

УДК 616.712—006.48

А. Г. МАИЛЯН

## К ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИГРУДНЫХ НЕВРИНОМ

Приведены наблюдения 4 больных с внутригрудной невриномой, выявленные во время массовых флюорографических исследований (более 86000 чел.). У одного из больных при диагностическом рентгенологическом исследовании обнаружены признаки озлокачествления.

Опухоли, исходящие из нервных волокон, встречаются редко и потому представляют казуистический интерес. Подавляющее большинство нервных опухолей исходит из пограничного ствола симпатических нервов. Нервные опухоли, невриномы, называются также ганглионевромами, так как в них содержатся и ганглиозные клетки.

Подавляющее большинство внутригрудных нервных опухолей располагается в средостении, позади сердца. Преимущественной локализации опухолей в левой или правой половине грудной клетки в литературе не отмечается. Значительно реже встречаются нервные опухоли, располагающиеся вне средостения. Обычно это нейрофибромы. Они плотно прилегают к стенке грудной клетки и могут вызвать узурирование ребер.

Отличительными рентгенологическими признаками неврином считаются: расположение в позвоночно-реберном углу, овальная форма, длинник располагается по ходу позвоночника, границы резко очерчены, однородность тени, ровность контуров. На боковых снимках часть образования проецируется на позвоночник.

Мы наблюдали 4 больных с внутригрудными ганглионевромами, выявленными во время массовых флюорографических исследований (из них трое мужчин и одна женщина). Возраст исследуемых колебался от 31 до 56 лет. Каких-либо характерных жалоб больные не предъявляли. Одна из больных отмечала чувство тяжести в подлопаточной области слева. У этой же больной перкуторно отмечалось укорочение легочного звука в левой межлопаточной области, там же ослабленное дыхание. У остальных 3 больных каких-либо отклонений не было выявлено. Лабораторное исследование крови отклонений от нормы не установило. У трех больных невриномы располагались в левой половине грудной клетки, у одного в правой.

Все больные находились под наблюдением более 5 лет. Заметного роста опухоли в течение указанного времени не наблюдалось.

Приводим одно из наших наблюдений.

Больной С., 56 лет, 30/II 1965 г. прошел флюорографическое исследование. На флюорограмме слева, непосредственно над луковицей аорты, имеется интенсивная гомогенная тень овальной формы, прилегающая к тени средостения. Вызван на дополнительное обследование 3/III 1965 г. Жалоб не предъявляет. Клинико-лабораторных отклонений от нормы не установлено.

Произведены прямой и левый боковой снимки грудной клетки. На обзорном снимке слева, на уровне 4—6-го ребер, имеется четко очерченная овальная тень большой интенсивности диаметром 6 см (рис. 1, А). На боковом снимке описанное образование оказывается в реберно-позвоночном углу, плотно прилегает к задней стенке грудной клетки. Форма овальная, 6×5 см. Длинный диаметр располагается вдоль позвоночного столба. Образование почти полностью проецируется на позвоночник на уровне 4—6-го грудных позвонков (рис. 1, Б).

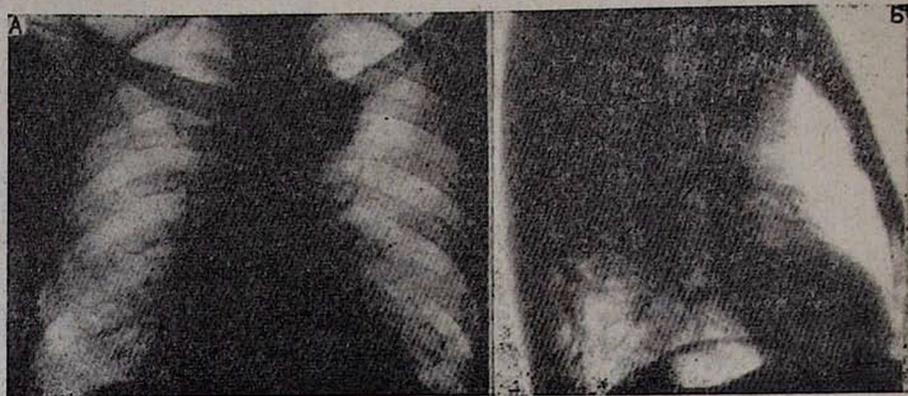


Рис. 1.

При рентгеноскопии подвижности опухоли во время дыхания не отмечается. Со стороны пищевода отклонений не установлено.

Дано рентген-заключение: невринома левой половины грудной клетки на уровне 4—6-го позвонков. Больной находится под наблюдением до настоящего времени. Заметного роста опухоли не установлено.

По литературным данным, перерождения неврином почти не наблюдается. Значительно чаще имеет место злокачественное перерождение нейрофибром.

Приводим одно из наблюдений, которое представляется нам интересным именно в этом смысле.

Больная А., 38 лет, прошла флюорографическое исследование 26/IX 1965 г. На флюорограмме имелась овальная интенсивная тень в левой половине грудной клетки, плотно прилегающая к тени средостения. Вызвана на дополнительное обследование 3/IV 1966 г. Жалуется на боли внизу живота. Страдает хроническим воспалительным процессом правых придатков матки.

Клинико-лабораторное обследование, кроме ускоренного РОЭ (18 мм), отклонений от нормы не выявило.

Рентгенологически слева, на уровне 4—5-го ребер, имеется овальная гомогенная тень с четкими ровными контурами. Границы ее резко отграничены от легочной тени. На боковом снимке описанное образование имеет форму овала размером 4×3 см. Тень рас-

полагается в реберно-позвоночном углу и плотно прилегает к задней стенке грудной клетки. В дыхательных движениях не участвует. Пищевод не смещен.

Дано заключение: невринома левой половины грудной клетки.

Больная периодически (1 раз в год) подвергалась рентгенографии грудной клетки. Последний раз обследовалась 10/VIII 1970 г. Рентг опухоли не отмечался. 26/VI 1971 г. больная поступила в терапевтическое отделение больницы с явлениями острого гастроэнтерита. При обследовании был установлен диагноз: непроходимость тонкой кишки на почве циркулярной опухоли. Больная была оперирована. Гистологически установлен рак-полип.

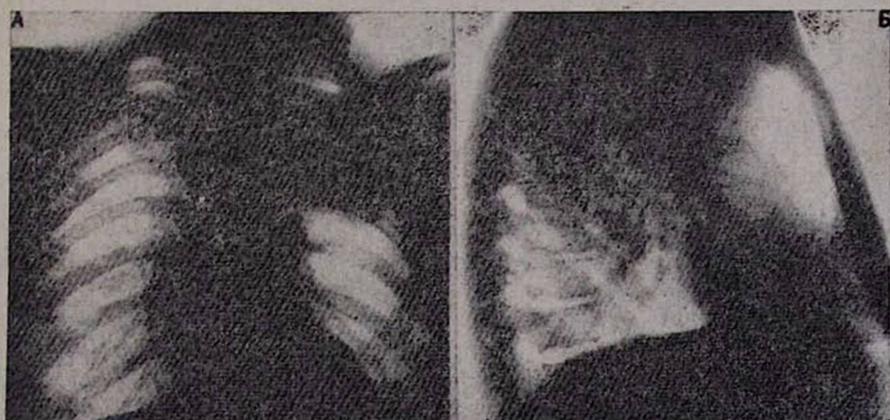


Рис. 2.

7/V 1971 г. произведены прямой и боковой снимки грудной клетки. Отмечается резкий рост невриномы. На прямом снимке опухоль занимает все легочные зоны левого легкого на уровне 4—7-го ребер, почти сферической формы, диаметром 7,5—8 см (рис. 2, А). На боковом снимке также отмечается заметный рост опухоли. Длинная ось опухоли выросла с 4 до 7,5 см (рис. 2, Б). У больной появились жалобы на боли и чувство тяжести в окололопаточной области. При перкуссии отмечается укорочение легочного звука в левом межлопаточном пространстве. Дыхание аускультативно ослаблено. Такое состояние больная отмечает с января 1971 г.

Заметный рост опухоли за последние несколько месяцев, наличие жалоб и, главное, наличие злокачественной опухоли тонкой кишки дали основание предположить злокачественное перерождение ранее установленной невриномы. От оперативного лечения больная категорически отказалась.

### В ы в о д ы

1. Наши наблюдения подтверждают, что невриномы, как правило, являются случайной находкой (на более чем 86000 обследований было обнаружено 4 больных, страдающих невриномой с внутригрудной локализацией).

2. Надо полагать, что левосторонняя локализация внутригрудных неврином наблюдается чаще правосторонней.

3. Злокачественное перерождение невриноом, по-видимому, наблюдается чаще, чем это принято считать. Выявлению озлокачествления невриноом способствует динамическое обследование больных.

Рентгенологическое отделение  
Степанаванского мед. объединения

Поступила 29/VI 1971 г.

Ա. Գ. ՄԱՅՈՑԱՆ

ՆԵՐԿՐՄՔԱՅԻՆ ՆԵՐՎԱՅԻՆ ՆՈՐԱԳՈՑԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ներկրծքային ներինտամաները կամ գանգլիոներինտամաները հազվադեպ են պատահում, ուստի նրանք ներկայացնում են դիպլոմաթրանական հետաքրքրություն:

Կրծքավանդակի ավելի քան 86.000 ըննությունների ընթացքում հայտնաբերել ենք ներկրծքային ներինտամայով 4 հիվանդ: Գրականության մեջ հաջողվել է գտնել ներկրծքային գանգլիոներինտամայի 33 նկարագրություն: Սրանց ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում: Որպես կանոն, նրանք տեղակայված են ողնաշար-կողոսկրային անկյունում, ունեն ձգվածև տեսք, երկար տրամագիծը տարածվում է ողնաշարի ուղղությամբ, պարզ սահմանագծված են, ստվերը միապաղաղ է (հոմոգեն), կողմնային նրկարների վրա նրանց ստվերի մի մասը պրոյեկցվում է ողնաշարի ստվերի վրա:

Հեղինակների ճնշող մեծամասնությունը գտնում է, որ ներկրծքային ներինտաման հիվանդի կողմից ոչ մի գանգատ չի առաջացնում և, որպես օրենք, նրանք հայտնաբերվում են պատահական: Մեր բոլոր հիվանդները նույնպես հայտնաբերվել են պատահական՝ մասսայական ֆլորոգրաֆիկ ըննությունների ժամանակ:

Մենք չենք բաժանում այն կարծիքը, թե գանգլիոներինտամաները եզակի դեպքերում են վերածվում շարորակ ուռուցքների, որովհետև մեր 4 հիվանդներից մեկի մոտ այդ տեղի ունեցավ: Ըստ երևույթին դա ավելի հաճախ է տեղի ունենում, քան ընդունված է համարել: Այդ մասին են վկայում նաև նախկինում հայտնաբերված ներինտամայի հանկարծակի մեծացումը, հիվանդի մոտ գանգատների առաջացումը, այլ օրգաններում շարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումը: