

3. Булкина З. П. Противоопухолевые препараты. Справочник. Киев, «Наукова думка», 1978.
4. Волкова М. А. Амбулаторное лечение и диспансеризация больных хроническими лейкозами. М., Медицина, 1979.
5. Гершанович М. Л., Пайкин М. Д. Симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях. М., Медицина, 1980.
6. Кавецкий Р. Е. Реактивность организма и химиотерапия опухолей. Киев, «Наукова думка», 1975.
7. Клиническая онкология, т. 2. Под ред. Н. Н. Блохина и Б. Е. Петерсона. М., Медицина, 1979.
8. Лазарев Н. И. Гормонотерапия злокачественных опухолей. М., Медицина, 1968.
9. Ларионов Л. Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей. М., Медгиз, 1962.
10. Лекарственное лечение опухолевых заболеваний. Под ред. К. Шелли, Ш. Экхарта, Л. Немета. Будапешт, АН Венгрии, 1975.
11. Лекарственные препараты, применяемые при заболеваниях системы крови. Под ред. В. А. Чернова. М., Медицина, 1971.
12. Материалы конференции по опосредованному воздействию на опухолевый процесс. Под ред. Н. В. Лазарева. Л., 1963.
13. Матэ Ж. Активная иммунотерапия рака, иммунопрофилактика и иммунореабилитация. М., Медицина, 1980.
14. Неспецифическая лекарственная профилактика и терапия рака. Под ред. А. И. Сереброва и И. Ф. Греха. Л., Медицина, 1966.
15. Неспецифические стимуляторы реактивности организма и их применение в онкологии. Под ред. А. А. Стенгrevица. Рига, «Зинатне», 1977.
16. Переводчикова Н. И. Клиническая химиотерапия опухолевых заболеваний. М., Медицина, 1976.
17. Система создания противоопухолевых препаратов в СССР и США. Под ред. Н. Н. Блохина и Ч. Г. Зуброда. М., Медицина, 1977.
18. Химиотерапия злокачественных опухолей. Под ред. Н. Н. Блохина. М., Медицина, 1977.
19. Чернов В. А. Цитостатические вещества в химиотерапии злокачественных новообразований. М., Медицина, 1964.
20. Эндокринная терапия злокачественных опухолей. Под ред. Б. А. Столла. М., Медицина, 1976.

Поступила 14 декабря 1981 г.

УДК 616—006.6—089.8—076.5

ОПЕРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ОНКОХИРУРГИИ

М. З. Сигал, Г. Н. Хайрутдинова

Кафедра онкологии Казанского ГИДУВа (зав.—заслуж. деят. науки РСФСР проф. М. З. Сигал) и Республиканский онкологический диспансер ТАССР (главврач—заслуж. врач РСФСР и ТАССР А. К. Мухамедьярова)

Реферат. Изучена информативность срочных цитологических операционных исследований в различных областях онкохирургии. Подытожены данные этих исследований во время 773 операций, в том числе 424 лапаротомий, 195 торакотомий и 154 других хирургических вмешательств. Гистологический контроль подтвердил достоверность цитологических заключений в 93,9%. В 11 случаях несовпадения цитологических и гистологических заключений в последующем установлена достоверность цитологического диагноза. Данные пункционной биопсии различных объектов операционного поля рекомендуются включать в качестве критериев для решения вопросов о показаниях к операции, объеме и плане хирургического вмешательства.

Ключевые слова: операционная цитологическая диагностика, пункционная биопсия.

Библиография: 2 названия.

Целесообразность микроскопических исследований во время операций была осознана уже вскоре после того, как определилась диагностическая информативность морфологических картин тканей при различных патологических процессах. Среди различных способов забора материала для цитологических исследований большое значение в клинической диагностике получила методика пункционной биопсии.

Пункционная биопсия во время операций применяется в нашей клинике систематически с 1963 г., а с 1972 г. она стала предметом специального изучения при хирургических операциях в различных анатомических областях [2]. Методика пункционной биопсии, применяющаяся нами, исключает аспирацию, которая существенно ухудшает качество цитологических препаратов [1]. Никаких осложнений пункции мы не наблюдали.

Преимущественно объектами операционной цитологической диагностики являются органы и образования, которые недоступны для пункционной биопсии в клинике. Эти объекты исследования обнажают при лапаротомиях и торакотомиях. Другую группу патологических очагов представляют поражения поверхностных локализаций: молочных желез, мягких тканей, лимфатических узлов, щитовидной, слюнных желез,

кожи, костей. В этих случаях необходимость цитологической диагностики во время хирургической операции может возникнуть в отношении образований, не выявляемых клинически.

Мы располагаем данными 1610 пункционных биопсий, выполненных во время 773 операций: 424 лапаротомий, 195 торакотомий и 154 других вмешательств (64 на молочной железе, 30 в области шеи, 40 на образованиях опорно-двигательного аппарата и 20 прочих).

Отбор объектов для пункционной биопсии определялся задачами, возникающими на различных этапах операции. Учитывалась дооперационная диагностическая информация, результаты макровизуальных исследований во время операции — осмотра, пальпации, трансиллюминации. В одних случаях вопрос о природе процесса удавалось решить с помощью дооперационной биопсии, в других морфологически диагноз до операции не был установлен.

Сокращение продолжительности цитологического исследования может быть достигнуто путем ускорения отдельных его этапов: забора материала, высушивания препарата, фиксации, окраски и собственно микроскопического исследования.

Мы убедились в том, что все этапы экспресс-цитологического исследования должны осуществляться в пределах операционного блока. Благодаря этому хирургу обеспечивается возможность лично участвовать в просмотре препаратов, а цитолог получает непосредственную информацию о макровизуальной картине в операционном поле. Мы оборудовали в предоперационной цитологический блок.

Пункционная биопсия — манипуляция, включающая прокол тонкой иглой и выведение содержимого ее на предметное стерильное стекло. Забор материала тончайшими иглами без аспирации обеспечивает получение достаточных для исследований и вместе с тем тонких цитологических мазков. Высушивание их происходит в течение краткого времени перемещения препарата от хирурга к цитологу в операционной. Исключение фиксации препарата как самостоятельного приема, совмещение фиксации и окраски сокращает время изготовления препарата. Это достигается окраской по Лейшману (эозин метиленовый синий, растворенный в метаноле). Однако для получения качественного препарата мы погружаем его в дополнительные красители.

Для экспресс-цитологической диагностики имеют значение еще не достаточно используемые возможности сокращения времени контакта препарата с красителем. Методики и красители, рассчитанные на обработку препарата в течение 10—15 минут, непригодны. Из новых, ранее не применявшихся красителей эффективным для этих целей оказался катионный синий-0. 0,05% раствор этой краски готовят путем растворения в горячей нейтральной дистиллированной воде. Краска зреет 5—7 дней. Для срочных исследований 150 мл краски подогревают в водяной бане до 30°. Мазки фиксируют в краске Лейшмана 30 с, ополаскивают в дистиллированной воде и опускают в раствор катионного синего 0. Для прокрашивания тонких ровных мазков достаточно соприкосновения с краской до 30 с. Мы располагаем препаратами, окрашенными катионным синим несколько лет назад и сохранившими хорошую окраску клеточных элементов до настоящего времени.

Нами проведена пункционная биопсия со срочным цитологическим исследованием во время операции следующих органов и образований: желудка — в 43 случаях, кишечника — в 11, печени — в 128, поджелудочной железы — в 55, желчного пузыря и протоков — в 6, матки и яичников — в 15, забрюшинных опухолей — в 10, легких — в 94, пищевода — в 2, образований средостения — в 16, молочной железы — в 64, щитовидной железы — в 24, лимфатических узлов — в 1050, мягких тканей и костей — в 39, опухолей кожи, губы, языка — в 20, высыпаний на брюшине и плевре — в 33. Пункционная биопсия органов и тканей, в которых предполагался первичный очаг поражения, произведена в 332 случаях. Распространение рака выяснилось в 1278 исследованиях. Возможность непосредственного перехода процесса на смежные образования мы изучали цитологически в 50 исследованиях, исходное поражение лимфатических узлов — в 20, лимфогенные метастазы — в 1030, первичную патологию печени — в 2, метастазы в печень — в 126, первичное поражение легких — в 84, метастазы в легкие — в 10, первичное поражение поджелудочной железы — в 2, метастазы в нее — в 28, первичное поражение желудка — в 35, метастазы в стенку желудка — в 8 исследованиях. Цитологически рак распознан у 407 больных, саркома — у 22, злокачественная лимфома — у 7, доброкачественные опухоли — у 118, воспалительный процесс — у 32, туберкулез — у 10, эхинококк — у 3, гиперплазия регионарных лимфоузлов — у 164. У 10 больных пункция была неудачной: в мазках обнаруживалась только кровь.

Об информативности метода можно судить по следующим данным. Из 1610 цитологических заключений, сделанных во время хирургических операций, гистологиче-

скому контролю подвергнуты 233. Цитологическое заключение подтверждено гистологически в 219 случаях (93,9%).

Считаем интересным отметить, что в 11 из 14 наблюдений, в которых данные экспресс-цитологического и срочного гистологического исследований не совпали, в последующем достоверным оказалось не гистологическое, а цитологическое заключение.

С помощью срочных цитологических исследований определена возможность сокращения объема операции у 160 больных, установлена необходимость расширения ее у 104, констатирована неосуществимость радикальной операции из-за распространенности процесса у 336, отклонено предположение о распространенности и сделано заключение об операбельности у 109; в 64 случаях цитологическое заключение не повлияло на тактику хирурга. Для иллюстрации приведем 2 наблюдения.

1. У К., 58 лет, клинико-рентгенологически установлена язва антрального отдела желудка. Во время лапаротомии обнаружена язва задней стенки антрального отдела с валикообразными плотными краями. Произведена пункционная биопсия с краев язвы. Цитологически на фоне грануляционной ткани определяются железистые структуры из атипичных клеток призматического эпителия. Клеточная картина высокодифференцированной аденокарциномы (гранулирующий вариант). Выполнена гастрэктомия. Гистологически — аденокарцинома на фоне хронической язвы, местами гранулирующий рак.

2. Б., 37 лет, поступил в клинику по поводу опухоли переднего средостения. Рентгенологически предполагалось терато-дермоидное образование переднего средостения. Во время торакотомии обнаружена плотная бугристая опухоль переднего средостения 5×15 см, врастающая в перикард, в переднюю грудную стенку. Имеются опухолевые узлы в области дуги аорты. Произведена пункция опухоли. Данные цитологического исследования: среди лимфоидных элементов встречаются светлые опухолевые клетки крупных размеров с увеличенными ядрами и ядрышками. Имеются гигантские многоядерные клетки с крупнозернистой структурой хроматина и с крупными ядрышками, напоминающие клетки Березовского—Штернберга при лимфогранулематозе. Найдены тельца Гассала. Заключение: злокачественная тимома, гранулематозный вариант. Произведена биопсия опухоли. Срочное гистологическое исследование определило тимому. Указать степень злокачественности по замороженным срезам не удалось. Случай технически неоперабельный. Окончательное гистологическое исследование биопсийного кусочка подтвердило цитологическое заключение.

Внедрение в хирургическую практику экспресс-цитологического исследования способствует более точной операционной диагностике и выбору адекватных методов операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М. З. Клин. мед., 1955, 10. — 2. Хайрутдинова Г. Н. В кн.: Материалы V Республиканской онкологической конференции. Казань, изд-во Каз. ун-та, 1974.

Поступила 23 марта 1981 г.

УДК 616.5—006.311.03—018

КРИТЕРИИ АКТИВАЦИИ КОЖНЫХ ГЕАНГИОМ¹

А. А. Рызванов

Кафедра патологической анатомии (зав. — проф. В. А. Добрынин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Результаты морфогистохимических исследований биопсийного материала от 51 больного гемангиомами кожи различной локализации показали, что наиболее ранним и постоянным признаком активации сосудистых опухолей является накопление несulfатированных кислых гликозамингликанов, главным образом гиалуроновой кислоты, в стенках сосудов и стромы самой опухоли.

Ключевые слова: кожа, гемангиома, прогрессия опухоли.
Библиография: 4 названия.

Клинические данные (увеличение размеров опухоли, деструкция и т. п.), характеризующие, на первый взгляд, злокачественность гемангиом, не всегда достоверно и правильно отражают действительный характер их роста [4]. Резкое расширение

¹ Доложено на заседании Казанского научного общества патологоанатомов 24/XII 1980 г.