

ISSN 0040-3660

• ТОМ LV •

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АРХИВ

• № 10 1983 •



МОСКВА
МЕДИЦИНА

Терапевт. архив, 1983, № 10, 1—160

А. Н. Коньков

МЕЗОТЕЛИОМА БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У БОЛЬНОГО С ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Кафедра гражданской обороны Херсонского педагогического
института им. Н. К. Крупской

Мезотелиома относится к числу наиболее редких злокачественных опухолей человека. Развиваясь первично из клеток серозных оболочек, она может поражать плевру, перикард, брюшину, сальник. Ее называют также целотелиомой, эндотелиомой, эндотелиальным раком, саркомой из покровных клеток. Такое разнообразие терминов отражает различный подход к вопросу о гистогенезе мезотелиомы.

Как показали исследования В.С. Желтикова, возникновение мезотелиомы часто связано с продуктивным воспалением серозных оболочек. Зачатком опухоли, вероятно, служит атипически пролиферирующий мезотелий – потомок целомического эпителия. Основными признаками, которые позволяют идентифицировать мезотелиому при гистологическом исследовании, являются неустойчивая комплексация ее ткани, клеточный полиморфизм, склонность клеток к вакуолизации протоплазмы и тесная связь комплексов с соединительной тканью (В.С. Желтиков). Макроскопически для мезотелиомы характерны два основных типа роста: пластовой и массивный (солидный).

Анализ данных литературы свидетельствует об отсутствии единого мнения относительно возможности прорастания мезотелиомы в другие органы. Так, И. Н. Григович описывает случай мезотелиомы большого сальника с прорастанием опухоли в стенку желудка. И. И. Коцер отстаивает другую точку зрения, согласно которой для мезотелиом сальника характерны быстрая диссеминация по брюшине, развитие асцита и отсутствие прорастания опухолевых узлов в толщу органов, покрытых брюшиной.

Мезотелиома способна поражать людей различных возрастных групп. О. М. Сулятицкий и Я. М. Сулятицька наблюдали мезотелиому брюшины у мальчика 2 ½ лет, И. Н. Григорович – мезотелиому большого сальника у девочки 14 лет, а И. И. Коцер – аналогичное заболевание у женщины 55 лет. В описанных В. С. Желтиковым 8 случаях мезотелиомы плевры, брюшины и сальника возраст больных колебался от 11 до 57 лет. Преимущественного поражения лиц мужского или женского пола мезотелиомой не отмечено.

Среди мезотелиом особенно редко встречается мезотелиома сальника. Вероятно, сальнику присущ в какой-то мере противоопухолевой иммунитет (Ю. А. Ратнер и Б. К. Дружков).

Клиническая картина мезотелиом характеризуется отсутствием патогномичной симптоматики. В частности, при мезотелиомах, исходящих из брюшины, отмечают лишь неопределенные боли в животе, его увеличение и диспепсические расстройства. Нередко ввиду интенсивности

указанных симптомов может быть ошибочно диагностирован «острый живот». При мезотелиоме сальника возможна ошибочная диагностика кишечной непроходимости, острого аппендицита, кисты яичника и поджелудочной железы (Ю. К. Черненко). Мы наблюдали больного, у которого мезотелиома большого сальника возникла на фоне постнекротического цирроза печени и была ошибочно принята за первичный рак печени.

Приводим наше наблюдение.

Больной Л., 55 лет, инвалид I группы, поступил в терапевтическое отделение 23/XI 1981 г. с жалобами на резкую слабость, похудение, увеличение живота и боли в нем. Перенес болезнь Боткина в 1969 г. В результате неоднократных стационарных обследований в терапевтических отделениях и онкологическом диспансере установлен диагноз: постнекротический цирроз печени, гепатоцеллюлярная недостаточность, прогрессирующее течение; асцит; варикозное расширение вен пищевода.

Медикаментозное лечение (глюкоза, витамины В₆, В₁₂, С, преднизолол, лазикс, хлорид калия, переливание плазмы и крови) давало кратковременный положительный эффект лишь на период проведения терапии.

При поступлении в отделение состояние тяжелое. Больной истощен. Кожные покровы слегка иктеричны. На груди и верхней части спины единичные сосудистые «звездочки». На коже передней брюшной стенки выражена коллатеральная сеть сосудов. Голени и стопы пастозны. Печень увеличена (край ее пальпируется на 7 см ниже края дуги), плотная, болезненная. Селезенку из-за асцита определить не удается.

Анализ крови от 24/XI: эр. $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Hb 124 г/л, л. $5,2 \cdot 10^9/л$, п. 2 %, с. 70%, лимф. 25%, мон. 3%; СОЭ 5 мм в час.

Общий белок крови 50 г/л, альбумины 0,42 %, глобулины 0,58 % (α_1 0,04%, α_2 0,13%, β 0,18%, γ 0,23%). Билирубин сыворотки 32 мкмоль/л.

Исследование асцитической жидкости: цвет соломенно-желтый, мутноватая, вязкая; реакция Ривальта положительная (+); белок 49,5 г/л. Микроскопическое исследование: эритроциты 3–8 в поле зрения, лейкоциты – 6–20 в поле зрения (преобладают лимфоциты); атипических клеток не обнаружено.

Лечение: витамин В₁₅, фолиевая кислота, гипотиазид, фуросемид, оротат калия; периодическая пункция брюшной полости с выпуском асцитической жидкости. Однако состояние больного прогрессивно ухудшалось. Боли в животе стали нестерпимыми и еще более усиливались, даже при поверхностной пальпации. Это потребовало включения в терапию наркотических анальгетиков. Температура тела приобрела субфебрильный характер с колебаниями от 37 до 37,8°C. Отмечено ухудшение лабораторных показателей. В анализе крови от 29/XI: Hb 110 г/л; СОЭ 45 мм в час. Билирубин сыворотки крови 36 мкмоль/л. Анализ мочи: удельный вес 1015, белок 0,033 г/л, эритроциты 0–2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 0–1 в поле зрения.

Ухудшившиеся клиническое состояние больного и лабораторные показатели поставили под сомнение прежний диагноз цирроза печени. От проведения лапароскопии больной отказался. Тем не менее, на основании имевшихся клинических данных было сделано заключение о трансформации цирроза в первичный рак печени.

Вскоре при явлениях прогрессирующей кахексии, анемии и нарастающей слабости больной умер.

Клинический диагноз: постнекротический цирроз печени с исходом в первичный рак печени; метастазы по брюшине; асцит; варикозное расширение вен пищевода.

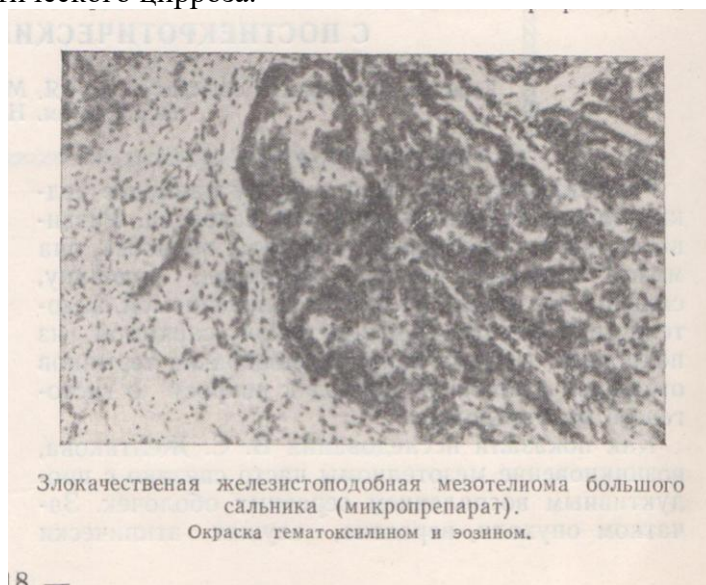
Вскрытие: вены пищевода извиты и варикозно расширены. В брюшной полости около 5 л светло-желтой желеобразной жидкости. В большом сальнике нечетко ограниченная плотная серовато-желтая опухоль размером 10 X 5 см. Опухолью поражены

также все отделы тонкого и толстый кишечник. Опухоль имеет множество щелей и кистозных полостей, заполненных желеобразной жидкостью. Многочисленные опухолевые узлы разрознены в диаметре до 4 см видны также и в диафрагме.

Поверхность печени зернистая. На разрезе печеночная ткань бледно-коричневая, дистрофичная.

Селезенка увеличена в размерах, на разрезе дает обильный соскоб пульпы.

Микроскопическое исследование: в гистологических препаратах, приготовленных из предполагаемого первичного опухолевого узла в большом сальнике, на фоне развитой волокнистой стромы в ее щелях располагаются пласты полиморфных эпителиальных клеток. Строение ткани можно сравнить с железистыми атипичными разрастаниями мезотелия (см. рисунок). В метастатических узлах стромы несколько меньше. Признаков прорастания опухоли в подлежащую мышечную ткань не обнаружено. При микроскопическом исследовании препаратов ткани идентифицирована гистологическая картина постнекротического цирроза.



Патологоанатомический диагноз: злокачественная железистоподобная мезотелиома большого сальника с множественными метастазами в кишечник и диафрагму; постнекротический цирроз печени; асцит; варикозное расширение вен пищевода.

Таким образом, в описанном случае имела место ошибочная прижизненная диагностика, что во многом объясняется отсутствием данных инструментального обследования больного (отказ его от проведения лапароскопии).

Смерть больного наступила, очевидно, в результате диссеминации опухоли, что клинически проявилось в нарастании кахексии, анемии, усилении признаков интоксикации. На быстроту нарастания указанных симптомов, несомненно, оказало влияние сопутствующее заболевание – постнекротический цирроз печени. Патологоанатомическое исследование подтвердило данные некоторых авторов об отсутствии прорастания мезотелиомы в органы, покрытые брюшиной.

ЛИТЕРАТУРА

Григович И. Н. – Вопр. охр. мат., 1974, № 9, с. 88-90.

Желтиков В. С. – В кн.: Всесоюзное науч. о-во патологоанатомов. Пермское отделение. Сборник трудов. Пермь, 1961, с. 10-18.

Коцкер И. И. – Клин. хир., 1969, № 4, с. 77-78.

Ратнер Ю. А., Дружков Б. К. – В кн.: Ошибки при распознавании и осложнения при лечении опухолей груди и живота. Казань, 1975, с. 182-185.

Сулятицкий О. М., Сулятицька Я. М. Педиат., акуш. і гін., 1980, с. 31-31.

Черненко Ю. К. – В кн.: Владивостокский мед. ин-т. Науч. конф. 9-я. Тезисы. Владивосток, 1971, с. 167-168.

Поступила 24.01.83

GREATER OMENTUM MESOTELIOMA IN A MALE PATIENT WITH POSTNECRITIC LIVER CORROSION

A.N. Konkov

S u m m a r y

Mesothelioma in a patient aged 55 years is described. The illness was marked by association of malignant tumor with postnecrotic liver cirrhosis. Clinical diagnosis appeared to be erroneous: greater omentum mesothelioma was taken for primary liver carcinoma. Diagnostic error was consequent in many respects on the patient's refusal to undergo laparoscopy. The death was evidently caused by tumor dissemination accompanied by the increment of cachexia, anemia and enhancement of intoxication. Morbid anatomy examination confirmed the opinion about the absence of mesothelioma metastasis to the organs covered with the peritoneum.