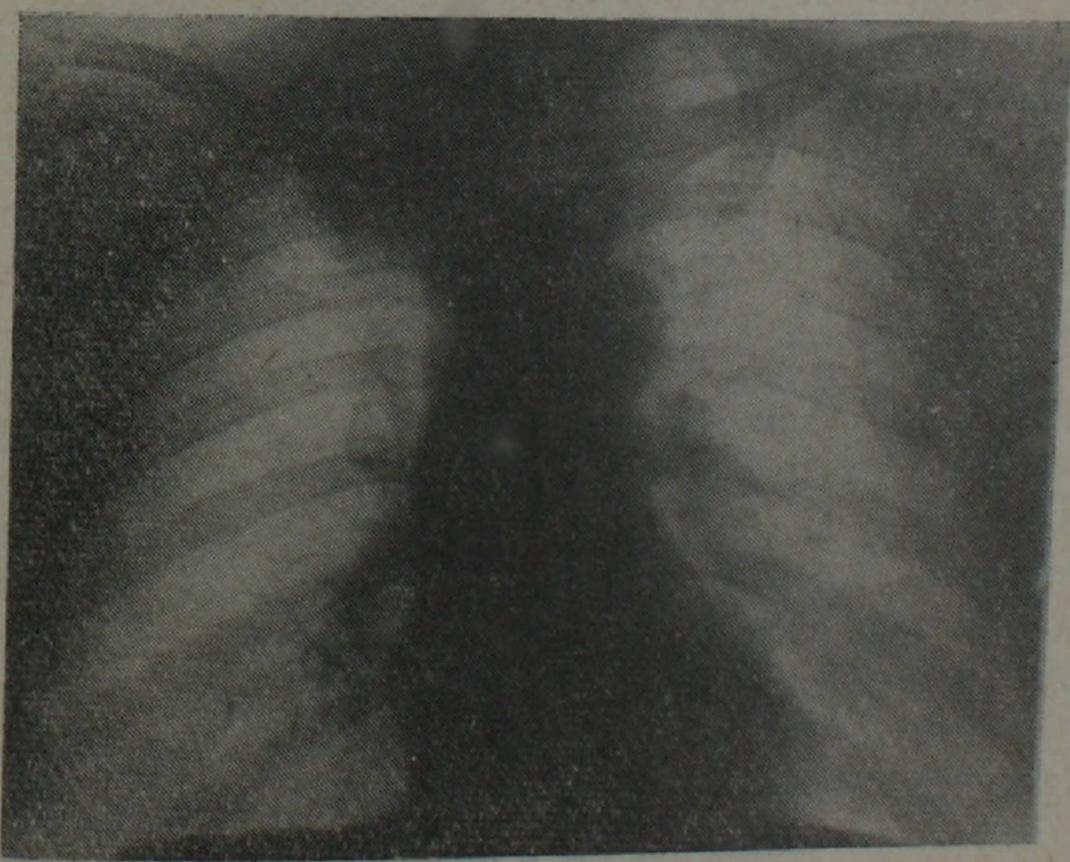


Рис. 1. Плеврокортикальная карцинома.

Рентгенологически установлена плеврокортикальная карцинома, рак Пенкоста (рис. 1). Дальнейшее лечение не улучшило состояния больного. Возникла тетраплегия, динамическая непроходимость кишечника, задержка мочеиспускания, и в результате общей интоксикации больной скончался 6/IX 1961 г. В результате вскрытия на передней грудной поверхности справа обнаружена светло-коричневого цвета пигментация. Трупные пятна розово-фиолетового цвета. Трупное окоченение выражено умеренно. В правой плевральной полости (у верхушки легкого) имеются массивные грубые спайки. В брюшной и правой плевральной полостях имеется около 150 см³ прозрачной жидко-

ный полиморфизм. Местами в массе опухолевой ткани обнаруживаются нервные стволы (рис. 4).

Как видим, в нашем наблюдении заболевание протекало полной триадой Пенкоста. Следует отметить, что в случае своевременной диагностики активное хирургическое вмешательство может дать положительные результаты.

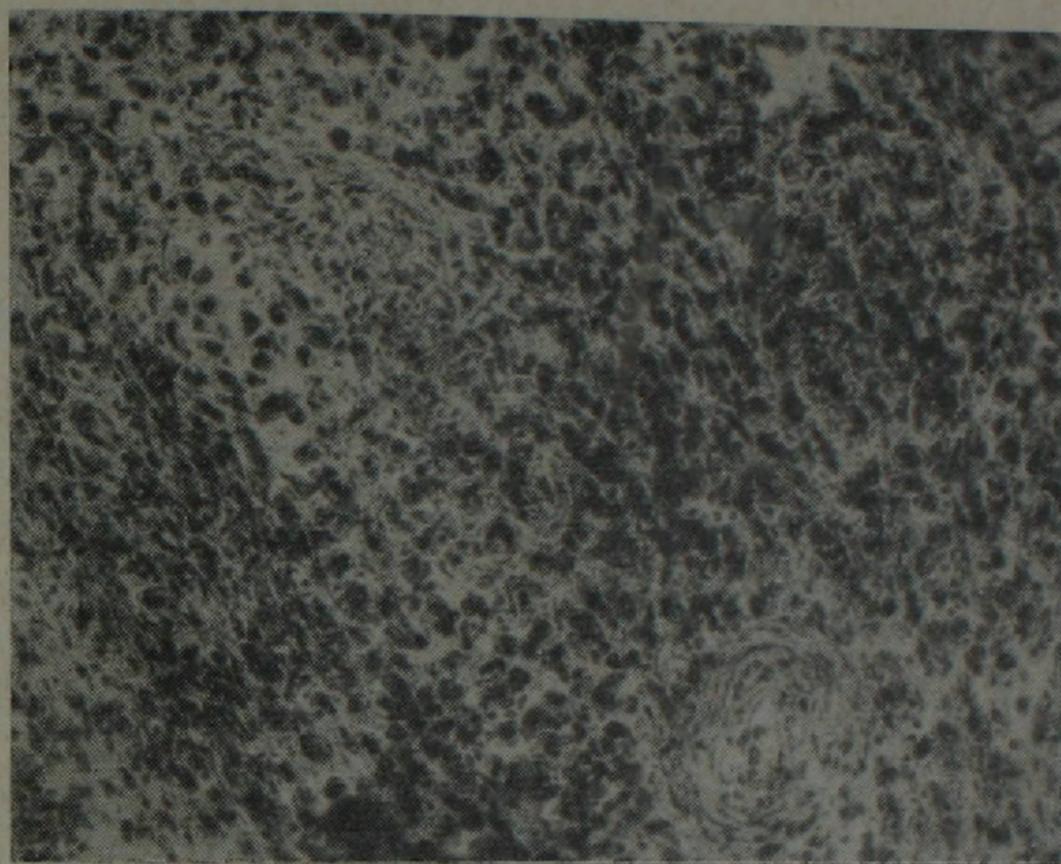


Рис. 3. Полиморфноклеточный рак (окраска гематоксилин-эозином $\times 200$).

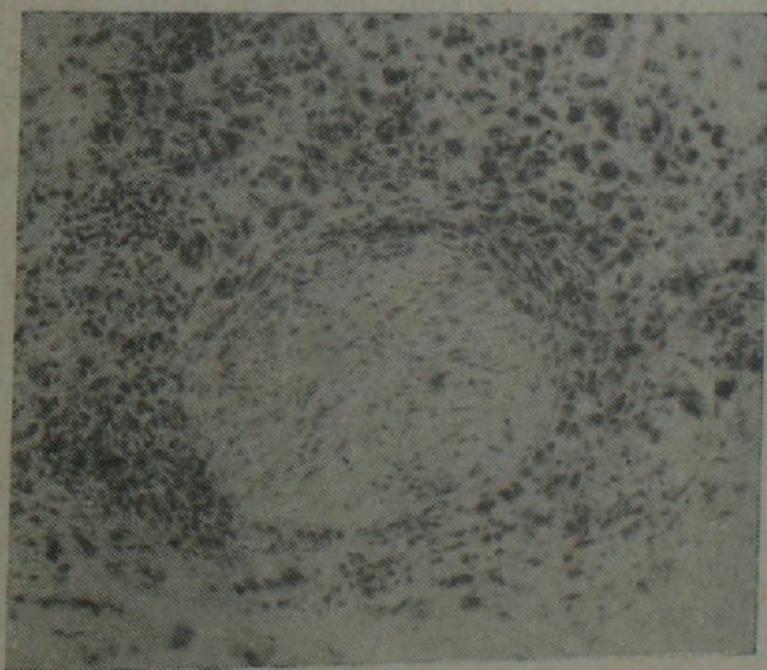


Рис. 4. Уцелевший нервный ствол в массе опухолевой ткани (окраска гематоксилин-эозином $\times 200$).

На основании наших данных можно сделать следующие выводы:

1. Первичный периферический бронхогенный рак верхушки легкого, которому присуща полная триада Пенкоста, можно причислить к ряду опухолей типа Пенкоста.
2. Опухоли типа Пенкоста не во всех случаях имеют типичное строение плоскоклеточного рака; встречается и полиморфноклеточная форма,

для которой характерны короткий асимптомный период и бурное развитие заболевания.

Кафедра патологической анатомии
Ереванского медицинского института

Поступило 13/II 1964 г.

Ս. Ա. ՀՈՎՍԵՓՅԱՆ

ԹՈՔԻ ԳԱԳԱԹԻ ՔԱՂՅԿԵՂ ՊԵՆԿՈՍՏԻ ՉԵՎԻ

Ա մ փ ո փ ու մ

Պենկոստի ուռուցքը թոքային քաղցկեղի առանձին ձև է, այն իրենից ներկայացնում է պերիֆերիկ բրոնխոգեն քաղցկեղի յուրահատուկ արտահայտություն: Ուռուցքի յուրահատկությունը բնորոշվում է նրանով, որ այն ունենալով բրոնխոգեն ծագում աճում է դեպի թոքի հյուսվածքը, ընդգրկում թոքամիզը, տալիս է նաև արտաթոքային աճ: Թափանցելով ուսային հյուսակը, պարանոցային և կրծքային ողերը ճնշում և փափկեցնում է ողնուղեղը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вайнштейн Г. И. Вестник рентгенологии и радиологии, 1952, 3, стр. 22.
2. Мельников А. В., Дерман Г. Л. Врачебное дело, 1940, 2, стр. 85.
3. Самсонов В. А. Первичный рак легкого. Петрозаводск, 1955, стр. 107.
4. Струков А. И. Вестник хирургии, 1956, 12, стр. 34.
5. Тагер И. Л. Рентгенодиагностика рака легкого. М., 1951, стр. 124.
6. Фирсов Е. Ф., Чертков Н. Н., Шкляров С. З. Клиническая медицина, 1961, 9, стр. 90.