

задней черепной ямки, так и из образований, заложенных в начальном отделе позвоночного канала. Они встречаются преимущественно у больных в возрасте 20—50 лет, чаще у женщин. Клиническая картина может быть разнообразной в зависимости от направления роста опухоли. Диагностика в отдельных случаях представляет значительные затруднения.

Ошибки в диагностике характера процесса, а также локализации его допущены у 7 больных с опухолями задней черепной ямки. У 2 больных с опухолями ствола мозга, ввиду остро начавшегося заболевания, сопровождающегося лихорадкой, был определен менинго-энцефалит и субарахноидальное кровоизлияние, у 2 больных с опухолью мозжечка и мосто-мозжечкового угла при первичной госпитализации в начале заболевания был диагностирован рассеянный склероз и вестибулопатия, у больной с мультиформной глиобластомой ствола диагностировали вначале полиомиелит. У двух больных с опухолью моста и мозжечка ошибочно считали, что опухоль расположена в лобной области.

Затруднения в диагностике в некоторых случаях были связаны с изменениями в периферической крови: ускоренная РОЭ была у 5 больных и лейкоцитоз (до 16 000) — у 3, моноцитопения была у 6 больных.

Несмотря на то, что клиника опухолей задней черепной ямки достаточно изучена, все же возникают затруднения в дифференциальной диагностике между опухолью и воспалительным или сосудистым процессом в связи с острым началом и лихорадочным состоянием или в связи с длительными ремиссиями и обратным развитием ряда симптомов, а также ввиду наличия воспалительных изменений в спинномозговой жидкости и в периферической крови, в особенности когда они сочетаются с менингеальными знаками, которые бывают при опухолях головного мозга относительно часто (по И. Я. Раздольскому, в 14%).

Топическая диагностика опухолей задней черепной ямки бывает затруднена и при наличии фокальных припадков, изменений психики, а также в связи с тем, что до сих пор не все ясно в дифференциальной диагностике первичных и вторичных дислокационных ствольных симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашев-Константиновский А. Л. Невропат. и псих., 1964, 1. — 2. Ананьев Г. В. *Вопр. нейрохир.*, 1963, 6 — 3. Бакунц И. X. *Врач. дело*, 1959, 11. — 4. Благоевещенская Н. С. *Слуховые и вестибулярные нарушения в клинике опухолей задней черепной ямки*. Автореф. канд. дисс., М., 1959. — 5. Гринберг С. А. *Казанский мед. ж.*, 1962, 2. — 6. Дубнов Б. Л. *Вопр. нейрохир.*, 1961, 2. — 7. Духин А. Л. Там же, 1959, 1. — 8. Дьячков В. Г. *Невропат. и псих.*, 1962, 4. — 9. Земская А. Г. Там же, 1958, 7. — 10. Ковалев Е. Н. Там же, 1963, 5. — 11. Минц П. П. *Тр. клиники нервных болезней и нейрохирургии*, Свердловск, 1938. — 12. Попов Н. А. *Вопр. нейрохир.*, 1953, 4. — 13. Попырева-Горелышева М. В. *Клинико-морфологические сопоставления при некоторых опухолях мозжечка и IV желудочка*. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1959. — 14. Раздольский И. Я. *Опухоли головного мозга*. Медгиз, М., 1954, 1. — 15. Рубанович А. А. *Вопр. клин. невропат.* Сб. Воронежского мед. ин-та, 1949. — 16. Тайцлин В. И. *Опухоли района III желудочка головного мозга*. Автореф. канд. дисс., Донецк, 1959. — 17. Хилкова Т. А. *Невропат. и псих.*, 1958, 7. — 18. Шияновский А. Я. *Вопр. нейрохир.*, 1961, 2.

УДК 616—07—616.74—006

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Е. А. Чехарина

Второе хирургическое отделение (зав. — чл.-кор. АМН СССР проф. А. И. Раков)
Института онкологии АМН СССР (Ленинград)

Диагностика злокачественных опухолей мягких тканей нередко сопряжена со значительными трудностями. Отдаленные результаты лечения больных этими новообразованиями оставляют желать лучшего. По материалам Института онкологии АМН СССР количество больных злокачественными опухолями мягких тканей с пятилетней продолжительностью жизни составило лишь 40,2% (Е. А. Чехарина, 1962).

Нами изучены истории болезни 150 чел., поступивших в Институт онкологии с диагнозом опухоли мягких тканей за период с 1935 по 1962 г. включительно. У 133 больных оказалась злокачественная опухоль, у 4 — доброкачественная и у 13 — неопухолевые заболевания мягких тканей. У 88 больных (из 133) были злокачественные опухоли конечностей. Новообразования были первичными; окончательный диагноз подтвержден гистологическим исследованием.

Так же, как и при раке, ранний диагноз саркомы мягких тканей в значительной мере зависит от своевременно возникшего подозрения.

Первым проявлением заболевания бывает уплотнение в мягких тканях, которое случайно обнаруживается или самим больным, или врачом. Так было у 98 наших больных. Только у 26 больных обнаружению опухоли предшествовали боли, а у 9 опухоль была обнаружена в связи с появлением боли.

Нередко врачи поликлиник рассматривают уплотнение в мягких тканях как воспалительный процесс и назначают физиотерапевтические процедуры, что и было у 30 наших больных, а 13 больным даже был произведен разрез; только отсутствие гноя и вид опухолевых тканей убеждали врача в допущенной им ошибке.

Следует подчеркнуть значение рентгенологического метода для диагностики злокачественных новообразований мягких тканей. Так, при расположении опухоли вблизи кости может наблюдаться вторичное ее поражение, что выявляется на рентгенограммах подобно периоститу (8 больных) или в виде узур (10 больных).

Использование более «мягких» снимков, чем при исследовании костной ткани, обычно позволяет получить дифференцированное изображение мягкотканного новообразования и более или менее точно определить его размеры.

Существенную помощь оказывает рентгенологическое исследование при проведении дифференциального диагноза с межмышечными липомами и оссифицирующим миозитом. Выявленные у 4 больных на «мягких» снимках участки повышенной прозрачности соответственно расположению опухоли подтвердили предположение клиницистов о наличии межмышечной липомы.

На фоне тени мягкотканного новообразования иногда видны вкрапления извести. Наличие петрификатов или оссификатов наблюдается главным образом в синовиальных саркомах (Кнутсон, Крейг и соавт., Т. П. Виноградова). На нашем материале участки обызвествления были при нейrogenной саркоме (у 2 больных), при фибросаркоме (у 2), рабдомиобластоме (у 2), при веретенчаточной бластоме, ангиоматозной опухоли пещяного гистогенеза и цитобластоме (по одному больному).

Значительные трудности могут встретиться при проведении дифференциального диагноза между оссифицирующим миозитом и внекостной оссифицирующей саркомой (Г. Фитен, К. Вильман).

За последние годы все более широкое применение в диагностике злокачественных опухолей мягких тканей приобретает метод ангиографии.

Наибольшие трудности для диагностики представляют недифференцированные бластомы (так наз. цитобластомы). Они отличаются быстрым ростом, отсутствием четких границ, нередко сопровождаются значительными болями, рано метастазируют в регионарные лимфатические узлы, что обуславливает развитие отека и венозного стаза во всей конечности. При этих опухолях довольно рано появляются общие симптомы в виде вечерних повышений температуры, ухудшения аппетита, слабости и похудания больного. Такие симптомы нередко служили поводом для предположения об остром воспалительном процессе или остеомиелите.

Поскольку микроскопическое исследование является единственным точным методом диагностики опухолей мягких тканей, существует почти полное единодушие авторов о необходимости производства биопсии перед началом лечения.

При небольших, хорошо ограниченных, поверхностно расположенных опухолях рекомендуется их полное иссечение в достаточно широких пределах (эксцизионная биопсия).

При опухолях значительных размеров получение материала для гистологического исследования может быть обеспечено либо пункционной, либо инцизионной биопсией. Однако при пункционной биопсии далеко не всегда удается получить опухолевую ткань и в достаточном количестве для суждения о характере процесса.

И. Т. Шевченко (1961) считает целесообразным всем больным с быстро растущими опухолями мягких тканей проводить предоперационную лучевую терапию, перед началом которой рекомендует делать пункционную биопсию.

В Институте онкологии АМН СССР пункционная биопсия при опухолях мягких тканей применяется редко, так как она оказывается непригодной для диагностики плотных опухолей (фибросаркома, десмоид, фиброма).

Пэк (1956) указывает, что в 15% сарком мягких тканей при пункционной биопсии не удалось получить материал, необходимый для гистологического исследования. Вряд ли кто-либо из клиницистов согласится отвергнуть диагноз злокачественной опухоли на основании отрицательных данных, полученных при пункционной биопсии (Кларк, Уолш, Шрек, 1958).

При изъязвленных опухолях биопсия производится из края язвы, что и было сделано нами у 4 больных.

Так как большинство больных имело новообразования значительных размеров, то для уточнения характера патологического процесса у 34 была произведена инцизионная биопсия в момент операции.

У всех 30 больных диагноз злокачественной опухоли мягких тканей, установленный при срочном гистологическом исследовании, был подтвержден на препаратах, залитых в парафин. Лишь у одного больного, у которого при срочном исследовании был диагностирован десмоид, оказалась дифференцированная фибросаркома. Такое несо-

ответствие диагноза не имело значения для выбора метода и объема вмешательства. У 4 больных был обнаружен неопухолевый процесс.

Клиническая оценка предварительной биопсии дана в работе Либермана и Экермана (1954), которые изучили состояние 39 больных с фибросаркоммами и липосаркоммами через 10 месяцев после первичного лечения. Из 27 больных, у которых биопсия не производилась, рецидивы обнаружены у 21 (78,8%). В то же время из 12 больных, оперированных после предварительной биопсии, рецидивы появились у 2 (16,6%). Обилие рецидивов в первой группе объясняется тем, что без биопсии не было возможности правильно определить природу новообразования, что и вело к нерадикальности первичного вмешательства.

Пренебрежение биопсией может послужить поводом и к гипердиагностике, последствия которой могут быть непоправимыми. Так, у одного из наших больных, имевшего в мягких тканях передней поверхности правого бедра уплотнение $32 \times 17 \times 10$ см, в другом учреждении ее приняли за саркому мягких тканей и предложили экзартикуляцию бедра. В Институте онкологии установили, что это опухоль — гранулема неясной природы, и иссекли ее.

Либерман и Экерман сообщили о 2 больных, которым была произведена ампутация конечностей. При последующем гистологическом исследовании у одного выявили фиброматоз, а у другого — десмоид. Оба эти заболевания не являются показанием для выполнения столь калечащих вмешательств.

Гоес (1953) на основании изучения течения 411 сарком мягких тканей установил, что пробная эксцизия, как и экстирпация опухоли не способствуют гематогенному метастазированию, если последующее лечение проведено правильно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т. П. *Арх. патол.*, 1958, 1.—2. Фитен Г., Вильман К. *Радиология-диагностика*, 1960, 1.—3. Чехарина Е. А. *Тез. докл. V республиканской конф. рентгенологов, радиологов и онкологов. Баку*, 1962.—4. Шевченко И. Т. *Новый хир. архив*. 1961, 2.

УДК 618.19—006—611—018.1

О ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т. Д. Шигарев

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В отношении ценности цитологического метода есть два противоположных мнения. Одни исследователи дают ему высокую оценку и не отмечают никаких осложнений в результате его применения (М. Г. Абрамов, М. З. Сигал, Н. Н. Шиллер-Волкова и К. А. Агамова, Фибелькорн, Папаниколау). По их данным, положительные результаты колеблются от 84 до 100%. Они же указывают, что при помощи этого метода возможна диагностика не только опухолей молочной железы, но и хронических специфических и неспецифических воспалительных поражений ее.

Другие исследователи дают низкую оценку этому методу (Н. Н. Петров, 1952; С. А. Холдин, 1962; Н. В. Герасимов, 1960; Дабска с соавт., 1963), считают его несовершенным и опасным ввиду возможности попадания опухолевых клеток во время пункции в кровяное русло, инфицирования, кровотечения, а также ускорения роста опухоли и метастазирования ее по каналу прокола. Они высказываются в пользу эксцизионной биопсии. Хагенсен (1957) считает этот метод ненадежным, особенно при небольших опухолях, и небезопасным ввиду возможности диссеминации.

Однако опыт показывает, что опасности пункционной биопсии при раке молочной железы несомненно преувеличены. М. Г. Абрамов (1948) справедливо считает, что хотя упомянутые осложнения и возможны, но они встречаются очень редко, даже реже, чем при обычных биопсиях.

Этот метод исследования применяется в нашей клинике с 1949 г. Мы приводим данные за 1963—1964 гг.

Пункцию мы производили тонкой иглой. Мазок фиксировали в смеси Никифорова в течение 30 мин., затем красили по методу Романовского — Гимза в течение 10—15 мин. При пункции выявляются дополнительные признаки, которые могут сыграть существенную роль в диагнозе. Таким признаком является ощущение «проваливания» и «хруста» при прохождении иглы через ткань злокачественной опухоли. При пункции же доброкачественных опухолей ощущается равномерное сопротивление тканей.

Мы пользовались следующими цитологическими признаками злокачественности клеточных элементов: увеличение размеров клетки; нарушение ядерно-цитоплазматического соотношения за счет увеличения размеров ядра; многоядерность клеток; поли-