

После воздействия на ткань спайки (in vitro) лидазой наблюдалось уменьшение, а в некоторых случаях полное исчезновение метакромазии в срезах при последующей окраске этих срезов толуидиновым синим. Через 24 часа инкубации отмечалось заметное снижение метакромазии в срезах. После 48 часов инкубации метакромазия резко снижалась, а в некоторых случаях исчезала полностью. Уменьшение и полное исчезновение метакромазии в срезах спаек человека при воздействии на них лидазой подтверждает специфичность действия фермента на кислые мукополисахариды, находящиеся в спайках брюшной полости.

Для проверки полученных данных нами проводились контрольные исследования, подтверждающие специфичность действия гиалуронидазного препарата лидазы на субстрат КМ.

Исследования основывались на свойстве тучных клеток, в отличие от гиалуроновой кислоты, сохранять способность к метакромазии, несмотря на воздействие на них гиалуронидазой. Это связано с особенностью химического состава тучных клеток, гепариноцитов, содержащих главным образом гепарин.

Г. Г. Непряхин (1956) нашел, что у человека тучные клетки обнаруживаются всюду, где есть соединительная ткань.

Наши наблюдения проводились следующим образом: срезы тканей, в которых находились тучные клетки (печень собаки, подкожная жировая клетчатка и др.), инкубировались в лидазе, растворенной в ацетатном буфере (рН 5,5) точно по той же методике, что и срезы спаек.

В срезах спаек после их инкубирования в растворе лидазы способность к метакромазии от толуидинового синего заметно уменьшалась или полностью исчезала. Тучные клетки в срезах спаек и особенно в срезах печени собаки даже после 48-часовой инкубации в растворе лидазы сохраняли почти прежнюю способность к метакромазии.

Проведенные нами наблюдения позволяют думать о возможном воздействии гиалуронидазных препаратов на ход послеоперационного заживления и, в частности, на предупреждение развития грубого спаечного процесса брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елисеев В. Г. Соединительная ткань. Медгиз, М., 1961.—2. Касавина Б. С. и Музыкант Л. И. ДАН СССР, 1958, 1.—3. Непряхин Г. Г. Арх. патол. 1956, 1.—4. Уманский Э. Е. и Самарова В. А. ДАН СССР, 1953, 2.—5. Шинкаренко И. Н. Контрактура Дюпюитрена пальцев кисти и ее лечение с применением гиалуронидазных препаратов. Автореф. канд. дисс. М., 1961.—6. Gersch, Catchpole. Am. J. Anat. 1949, 35, 3.—7. Holzinger. Acta Morph. Acad. Sc. Hung. 1955, 5, 1—2.—8. Jackson. Nature. 1954, 173, 950.—9. Iorpes, Holmgren, Wilander. Ztschr. f. micr. anat. Forsch. 1937, 42.—10. Montagna, Nobaek. Science. 1947, 19.—11. Pearse. Гистохимия М., 1962.

Поступила 19 ноября 1963 г.

УДК 616-007.64-616.329-616-073.75 ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ КИМОГРАФИИ

А. Ф. Адриановский

Вторая кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Д. Е. Гольдштейн)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вследствие успешного развития грудной хирургии вопрос о функциональной диагностике дивертикулов пищевода приобретает важное практическое значение.

Из 11463 рентгенологических исследований выявлено 173 больных с дивертикулами пищевода со следующими осложнениями: воспаление дивертикула, полипы или язвы в нем, раковое поражение его.

Если, несмотря на тщательное и методически правильно проведенное исследование, функциональное состояние стенки пищевода в измененном участке остается все же неясным, следует прибегать к кимографическому исследованию.

Наблюдаются движения стенок пищевода при прохождении пищи (сокращения веретенообразного типа), при перистальтических его сокращениях (характера отшнуровывания). Кроме того, на рентгенокимограмме получается отображение движений стенок пищевода, возникающих за счет передаточной пульсации от сердечно-сосудистого пучка, а также за счет передачи дыхательных и фонаторных движений.

Мы применяли метод рентгенокимографии для исследования функционального и морфологического состояния дивертикула у 22 больных.

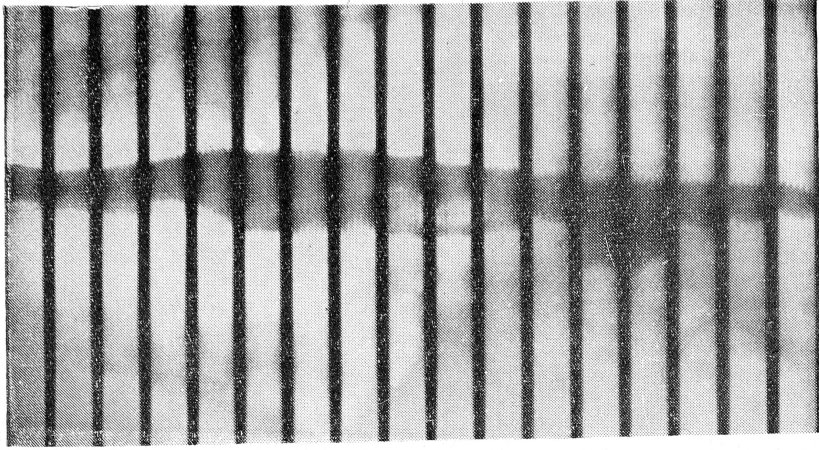


Рис. 3. Зубцы передаточной пульсации на передней стенке дивертикула отсутствуют (инфильтрация стенок).

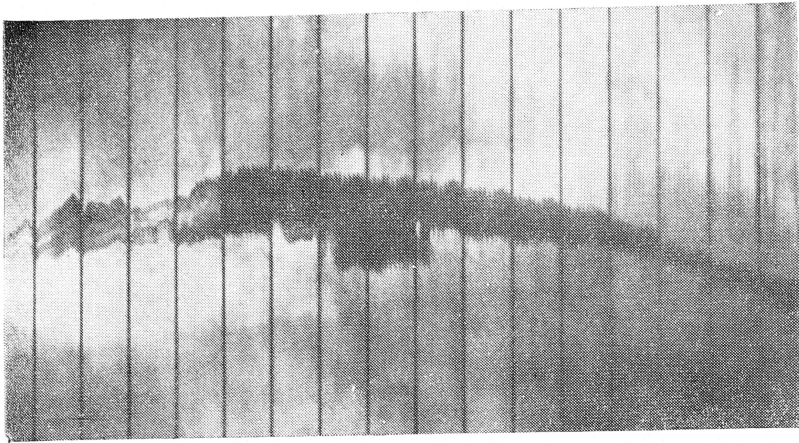


Рис. 2. На стенках дивертикула определяется нормальная зубчатость за счет перистальтики стенок и передаточной пульсации.

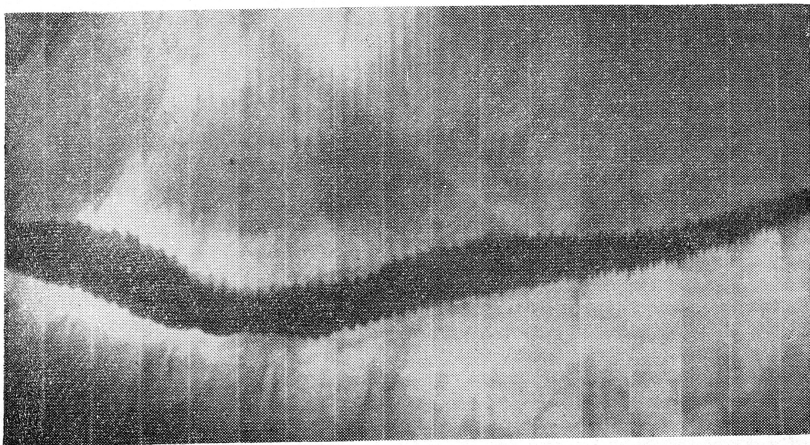


Рис. 1. На стенках пищевода видна равномерная, четкая зубчатость за счет передаточной пульсации.

Изменения характера зубцов (уменьшение высоты их, ширины и количества), а иногда и полное их отсутствие давало нам повод предположить наличие дивертикулита, что обычно соответствовало клиническим данным.

Необходимо отметить, что при этом исследовании картину, сходную с воспалительной инфильтрацией, может дать и начальная фаза раковой инфильтрации. Для уточнения диагностики необходимо применение дополнительных исследований (например, эзофагоскопии с биопсией).

Для иллюстрации приводим рентгенокимограммы нормального пищевода, неизмененных стенок дивертикула пищевода и воспаленных стенок (рис. 1, 2, 3).

Своевременное обнаружение воспалительного процесса в дивертикуле дает возможность ориентироваться в вопросе назначения соответствующего лечения для предупреждения возможных более серьезных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаляхин А. А. Клин. мед. 1954, 8. — 2. Гольст Л. Л. и Неворожкин И. П. Тер. арх. 1940, 1.

Поступила 26 июня 1964 г.

УДК 616.62—616—006.6

О ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

О. П. Ионова и В. Е. Савельев

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Как известно, раковые клетки не имеют специфических морфологических признаков, поэтому в основу цитологической диагностики злокачественных опухолей должен быть положен не один «специфический признак», а цитологический симптомокомплекс, отражающий перестройку, характерную для данной опухоли.

Распознавание бластоматозного процесса в мочевыводящем тракте основано на обнаружении в моче отторгнутых опухолевидных клеток. Исследование мочи обычно является первым шагом для выяснения характера процесса, обуславливающего кровотечения. Однако даже тщательное исследование мочи не всегда помогает установить диагноз опухоли, поэтому совершенствование методики заслуживает внимания.

Нами обследовано 5 женщин и 30 мужчин в возрасте от 35 до 80 лет, у 28 был заподозрен рак мочевого пузыря и у 7 — предстательной железы, причем у 3 с прорастанием опухоли в мочевой пузырь. Даже при изолированном поражении простаты раковым процессом в осадке мочи можно обнаружить опухолевые клетки. Из 28 больных раком мочевого пузыря было оперировано 19, и цитологические данные подтверждены гистологическим исследованием. Не оперировано 9 человек из-за метастазов в другие органы. У четырех оперированных была произведена секторальная резекция мочевого пузыря с уретеронеоцистостомией, а у остальных (15) — уретеросигмостомия с дальнейшей тотальной цистэктомией, из них после уретеросигмостомии в послеоперационном периоде умерло 5 человек.

Цитологическому исследованию подвергался осадок мочи или промывных вод, получаемый при мочеиспускании или при катетеризации мочевого пузыря. Некоторые авторы (Г. А. Арзуманян, Г. С. Мартиросян) предлагают путем активного отсасывания добывать отторжения частиц опухоли; другие (А. Б. Малышкевич) изобрели так называемый пункционный катетер. Мы не являемся сторонниками аспирации, потому что при отсасывании происходит большое смущивание эпителиальных клеток, которые при микроскопии затрудняют дифференцирование опухолевых клеток; кроме того, метод аспирации приводит иногда к кровотечению и обсеменению опухолью всего мочевого пузыря.

При кровотечениях и воспалительных процессах мочевого пузыря цитологические исследования затруднены. Цитологическую диагностику лучше проводить после остановки кровотечения общими консервативными средствами и снятием воспалительного процесса антибиотиками. Мы брали мочу через 1—1,5 часа после утреннего мочеиспускания, при этом предлагали больному потужиться. Затем мочу центрифугировали и из осадка делали мазки. Осадок выливали на предметное стекло, распределяли равномерно и через 1—2 минуты, когда тяжелые частицы оседали, сливали на другое стекло, и т. д. Необходимо получить тонкие и равномерные мазки. Высушивали при комнатной температуре, считая, что высушивание ускорять не следует, т. к. элементы мочи деформируются. Затем фиксировали в метаноле