

**023. МЕЗОТЕЛИОМА ПЛЕВРЫ.  
MESOTHELIOMA OF PLEURA.**

**Чапленко С.В.** – врач-терапевт

**Хусаинова Л.К.** – начальник терапевтического отделения №1, Поликлиника МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия

**S. V. Chaplenko, L. K. Husainova, S. A. Yakimec**

**Реферат.** Статья посвящена редкому случаю мезотелиомы плевры. Представлено описание клинической картины, течения, комплекс лечебных и диагностических мероприятий при ЗМП.

**Ключевые слова:** мезотелиома плевры.

Polyclinic Medico-Sanitary Unit of Ministry of Affair of Republic of Tatarstan, Kazan

**Abstract:** the article is devoted to the rare case of mesothelioma of the pleura. The description of the clinical picture, current, a complex of the therapeutic and diagnostic activities in malignant mesothelioma of pleura are presented.

Key words: mesothelioma of pleura.

Мезотелиома плевры – редкое злокачественное новообразование. В среднем, у мужчин

заболеваемость составляет 15-20 случаев на 1 млн., а среди женщин – 3 случая на 1 млн.

Основным этиологическим фактором развития ЗМП является контакт с асбестом. Узкие прямые волокна асбеста достаточно легко проникают по лимфатическим сосудам в легочную паренхиму и субплевральное пространство. Различают 3 формы ЗМП – диффузную, узловую и смешанную. Чаще встречается наиболее злокачественная – диффузная форма. Она рано поражает значительные участки париетальной и висцеральной плевры, что ведет к блокаде плевральных лимфатических путей и возникновению выпота в плевральную полость. Метастазирование в основном лимфогенное, причем метастазы обнаруживаются не только в регионарные, но и в надключичные, забрюшинные и другие лимфатические узлы. Для диагностики представляет ценность цитологическое исследование плеврального выпота. В пунктате выявляются клетки злокачественной опухоли мезотелиальной природы. Диффузная МП уже в ранних стадиях сопровождается выпотным плевритом. Больные обычно лечатся без уточнения генеза плеврита. Примерно 50% больных МП отмечают боли внизу грудной клетки на боковой или задней поверхности. Многие больные жалуются на одышку, кашель, потливость, слабость, похудание и повышение температуры. Ранние симптомы мезотелиомы не являются специфическими. Они нередко игнорируются больными или принимаются за проявление обычных неопухолевых заболеваний. У большинства больных МП симптомы появляются за 2-3 месяца до выявления опухоли. У ряда больных симптомы могут сохраняться в течение шести и более месяцев.

Больной Т., 34 г. обратился в поликлинику МСЧ МВД по РТ 11.01.07г. с жалобами на тупые боли в правой половине грудной клетки, кашель со скудной слизистой мокротой, повышенную утомляемость, потливость. Считал себя больным 4 месяца, когда впервые появились боли в грудной клетке справа, слабость и редкий кашель. При объективном исследовании правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, дыхание не прослушивается, перкуторно - тупость. На прямой рентгенограмме легких – интенсивное гомогенное затемнение справа, на боковом снимке – затемнение с верхним горизонтальным уровнем. В этот же день больной был направлен в РПТД с диагнозом: экссудативный плеврит справа неясной этиологии. Проведены обследования: общий анализ крови:  $Eg - 5,2 \cdot 10^{12}/л$ ;  $L - 9,3 \cdot 10^9 /л$ ;  $Hb 150 г/л$ ;  $COЭ 21 мм/ч$ .; общий анализ мочи – без особенностей; анализ мокроты – КУМ отр.; анализ промывных вод бронхов – КУМ отр.; инактивация ГИНК – 158,63мг/сут – слабый инактиватор ГИНК; плевральная жидкость от 12.01.07г. - 740мл, кровянистая, после центрифугирования- соломенно-желтая, мутная, уд.вес – 1014, пр. Ривольта (+), белок 44,9 г/л, цитоз  $20,3 \cdot 10^9 /л$ , нейтрофилы 4%, лимфоциты 9%. Плевральная жидкость от 15.01.07г.-710 мл,

кровянистая, опалесцирует, после центрифугирования – желтая, мутная, уд. вес 1015, пр. Ривольта (+). Рентгенологически от 16.01.07г. легкие справа – определяется понижение пневматизации средне-нижних легочных полей за счет плеврального выпота с затеканием в междолевые плевральные щели. Правый корень резко расширен за счет увеличенных трахеобронхиальных и бронхопульмональных групп лимфоузлов. Средняя доля резко уменьшена в объеме. Томографически – ампутация средне- долевого бронха.

18.01.07г. больной был переведен в РОД с диагнозом: Злокачественная лимфома, осложненная экссудативным плевритом справа. Произведена биопсия увеличенных лимфоузлов справа – метастазы мезотелиомы. Произведена экономная торакотомия 29.01.07г., биопсия опухоли средостения, плевродез, 2 курса ПХТ по схеме. Гистология – Т-лимфобластная лимфома II Б с поражением лимфоузлов средостения. 09.12.07г. больной скончался.

#### **Выводы:**

1. Безусловно, диагноз ЗМП затруднен, так как ее клинические проявления неспецифичны и зависят от распространенности опухоли и локализации процесса;
2. Последние годы ЗМП, считавшаяся когда-то редким заболеванием, диагностируется гораздо чаще. Это обусловлено, главным образом, улучшением диагностики;
3. Во всех случаях экссудативного плеврита, особенно у больных среднего и пожилого возраста, когда наблюдаются боли в грудной клетке и имеется затрудненное дыхание, следует иметь в виду злокачественную мезотелиому.

#### **Список литературы:**

1. Бычков М.Б., Большакова С.А., Бычков Ю.М. Мезотелиома плевры: современная тактика лечения // Современная онкология.-2005. – т. 7. - №3.
2. Григоруг О.Г., Лазарев А.Ф., Фролова Т.С. и др. Мезотелиома плевры// проблемы клинической медицины. – 2005. - №1. – с.68-74
3. непомнящая Е.М., Босенко С.Ж.-П. злокачественные мезотелиомы плевры// Пульмонология. – 2001. – 31. – С.65-68
4. Садовников А.А., Панченко К.И. Мезотелиомы плевры// грудная и сердечно-сосудистая хирургия . – 1998.- №4. – с.48-54
5. Никитин В.Н. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении опухолей плевры// Автореф. канд. дисс. – 2002. – Казань. – 27 с.

#### **024. ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ (описание клинического случая) ESHINOCOCCUS OF LUNGS**

**Р.Р. Ягфарова**-врач терапевтического отделения, МСЧ МВД по РТ

**О.Н. Сигитова**- д.м.н., профессор, зав. кафедрой ОВП КГМУ

**С.Р. Шангараева**-ординатор общей врачебной практики КГМУ