

и в малом выделении. Подобный феномен тем выраженнее, чем ниже уровень расположения опухоли и чем уже сохранившийся еще просвет.

По неотложным показаниям нами были оперированы 13 из 36 больных. У 22 больных явления острой непроходимости удалось уменьшить консервативными мероприятиями. Они были обследованы на протяжении 2—3 дней и затем оперированы в плановом порядке. 1 больной отказался от операции.

Мы придерживаемся мнения о необходимости выполнения радикальной операции у большинства больных, поэтому чаще резецируем кишку в пределах здоровых тканей или производим гемиколэктомию. У лиц сравнительно молодого возраста при общем удовлетворительном состоянии эта операция допустима в один момент, особенно при расположении опухоли в слепой или восходящей части кишки.

Пожилые и ослабленные больные плохо переносят одномоментную резекцию толстых кишок при острой их непроходимости и погибают от перитонита, связанного с несостоятельностью анастомоза. Им следует расчленить операцию на два или более этапов. Там, где это положение не соблюдалось дежурными хирургами, исход, как правило, был неудовлетворительным.

Наконец, при далеко зашедшем процессе мы не отказывались и от паллиативных операций, прибегая к наложению обходных анастомозов или образуя *anus praeter naturalis*.

Общие данные о локализации опухоли, характере выполненных операций и исходах лечения приведены в таблице.

Вид и локализация опухоли	Характер операций					Всего оперировано	Отказались от операции
	резекция одномоментная	гемиколэктомия одномоментная	обходной анастомоз	наложение свища	ампутация кишки		
Рак правой половины толстой кишки	$\frac{5}{1}$	$\frac{3}{1}$	$\frac{2}{1}$	—	—	$\frac{10}{3}$	—
Саркома слепой кишки	—	$\frac{3}{0}$	—	—	—	$\frac{3}{0}$	—
Рак левой половины толстой кишки	$\frac{10}{8}$	$\frac{2}{1}$	$\frac{5}{3}$	$\frac{2}{2}$	—	$\frac{19}{14}$	1
Рак прямой кишки	$\frac{1}{0}$	—	—	$\frac{1}{0}$	$\frac{1}{0}$	$\frac{3}{0}$	—
Итого . . .	$\frac{16}{9}$	$\frac{8}{2}$	$\frac{7}{4}$	$\frac{3}{2}$	$\frac{1}{0}$	$\frac{35}{17}$	1

Примечание: в числителе — число операций, в знаменателе — число смертельных исходов.

Радикальные вмешательства при опухолях толстой кишки, осложненных острой кишечной непроходимостью, удается выполнить немногим более чем у половины больных. Смертность при этой патологии еще очень высока. Не менее высока она и среди больных, которым произведены только паллиативные вмешательства. Из 35 оперированных больных в клинике умерло 17. Все это говорит о тяжести поступающих больных, запущенности заболевания, которое не было выявлено до развития острой кишечной непроходимости, а значит, не были приняты меры к более раннему оперативному вмешательству.

УДК 616.61—006

О РАЗВИТИИ ГИПЕРНЕФРОИДНОГО РАКА ИЗ ЭПИТЕЛИЯ КАПСУЛЫ ШУМЛЯНСКОГО — БОУМЕНА

В. И. Дадыкина

Патологоанатомический отдел (зав. — докт. мед. наук В. А. Одиноква) МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. Научн. консультант — акад. АМН СССР проф. А. П. Авцын

Из наблюдавшихся нами 300 больных гипернефроидным раком у 5 (возраст — от 31 до 70 лет) рак возник из эпителия капсулы Шумлянско-Боумана. Давность заболевания — от года до 16 лет. У 3 больных опухоли были диагностированы клини-

чески и оперативно удалены. У 2 больных опухоль была случайно выявлена на секции, клинически она ничем себя не проявляла.

Кусочки опухоли фиксировали в растворе Лили, 10% нейтральном формалине, заливали в целлоидин, резали на замораживающем микротоме. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксин-фукселином.

Правая почка была поражена у 3 больных, левая — у 2; верхний полюс и средняя часть почки — у 2, нижний полюс — у 3. Размер опухолей — до 1,5—5 см в диаметре, консистенция уплотненно-мягковатая, цвет беловатый, беловато-серый, с участками кровоизлияний и некроза.

Гистологически у всех обнаружена картина гипернефроидного рака. В ткани почки, прилегающей к опухоли, были множественные мелкие очаги роста гипернефроидного рака на различных стадиях его развития. Отличительной особенностью роста опухоли в этих 5 наблюдениях было то, что источником развития рака служил эпителий наружного листа капсулы Шумлянского — Боумана.

Нам удалось выявить последовательные стадии развития гипернефроидного рака из эпителия капсулы Шумлянского — Боумана. Они проявлялись увеличением размеров эпителиальных клеток парietального листка капсулы клубочков, гиперхромностью их ядер. Клетки эпителия приобретали кубическую форму. Границы их были хорошо обозначены, цитоплазма базофильна (рис. 1).

Следующая фаза развития опухоли характеризовалась очаговой или распространенной пролиферацией эпителия, которая приводила к образованию сосочков или солидных клеточных масс, состоящих из нескольких рядов клеток. Пролиферирующий эпителий вызвал сдавление, а затем и атрофию сосудистых петлей клубочка, постепенно занимая весь его просвет (рис. 2, 3).

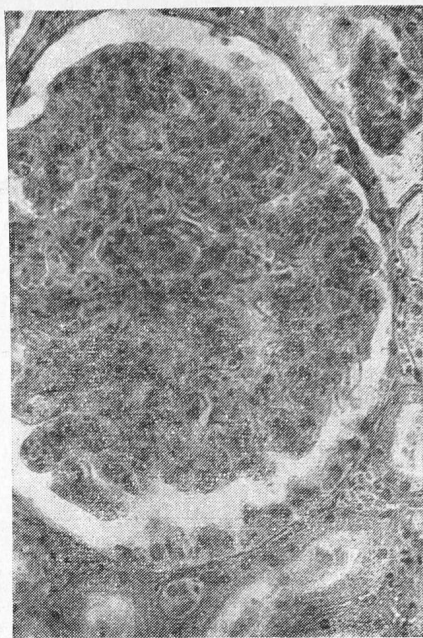


Рис. 1. Аденоматозные изменения эпителия капсулы Шумлянского — Боумана ($\times 380$).

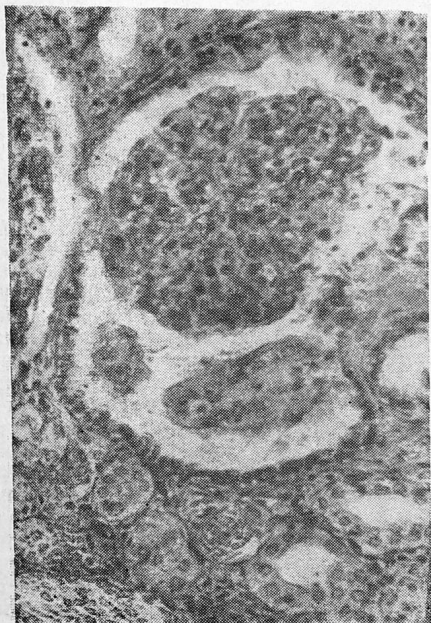


Рис. 2. Сосочковые разрастания эпителия капсулы Шумлянского — Боумана ($\times 210$).



Рис. 3. Сольдные разрастания эпителия капсулы Шумлянского — Боумана ($\times 180$).

Опухолевые клетки были кубической, округлой, овальной, полигональной и неправильной формы, окружены четкой мембраной. Наблюдалась разная степень их дифференцировки: от клеток с базофильной цитоплазмой к клеткам с ацидофильной и светлой цитоплазмой. Ядра клеток опухоли — округлой, овальной и неправильной формы, светлые, расположены в центре или ближе к оболочке, с бледно окрашенными ядрышками. В ряде клубочков пролиферация эпителия шла с образованием среди пластов эпителиальных клеток отдельных полостей — кист округлой, овальной и неправильной формы, разной величины, выстланных незрелыми эпителиальными клетками. Эти полости, по-видимому, являются результатом железистой дифференцировки пролиферирующего эпителия (рис. 4). В ряде клубочков отмечался разрыв базальной мембраны капсулы и распространение опухоли в прилежащую ткань почки. Эти разрастания повторяли строение вышеописанной опухоли. Они располагались в виде пласта атипических эпителиальных клеток, кое-где с формированием мелких кист (рис. 5).

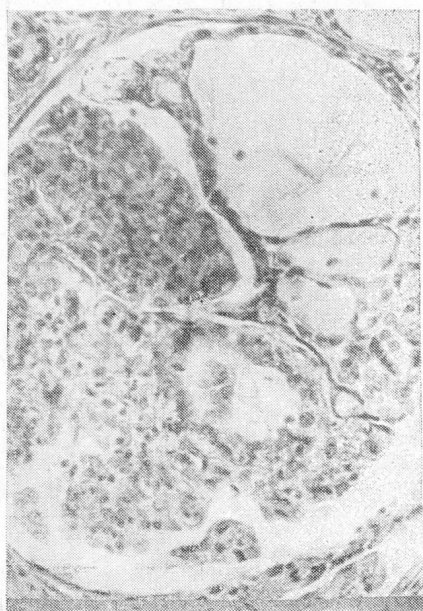


Рис. 4. Полости-кисты среди пластов эпителиальных клеток капсулы Шумлянского — Боумана ($\times 380$).

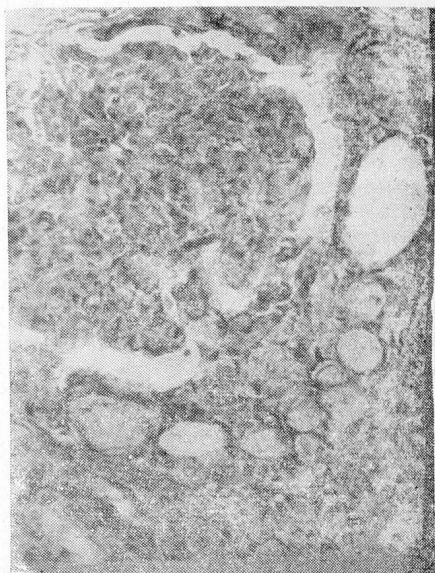


Рис. 5. Распространение опухоли в прилежащую ткань почки ($\times 210$).

Анализ нашего материала позволяет считать, что гипернефроидный рак может возникать из эпителия не только канальцев почки, но и париетального листка капсулы Шумлянского — Боумана. Развитию гипернефроидного рака из эпителия капсулы Шумлянского — Боумана предшествует его гиперплазия. В своем развитии гипернефроидный рак проходит две стадии: пролиферацию эпителиальных клеток с изменением величины и формы клеток и стадию просветления цитоплазмы клеток. Характер роста опухоли из эпителия капсулы различен. Опухоль может разрастаться в просвет клубочка, образуя солидные пласты или полиповидные выросты, которые вызывают вначале сдавление, а затем атрофию сосудистых петлей клубочка, либо распространяться за пределы базальной мембраны, в прилежащую ткань почки. «Просветление» же цитоплазмы клеток возникает содружественно разрастанию эпителия или вслед за ним.

Опухоль, развивающаяся из эпителия капсулы Шумлянского — Боумана, может быть представлена или эпителиальным пластом, состоящим из кубических, округлых, полигональных и неправильной формы клеток с базофильной, ацидофильной и светлой цитоплазмой, или наличием среди клеточных элементов опухоли отдельных полостей — кист различной формы. Развитие кист, по-видимому, связано с железистой дифференцировкой пролиферирующего эпителия капсулы и, возможно, является одной из морфологических особенностей гипернефроидного рака, развивающегося из эпителия капсулы Шумлянского — Боумана.