

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. А. Балихин 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

2—3 мин и, когда мазки высохли, красили по Романовскому — Гимза (2 капли на 1 мл воды) до 10 мин.

Микроскопировали вначале с увеличением в 300 раз, а затем отдельные клетки и группы клеток рассматривали под иммерсионной системой. При раке уже в нативном препарате хорошо заметны различия в размерах клеток, большие ядра и ядрышки, опалесцирующие в проходящем свете, дегенеративные изменения в протоплазме, особенно жировое перерождение, нарушение ядерно-протоплазменных отношений в сторону ядра. В окрашенных препаратах клетки злокачественного новообразования полиморфны и полихромны, чаще с большими ядрами и крупными ядрышками в ядре. Встречаются многоядерные клетки, где ядра одной клетки имеют различную ступень созревания. Ядерно-протоплазменные отношения нарушены в сторону увеличения ядер. Протоплазма клеток представлена в виде узкого ободка, или бесформенного хвоста, или совсем отсутствует. Иногда встречаются перстневидные клетки. В щелочной моче клетки легко разрушаются, деформируются и поэтому в окрашенных препаратах можно встретить много лизированных и голоядерных клеток.

У 7 больных было произведено исследование окрашенного препарата осадка мочи, затем отпечатка опухоли с операционного материала и, наконец, гистологическое исследование опухоли. Данные описанного цитологического и последующего гистологического исследования совпали.

При хронических, длительно протекающих циститах в осадке мочи обнаруживались так называемые «атипичные клетки», с измененной формой и величиной, но без других признаков, присущих бластоматозным клеткам. Диагностика затрудняется еще больше, когда цисторентнограмма дает дефект заполнения, а цистоскопия невозможна из-за малой емкости мочевого пузыря.

Как показали наши наблюдения, нахождение атипичных клеток не может служить признаком рака мочевого пузыря.

ВЫВОДЫ

1. Цитологическая диагностика заслуживает обязательного включения в комплексное исследование всех больных с подозрением на опухоль мочевого пузыря.

2. Признаком злокачественной опухоли мочевого пузыря является обнаружение в осадке мочи даже отдельных характерных клеток. Более достоверно обнаружение скопления этих клеток.

3. Результаты цитодиагностики должны интерпретироваться путем сопоставления с данными других методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов М. Г. Клиническая цитология. Медгиз, М., 1962. — 2. Альтгаузен А. Я. Морфологическое исследование пунктатов опухолей. Медгиз, М., 1962. — 3. Арзуманян Г. А., Мартиросян Г. С. Урология. 1957, 1. — 4. Викторов И., Петрашков Т., Цолов Ц., Наков Э. Там же. 1963, 6. — 5. Малышкевич А. Б. Там же, 1956, 1.

Поступила 11 июня 1964 г.

УДК 616.346—002.1

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

(по материалам клиники за 15 лет)

А. И. Шишкина, И. А. Салихов, Ф. Г. Хафизов

Клиника госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе 1 гор. больницы (главврач — З. А. Синявская)

По данным различных авторов, летальность при остром аппендиците в среднем составляет 0,12—0,2% (С. Г. Рукосуев, Г. П. Зайцев, А. Н. Шабанов). Если при своевременной операции эта цифра уменьшается до 0,04%, то при запоздалой поднимается до 0,5% (А. И. Миронов, Г. Я. Иоссет). Некоторые авторы приводят еще более высокие показатели летальности. По данным Росс, Зарем и Моргана, смертность при остром аппендиците составляет 0,89%, а среди лиц старше 50 лет — 5,6%. Сходные данные приводят Габел, Бартон, Соломон и др. По данным Палумбо, летальность достигает 0,2%.

Наиболее частой причиной летальности, по материалам большинства авторов и нашим данным, является разлитой перитонит, развивающийся вследствие поздней госпитализации больных и запоздалой операции.