

С. А. ОГАНЕСЯН, В. А. КАРАПЕТЯН

К ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ

Исследованы 7 больных с доброкачественными опухолями: один с аденомой, пять с гамартомой и один с фибромой легкого. Предложены критерии для рентгенологической диагностики доброкачественных опухолей.

Легочная локализация доброкачественных опухолей встречается довольно редко. Среди доброкачественных опухолей по частоте первое место занимают аденомы, затем гамартумы, реже папилломы, фиброзные полипы, фибромы, невриномы, гемангиомы, липомы и др.

Доброкачественные опухоли легких часто протекают бессимптомно, являясь случайной находкой при рентгенологическом исследовании. Отсутствие характерных клиничко-рентгенологических симптомов создает серьезные дифференциально диагностические затруднения, которые усугубляются редкостью заболевания.

Клиничко-рентгенологические симптомы болезни зависят от локализации опухоли, ее гистологической структуры и васкуляризации, характера роста, взаимодействия с ближайшим бронхом и от калибра последнего, а также от сопутствующих осложнений. Однако ни один из этих признаков сам по себе не может иметь решающего диагностического значения.

Локализация доброкачественных опухолей может быть центральной и периферической. При центрально расположенных эндобронхиальных доброкачественных опухолях клиничко-рентгенологические проявления болезни трудно отличить от подобных проявлений при центральной форме карциномы легкого. Клинически они проявляются одышкой, кашлем, кровохарканьем. При периферической локализации доброкачественные опухоли могут проявляться скудными клиническими симптомами (боли, когда они достигают стенки грудной клетки, иногда кровохарканье при эрозиях сосудов), а чаще протекают бессимптомно.

Рентгенологическая картина при центрально расположенных доброкачественных опухолях может проявляться в виде опухолевого узла в области корня легкого (при внеbronхиальном росте) или картиной бронхостеноза (при эндобронхиальном росте опухоли). Диагнозу существенно помогает применение специальных методов исследования, в частности бронхографии и томографии. Но все-таки даже на основании бронхографии окончательно высказаться о доброкачественном характере опухоли невозможно. Мало характерного наблюдается и в рентге-

нологической картине доброкачественных опухолей при периферической их локализации. При этом чаще определяется картина равномерной округло-овальной тени, присущей целому ряду заболеваний. Наиболее достоверным отличительным признаком является обнаружение участков обызвествлений в пределах шаровидной тени. Относительно контуров шаровидной тени в литературе нет единого мнения. Одни авторы четкость и ровность контуров считают достоверным отличительным признаком от периферической карциномы [3]. Другие считают, что характер контуров тени не может быть критерием доброкачественности или злокачественности опухолевого процесса [7]. На основании собственных наблюдений мы можем отметить, что четкие гладкие контуры при периферическом раке и при саркоме встречаются не так уж редко, а при наличии плевральных сращений (и в силу других причин) нечеткие контуры нередко наблюдаются и при доброкачественных образованиях легких.

Центральную локализацию чаще других доброкачественных опухолей имеют аденомы бронхов. Аденомы составляют 90—95% всех доброкачественных опухолей легких. В 75% наблюдаются центральные аденомы, в 25% — периферические. Чаще болеют женщины. В основном аденомы растут эндобронхиально, но наблюдается и перибронхиальный рост. Л. С. Розенштраух и З. А. Шулаева [6] приводят три типа направления роста: в просвет бронха, интрамурально и наружу от стенок бронха.

Особенности клинического течения внутрибронхиальной аденомы легкого известны под названием «синдрома аденомы»: повторные кровохарканья и кровотечения, признаки бронхостеноза, длительность течения болезни, в отличие от центрального рака легкого.

По мнению группы авторов, аденомы почти всегда остаются доброкачественными и не дают отдаленных метастазов [6]. По мнению же В. И. Стручкова с соавторами [7], аденомы бронха обладают способностью к метастазированию в прикорневые и паратрахеальные лимфоузлы, реже — в печень, кости, мозг, надпочечники, яичники. Соответственно этому и подходят к решению вопроса оперативного лечения.

В начальных стадиях болезнь может протекать бессимптомно, затем развиваются переходящие обтурации бронха с ателектазом и бронхопневмониями. В дальнейшем наступает период тяжелых необратимых осложнений. На томограммах и бронхограммах — полная обтурация бронха. В просвет расширенного супрастенотического бронха вдается ровный сферический край опухоли. Рекомендуются бронхографию производить малыми порциями контрастного вещества, на фоне которого в виде овального или округлого дефекта тени выделяется эндобронхиальная опухоль.

До развития бронхостеноза существенную диагностическую ценность имеют данные томографии: сужение бронха, наличие опухоли на фоне воздушного столба [2]. Ценные данные получаются при бронхоскопии с обязательной биопсией.

Приводим одно наблюдение центрально расположенной аденомы с неблагоприятным течением, с периодическими обострениями, с осложнениями в результате присоединения гнойной инфекции.

Больная М. А., 32 лет, впервые обратилась в начале 1963 г. с жалобами на кашель, кровохарканье, плохое самочувствие, одышку, повышение температуры до 37,5—37,7°. Считает себя больной с 1959 г. В течение 2—3 лет чувствовала себя относительно хорошо, отмечая лишь периодические легкие обострения. Последнее обострение было более упорным.

При рентгенологическом исследовании было обнаружено затемнение в пределах правой верхней доли (рис. 1а). Учитывая давность заболевания, относительно удовлетворительное состояние больной и молодой возраст, было высказано предположение об аденоме правого верхнедолевого бронха. От предложенной госпитализации больная отказалась.

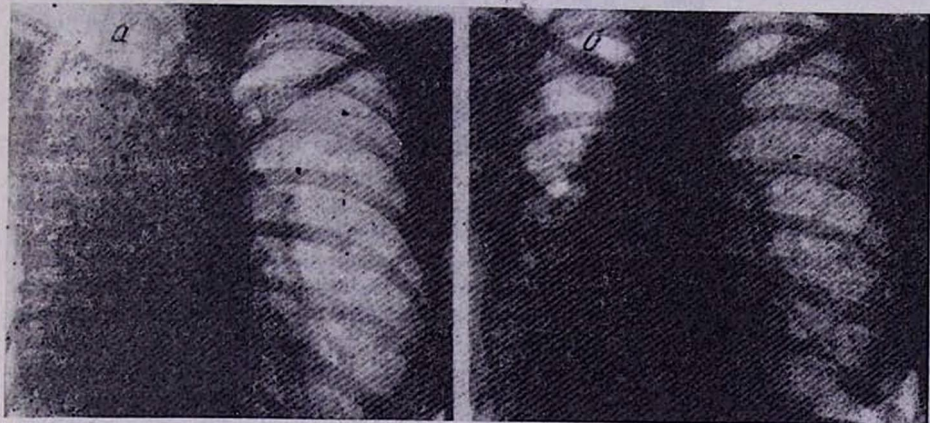


Рис. 1. а. Затемнение почти всего правого легкого. Смещение срединной тени вправо (аденома правого главного бронха). б. То же наблюдение через год. Восстановление проходимости правого главного бронха после удаления опухоли.

При последующем исследовании определилось значительное ухудшение состояния больной. Описанное ранее при рентгенологическом исследовании затемнение значительно увеличилось, занимая все легкое с наличием полостных просветлений, со смещением срединной тени в большую сторону (рис. 1, б). На томограммах определялась «ампутация» правого главного бронха с неровным изъеденным контуром культи. В области нижней трети трахеи справа имелся округлый дефект.

Под диагнозом уже злокачественной опухоли с поражением правого главного бронха больная была госпитализирована в хирургическое отделение Института рентгенологии и онкологии.

Бронхоскопически была выявлена обтурация правого главного бронха с опухолевым образованием белого цвета плотной консистенции, легко кровоточащим. Произведена биопсия. Гистологическое исследование № 627/64—бронхиальная карцинома с перестроенной стромой (бронхиальная аденома).

Дальнейшее улучшение состояния больной в течение полутора лет вызвало сомнение относительно диагноза, и больная была направлена в Москву, где была госпитализирована в госпитальное отделение хирургической клиники I МОЛМИ. Клинический диагноз: аденома правого главного бронха—был поставлен после трижды произведенной биопсии (с удалением опухоли).

При рентгенологическом исследовании от 16/X 1965 г. обнаружено лишь слабо выраженное понижение прозрачности на протяжении правого легкого с наличием полостных просветлений (рис. 2), что свидетельствует о восстановлении проходимости правого главного бронха.

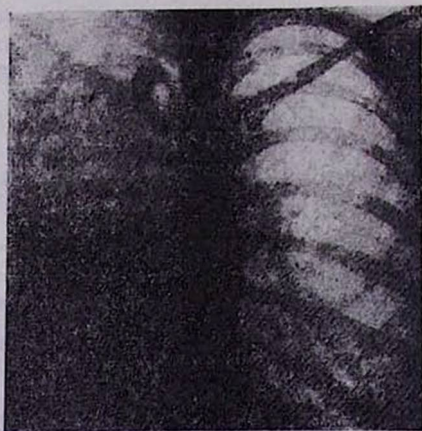


Рис. 2. То же наблюдение через 15 мес. после предыдущего исследования.
Картина пневмоторакса.

В дальнейшем в течение 8—9 месяцев состояние больной было относительно хорошим. Но, начиная с января 1967 г., наступило новое обострение болезни с прогрессирующим ухудшением состояния. В феврале 1967 г. появился свищ на латеральной стенке грудной клетки справа. Рентгенологически—картина пневмоторакса. Дренажирование плевральной полости и соответствующее лечение не привело к желаемому результату. На томограммах, произведенных 15/III 1967 г., определяется сужение правого главного бронха, переходящее на левый.

12/V 1967 г. больная вновь поступила в стационар Института рентгенологии и онкологии в тяжелейшем состоянии с одышкой и цианозом. Все принятые меры не спасли больную—она скончалась 14/V 1967 года.

Приведенное наблюдение показывает возможные диагностические затруднения при аденоме бронха, вызванные идентичной рентгенологической картиной с центральной карциномой. Длительное течение, относительно молодой возраст больной помогли правильно ориентироваться в ее страдании.

Из доброкачественных опухолей легких с периферической локализацией чаще всего встречаются гамартомы. Они представляют собой тканевые аномалии развития составных частей какого-либо органа. Термин «гамартома» происходит от греческого слова *hamartoma*—ошибка, неправильность. В легком они развиваются из частиц бронхиального дерева. Они отличаются крайне медленным ростом, но отдельные авторы все-таки считают их потенциально злокачественными. Клинически гамартомы ничем не проявляются.

При поточных рентгенологических исследованиях гамартомы часто являются случайной находкой в виде одиночной овальной тени на фоне неизменной легочной ткани. Гамартомам легких приписывают поли-

циклические контуры [3, 8]. В литературе имеются указания на возможность множественных гамартом легких [1, 7]. Характерным рентгенологическим признаком считается обнаружение обызвествления в пределах округло-овальной тени. В отличие от обызвещенного эхинококка крапинки извести располагаются в центральных отделах.

В нашем распоряжении имеется пять наблюдений за больными с гамармой легкого.

По мнению некоторых авторов, при гамартоме наблюдается свободная от обызвествления периферическая кайма, чего не отмечается при туберкуломе [5, 9]. При отсутствии обызвествления распознавание гамартоты невозможно или крайне затруднено [1, 8].

Иногда больным с доброкачественными опухолями ошибочно проводят курс противотуберкулезного лечения [9]. Подобное наблюдение имеется и у нас.

Больная К. С., 37 лет, направлена на консультацию в Институт рентгенологии и онкологии 22 мая 1963 г.

Жалуется на колотья в левой половине грудной клетки, иррадирующие в область сердца и в межлопаточную область, слабость, тошноту. Считает себя больной два года. Лечилась в противотуберкулезном учреждении с диагнозом туберкулома левого легкого безуспешно.

Рентгенологическое исследование от 22/V 1963 г. Округлая тень в диаметре приблизительно 5 см с относительно четкими контурами, расположенная несколько кзади от корня левого легкого на высоте VIII—IX ребер по паравертебральной линии (рис. 3, а, б). Рентгенологическое заключение: доброкачественная опухоль заднего средостения.

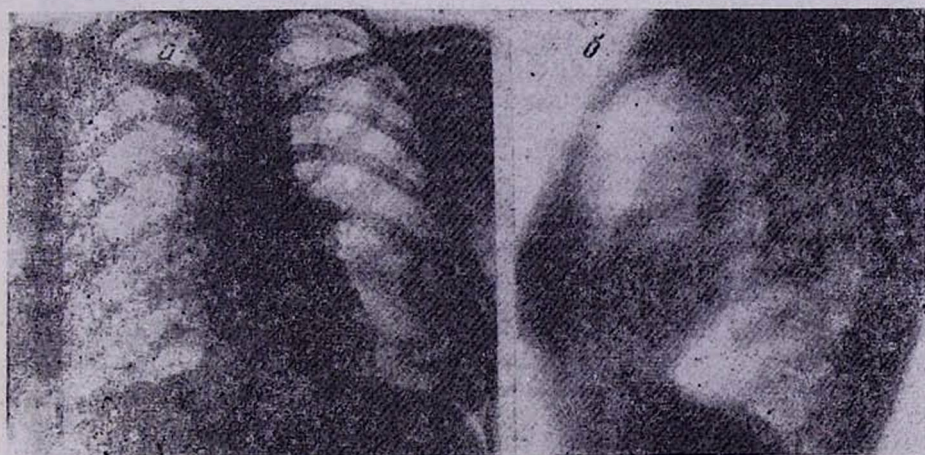


Рис. 3 а. Округлая тень слева в прикорневой зоне на высоте VIII—IX ребер по паравертебральной линии. б. То же наблюдение в боковой проекции. Округлая тень расположена кзади от корня левого легкого (гамартома легкого. Операция).

При повторном рентгенологическом исследовании от 23/III 64 г. обнаружена аналогичная картина без роста опухоли. Во время операции, произведенной 8/IV 64 г., установлено наличие плотного образования с негладкой поверхностью, верхним полю-

сом выступающего в полость средостения. На разрезе опухоли обнаружены включения костной консистенции. Диагноз: гамартома левого легкого.

Интерес данного наблюдения, кроме трудности определения локализации опухоли, заключается в том, что крапинки извести, обнаруженные при операции, в рентгенологической картине отображения не имели.

Кроме обнаружения известковых включений, в литературе уделено внимание и другому, правда, редкому, но важному в дифференциально-диагностическом отношении характерному симптому. Симптом этот вызван проникновением воздуха в ложе гамартоты через эрозированный бронх. Сообщение опухоли с бронхом в начальном периоде патологоанатомически встречается редко.

А. И. Рождественская, Л. А. Гуревич и М. Г. Виннер [4] бронхографически установили связь гамартоты с бронхом. Позже В. И. Стручков, А. В. Григорян [7] у одного больного с гамартотой обнаружили при рентгенографии узкую прослойку газа, окаймляющую шаровидную тень — симптом «воздушной каймы». Авторы обоих наблюдений считают, что обнаружение указанных признаков позволяет исключить диагноз злокачественной опухоли.

В одном из наблюдений нам удалось на ограниченном участке контура тени опухоли видеть воздушную кайму. Приводим это наблюдение.

У больной С. С., 38 лет, во время профилактического исследования был обнаружен эхинококк легкого. При клинко-лабораторном исследовании отклонений от нормы не выявлено.

Рентгенологическое исследование от 5/VI 1963 г. Слева затемнение округлой формы диаметром 8,5 см с четкими гладкими контурами неоднородной структуры. В пределах тени имеются известковые включения, которые выявлены на переэспонированных

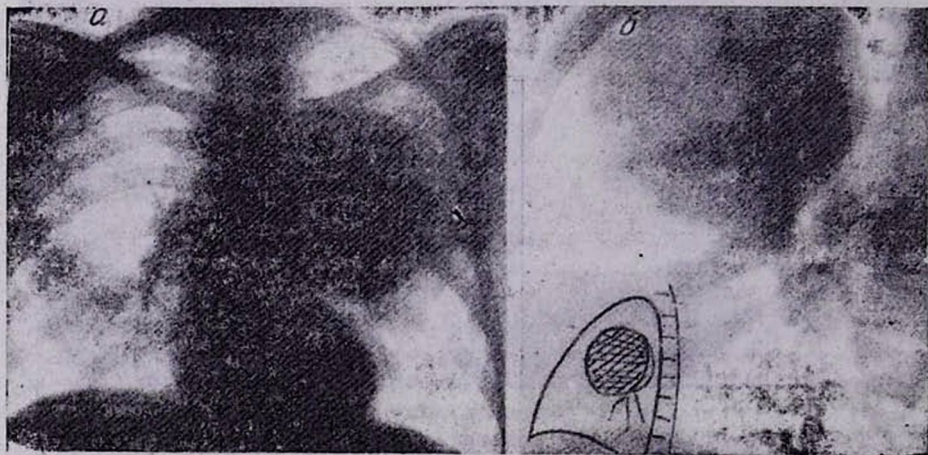


Рис. 4 а. Округлая тень слева, занимающая медиальную зону верхнего и среднего легочных полей с четкими гладкими контурами (гамартома левого легкого). б. То же наблюдение в боковой проекции: у заднего контура округлой тени определяется узкая полоска просветления (симптом «воздушной каймы»).

снимках. У заднего контура описанной тени определяется узкая каемка просветления, ограниченная теневой полоской сзади (рис. 4, а, б).

Рентгенологическое заключение: гамартома левого легкого.

Приведенные симптомы «воздушной каймы» или «контрастной каймы» (по сути отсражение единой причины) имеют ограниченное диагностическое значение, так как встречаются очень редко и не являются исключительной принадлежностью гамартоты. Как известно, «воздушная кайма», или краевое просветление, очень характерна для эхинококка легкого и встречается, правда, редко, но чаще, чем при гамартоте. Мы считаем, что при тщательных поисках эти симптомы могут быть обнаружены чаще, чем принято думать.

Остальные доброкачественные опухоли легких встречаются очень редко, в основном имеют периферическую локализацию. Приводим наше наблюдение фибромы левого легкого с пристеночной локализацией.

Больная К. В., 49 лет. В ноябре 1963 г. при профилактическом рентгенологическом исследовании было обнаружено округлое затемнение в левом легком.

Рентгенологическое исследование от 27/XI 63 г.: слева на протяжении II—IV межреберий определяется затемнение округлой формы с наружным нечетким контуром диаметром в 7,5 см, расположенное ближе к передней стенке грудной клетки. Не исключена возможность наличия сращений с передней стенкой. Тени корней не изменены (рис. 5, а, б). При томографическом исследовании обнаружено, что указанное обра-



Рис. 5 а. Слева на высоте II—IV межреберья округлая тень с наружным нечетким контуром (место спаек, обнаруженных при операции). б. То же наблюдение в боковой проекции.

зование примыкает к передне-латеральной стенке грудной клетки. Рентгенологическое заключение: необходимо дифференцировать между бластомой и кистой.

Произведенная операция и гистологическое исследование обнаружили наличие фибромы левого легкого непосредственно под спаянными плевральными листками.

Приведенное наблюдение подтверждает существующую в литературе точку зрения о том, что четкость контуров нельзя считать критерием доброкачественности или злокачественности страдания. Нарушения

четкости контуров при наличии доброкачественного образования могут быть обусловлены плевральными сращениями.

Клинико-рентгенологическая семиотика доброкачественных опухолей легких нуждается в дальнейшем многостороннем изучении.

Для определения доброкачественности округлого образования в легком существенное значение может иметь редкий симптом «воздушной каймы». При доброкачественных опухолях нечеткость контура на ограниченном участке может быть вызвана плевральными сращениями. Томографическое исследование в части случаев помогает установлению правильного диагноза.

Институт рентгенологии и онкологии

Минздрава Арм. ССР

Поступила 10/VI 1975 г.

Ս. Ա. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Վ. Ա. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԹՈՔԵՐԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո ւ լ մ

Բարորակ ուռուցքների թորային տեղակայումը բավականին հազվադեպ է: Վերջին հինգ տարիների ընթացքում հեղինակների կողմից ուսումնասիրվել են թորերի բարորակ ուռուցքներով 7 հիվանդներ: Թորի համարտոմային բնորոշող կրակալման սխեմայումը շրջանաձև ստվերի սահմաններում, մեկ ուսումնասիրության ժամանակ հայտնաբերվել է միայն կոշտ նկարներում: Մյուս հետազոտությունը հետաքրքիր է նրանով, որ վիրահատության ժամանակ գնդաձև գոյացության սահմաններում հայտնաբերված կրակալումը, նույնիսկ տոմոգրամաներում ունեցնաբանական վերարտադրություն չունի: Առանձին դեպքերում ախտորոշմանն էապես օգնում է տոմոգրաֆիկ քննությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волин Е. М. Периферический рак и шаровидные образования в легких. М., 1964.
2. Зильберман С. П. Вестник рентгенологии и радиологии, 1965, 3, стр. 53.
3. Подольская Е. Я. Рентгенодиагностика первичного рака легкого. М., 1962.
4. Рождественская А. И., Гуревич Л. А., Виннер М. Г. Вопросы онкологии, 1962, т. 8, 5, стр. 104.
5. Розенштраух Л. С., Рождественская А. И. Доброкачественные опухоли легких. М., 1968.
6. Розенштраух Л. С., Шулаева З. А. Вестник рентгенологии и радиологии, 1966, 4, стр. 37.
7. Стручков В. И., Григорян А. В. Опухоли легких. М., 1964.
8. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки. Ереван, 1957.
9. Шаров Б. К., Непицуренко А. К., Наровлянская Л. И. Вопросы онкологии, 1965, 4, стр. 3.