

подготовки была выполнена резекция гортани под эндотрахеальным наркозом после предварительного наложения трахеостомы с вырезанием окошечка в трахее. Операцию заканчивали тампонированием гортани по методу Микулича. Тампон удаляли из гортани через 3 дня. Ежедневно производили замену трахеоканюли. Питание больных осуществлялось через естественные пути без зонда.

Показатели гемокоагуляции определяли у всех больных до начала лечения, а у 18 больных — после резекции гортани на 2-е и 11—12-е сутки.

Результаты исследований состояния гемокоагуляции у больных с заболеваниями гортани представлены в таблице.

На 2-е и 11—12-е сутки после операции наблюдается существенное увеличение содержания фибриногена ($5,6 \pm 0,4$ г/л, до операции — $3,6 \pm 0,3$ г/л), угнетение фибринолитической активности крови (до операции — 237,9 \pm 18,0 мин, на 2-е сутки — 293,3 \pm 18,0 мин). Время свертывания крови существенно не меняется. Тенденция к гиперкоагуляции сохраняется более 11—12 дней после операции. Концентрация фибриногена остается высокой (5,9 г/л), фибринолитическая активность крови — угнетенной (288,0 \pm 17,0 мин). Ни у одного больного после операции не был обнаружен фибриноген Б; тромботест колебался в пределах нормы.

Как видно из данных таблицы, свертываемость крови у больных с доброкачественными опухолями гортани, гиперпластическими ларингитами в стадии обострения и раком гортани в начальных стадиях повышена по сравнению с показателями практически здоровых людей. Повышение свертываемости крови более выражено у больных с обострениями хронических гиперпластических ларингитов и раком гортани I и II стадий, что, по-видимому, обусловлено воспалением гортани.

Средние величины показателей гемокоагуляции у больных раком гортани I и II стадий существенно не отличаются от показателей свертываемости крови у больных с доброкачественными опухолями и гиперпластическими ларингитами.

После оперативного вмешательства на гортани наблюдается тенденция к гиперкоагуляции, которая выражается в гиперфибриногемии и угнетении фибринолиза, повышении толерантности плазмы к гепарину, что указывает на целесообразность проведения антикоагулянтной терапии в послеоперационном периоде под контролем коагулирующих свойств крови с целью профилактики тромбообразования.

УДК 616.33—006.363.03—006.325.03—005.1—089.87

В. И. Гусев, В. А. Мамистов (Куйбышев). Случай кровотечения из лейомиомы желудка

Доброкачественные опухоли желудка неэпителиальной природы относятся к редко встречающимся заболеваниям и не превышают 3,6—5% от общего числа новообразований этого органа. Лейомиома (опухоль из гладких мышечных волокон) встречается у каждого четвертого больного с неэпителиальной опухолью желудка. Редкость и отсутствие патогномичных симптомов делают это заболевание малоизвестным для практических врачей.

К., 31 года, поступила в терапевтическое отделение МСЧ № 4 г. Куйбышева 13/III 1981 г. с жалобами на умеренную боль в эпигастральной области, снижение аппетита, общую слабость, 4 месяца назад впервые после физической нагрузки почувствовала значительную слабость, обнаружила стул черного цвета. Участковым терапевтом проводилось энергичное лечение малокровия, однако улучшения не наступало. Через 3 мес вновь появилась резкая общая слабость и мелена, в связи с чем была госпитализирована.

При поступлении состояние больной было удовлетворительным. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Со стороны сердца и легких патологических изменений не найдено. При пальпации живота в проекции выходного отдела желудка определялось подвижное, мягкоэластической консистенции образование, размерами 5×6 см. Анализ крови: Нб—1,3 ммоль/л, эр.—2,7·10¹² в 1 л, цв. показатель—0,8. Рентгенологически выявлен дефект наполнения значительных размеров в пилороантральном отделе с обширным изъязвлением в центре (рис. 1).

Клинический диагноз: злокачественная опухоль желудка, осложненная желудочно-кишечным кровотечением.

Переведена в хирургическое отделение МСЧ № 4 19/III и после шестидневной предоперационной подготовки была прооперирована. При лапаротомии обнаружено ограниченное опухолевидное образование округлой формы (5×6 см) в выходном отделе желудка. Серозная оболочка над опухолью не изменена. При гастротомии выявлено обширное изъязвление в центре опухоли, растущей в просвет желудка. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Предположение о доброкачественной природе опухоли было наиболее вероятным. Выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера—Финстерера. Послеоперационное течение гладкое. На 14-й день после операции в хорошем состоянии выписана из стационара.

Макроскопически: на разрезе опухоль гомогенна, белесоватого цвета, капсула выражена отчетливо. Со стороны слизистой оболочки имеется глубокое (до 1,5 см) изъязвление размером 2,5×2 см (рис. 2).

При гистологическом исследовании удаленной опухоли обнаружена лейомиома

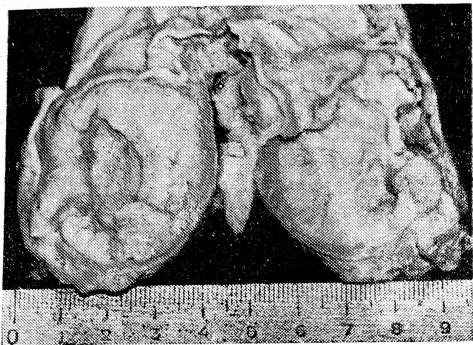


Рис. 1. Рентгенография желудка. Дефект наполнения в пилороантральном отделе желудка с изъязвлением в центре.

Рис. 2. Макропрепарат. Лейомиома желудка в капсуле с обширным изъязвлением.

желудка с участками обширного некроза и миксоматоза. В области краев изъязвления участков злокачественного перерождения не обнаружено.

В последующем проводились повторные клинические и рентгенологические обследования оперированной. Через 2 года после оперативного вмешательства патологических изменений не выявлено.

УДК 618.19—006.6—076.5

Л. Ф. Жандарова, М. И. Василенко, Л. Д. Баталина (Саратов). Цитодиагностика предопухолевых состояний и рака молочной железы

В работе представлены результаты цитологической диагностики у 2285 больных, леченных с 1970 по 1980 г. по поводу рака и доброкачественных новообразований молочной железы. Подавляющее число больных раком молочной железы были в возрасте от 40 до 60 лет, с фибroadеномой — от 15 до 30 лет, с узловой мастопатией — от 25 до 50 лет. Локализация опухолей как при раке, так и при доброкачественных заболеваниях была примерно одинаковой.

Пункции подвергли пальпируемые опухоли и опухолевидные образования в молочной железе. В ряде случаев пытались получить пунктаты при непальпируемых образованиях, ориентируясь на данные маммограммы. Производили цитологическое исследование выделений из соска, соскобов с эродированной или язвенной поверхности соска и околососковой зоны.

При получении точных данных о наличии злокачественной опухоли молочной железы методом пункционной биопсии разрабатывали конкретный план лечения. При подтверждении диагноза фиброзно-кистозной мастопатии, фибroadеномы, солитарной кисты и т. п. выполняли секторальную резекцию молочной железы. Во всех наблюдениях цитологические данные были сопоставлены с результатами срочного, а в последующем планового гистологического исследования. Цитологические заключения при доброкачественных заболеваниях молочной железы совпали с гистологическими данными в 99,7% случаев. Гипердиагностика имела место в 0,3%. Ее причинами были резко выраженная пролиферация с атипией отдельных клеток — тяжелая дисплазия, жировая дистрофия эпителия, что затрудняло трактовку препарата.

При раке молочной железы процент совпадения составлял 85,1%, а количество ложноотрицательных цитологических заключений — 14,9%. В большинстве случаев диагностические ошибки имели место при высокодифференцированных дольковых и скirrosных раках, весьма сходных по своему строению с элементами пролиферирующего эпителия.

При высокодифференцированной форме долькового рака опухолевые клетки в мазках несколько увеличены в размерах, однотипны или слабо полиморфны, с умеренно гипертрофированным ядром. Хроматин нежный, иногда видно ядрышко. Митозы редки. Клетки располагаются в виде небольших округлых комплексов. Отсутствие в указанных клетках выраженных признаков атипии затрудняет установление правильного диагноза.

При скirrosном раке в пунктате обнаруживаются мелкие клетки, образующие небольшие тяжи и структуры, при этом отмечаются полиморфизм и гиперхромия ядер. Границы клеток неровные, зубчатые. Могут присутствовать единичные фиброциты.

У 17 женщин диагноз рака молочной железы не был установлен цитологически и при срочном гистологическом исследовании и только при плановом изучении у них был диагностирован начальный рак в стенке кисты. Сложны для цитологической диагностики случаи, когда очаговые поражения молочной железы имеют небольшие (менее 1 см в диаметре) размеры (у 9) или не пальпируются (у 8). Затруднения в