



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 фиброно-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

трактовке цитологической картины имели место у 8 больных, в пунктатах которых не было получено полноценного клеточного материала, необходимого для исследования: в мазках встречались элементы крови, гистиоциты, клеточный детрит.

УДК 616.126.1—006.327—07

**В. Н. Леонова, В. Н. Ослопов, Н. С. Богданова, М. М. Куренева (Казань).
Случай фиброэластоза эндокарда у взрослых**

Кардиомиопатии, ранее считавшиеся редкими болезнями, в последнее время перестают быть казуистическими, что связано с развитием диагностической техники (в первую очередь эхокардиографии) и с истинным увеличением числа больных. Из трех разновидностей кардиомиопатии — застойной, гипертрофической и рестриктивной — последняя является наиболее редкой формой. Рестриктивная кардиомиопатия характеризуется развитием значительного утолщения, фиброзом эндокарда и миокарда, что затрудняет процесс расслабления сердца. Первичная рестриктивная кардиомиопатия, или фиброэластоз, проявляется, как правило, в первый год жизни. У взрослых он встречается крайне редко.

Диагностика заболевания представляет значительные трудности, особенно у взрослых. При наличии признаков сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма проводят дифференциальную диагностику с пороками ревматического происхождения, гипертонической болезнью, атеросклеротическим кардиосклерозом (если заболевание проявляется в пожилом возрасте), неспецифическим миокардитом, другими вариантами кардиомиопатий, первичной легочной гипертензией. У детей фиброэластоз дифференцируют с врожденными пороками сердца, гликогенозом. Нередко правильный диагноз можно установить лишь с помощью диагностической биопсии миокарда.

Нам удалось при жизни больного диагностировать кардиомиопатию, подтвержденную на секции. Х., 35 лет, на протяжении многих лет находился под наблюдением в различных лечебных учреждениях города по поводу проявлений сердечной недостаточности. При этом ставили диагнозы: ревматизм, алкогольная миокардиодистрофия, миокардиопатия, хотя точных данных, подтверждающих кардиологическое заболевание, не было.

В нашу клинику больной поступил в декабре 1982 г. с признаками тотальной сердечной недостаточности. При объективном обследовании выявлены расширение границ сердца влево на 3 см, глухость сердечных тонов, систолический шум на верхушке, в точке Боткина—Эрба, на мечевидном отростке; увеличение печени, которая выступила из-под правого подреберья на 6 см, отеки на нижних конечностях.

Общий анализ крови: Hb—1,7 ммоль/л, эр.— $4,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л, л.— $5,5 \cdot 10^9$ в 1 л, э.—2%, п.—4%, с.—62%, мон.—7%, лимф.—25%.

Биохимический анализ крови без отклонений.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, реакция кислая, отн. плотность—1,017, белок—40 мг/л, лейкоциты—единичные в поле зрения, плоский эпителий—единичный в поле зрения.

На ЭКГ: синусовая тахикардия—100 уд. в 1 мин. Единичные желудочковые экстрасистолы. Отклонение электрической оси вправо. Гипертрофия обоих предсердий и правого желудочка. На ФКГ: на всех точках снижена амплитуда тонов, которая не увеличивается после нагрузки. Систолический шум на верхушке и над мечевидным отростком (в проекции трехстворчатого клапана). В этих точках шум усиливается на вдохе и после нагрузки. На эхокардиограмме (отечественный аппарат «УЗКАР-3») в стандартных позициях обнаружено, что в I позиции размеры аорты и левого предсердия равны между собой и составляют 2,5—2,7 см, что близко к норме. Отражения от передней и задней стенок аорты достаточно тонкие, визуализируется аортальный клапан, амплитуда открытия его несколько снижена. Движения корня аорты гиподинамичны. Здесь же прослеживается выносящий тракт правого желудочка, что в норме встречается нечасто, особенно при работе с аппаратом «УЗКАР», у которого отсутствует регулировка ближнего и дальнего полей. Во II стандартной позиции хорошо лоцируется митральный клапан. Форма движения передней и задней створок соответствует нормальным, однако амплитуда раскрытия митрального клапана резко уменьшена. В систолу движения митрального клапана без особенностей. В III позиции—значительное расширение полости левого желудочка. Конечный диастолический размер—7 см (в норме—4,5 см), конечный систолический—5,5 см (в норме—3,5 см). Движения перегородки кон- и дискордантны движениям задней стенки левого желудочка, что соответствует норме. Значительна гипокинезия задней стенки левого желудочка, уменьшены амплитуда движений и скорость сокращения и расслабления задней стенки. Над межжелудочковой перегородкой виден правый желудочек. Полость его слегка увеличена, трехстворчатый клапан не визуализируется. Клинические и эхокардиографические данные позволили поставить диагноз застойной кардиомиопатии. Нельзя исключить очаговых изменений на задней стенке.

Больной получал сердечные гликозиды, препараты калия, диуретики. На фоне этой терапии выраженность симптомов сердечной недостаточности уменьшилась, наступило некоторое улучшение состояния, но через 10 дней после поступления больного в стационар развилась инфаркт-пневмония правого легкого, которая была расценена как проявление тромбэмболического синдрома. При адекватной терапии симп-