

непосредственно восполнить образовавшийся дефект. Первичная свободная кожная пластика дефекта свободным дермоэпидермальным лоскутом нами применена у 619 больных, комбинированная пластика с местными тканями — у 41, пластика филатовским стеблем — только у 1.

По нашим наблюдениям, пластика дермоэпидермальным трансплантатом в онкологической практике оказывается успешной в подавляющем большинстве случаев. Полное приживление трансплантата достигнуто в 88,9% при раке кожи, в 88,3% при пигментных невусах и злокачественных меланомах, в 83,5% при раке молочной железы и в 86,1% при саркоме мягких тканей. Частичный некроз наблюдался соответственно в 8,98; 11,7; 9,44 и 11,1%; отторжение трансплантата — в 2,09; 0; 1,1 и 2,7%.

Из 334 больных раком кожи 240 оперированы не менее 5 лет назад. На отдаленных сроках прослежены 182 больных. Из них 146 (80,2%) прожили 5 и более лет без рецидива и метастазов.

У 46 больных первичная свободная кожная пластика выполнена после иссечения пигментных невусов. На сроках от 3 до 20 лет прослежен 31 пациент, ни у одного из них не наступило злокачественного перерождения и рецидива после операции. По поводу рака молочной железы 5 и более лет назад оперирована 141 больная. Прослежены 124, из них живы 76 (61,2%). По поводу сарком мягких тканей 5 и более лет назад оперированы 24 больных, из них живы 13 (54,1%).

При достаточной по объему резекции со свободной кожной пластикой рецидивы встречаются сравнительно редко: при раке кожи — в 4,9%, при злокачественных меланомах — в 8,2%, при раке молочной железы — в 7,2% и при саркомах мягких тканей — в 11,1%.

Оценка приживления и состояния дермоэпидермального трансплантата на ближайших и отдаленных сроках после операции подтверждает ранее установленное в клинике положение о резистентности дермоэпидермального трансплантата к действию проникающей радиации, о возможности приживления его на облученном ложе, а также приживления облученного трансплантата на облученном ложе.

Поступила 5 марта 1973 г.

УДК 616.42:616.33

ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА ЖЕЛУДКА

(К 60-летию со дня первой публикации в «Казанском медицинском журнале» сообщения Н. И. Таратынова об эозинофильной гранулеме)

Ю. А. Башков, Т. А. Соколова, Л. З. Луговая

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В. В. Сумин) Ижевского медицинского института, 2-я городская клиническая больница (главрач — В. А. Ус)

Первое описание эозинофильной гранулемы принадлежит Н. И. Таратынову (Казанский мед. ж., 1913, т. 13, № 1), что дает основание называть эту патологию по его имени — болезнью Таратынова [2, 3].

В последнее время все больше исследователей склоняется к мысли, что эозинофильная гранулема (ЭГ) — это одна из разновидностей ретикуло-эндотелиозов [1, 5], при которой гиперпластический процесс ретикуло-эндотелиальных клеток сопровождается интенсивной инфильтрацией ткани эозинофильными элементами. Для ЭГ, как и для других заболеваний этой группы, характерна пролиферация клеток в форме опухолевых или инфильтративных разрастаний, что клинически нередко дает повод для предположения о злокачественном поражении того или иного органа и выполнения большой онкологической операции. Однако при гистологическом исследовании операционного препарата

выясняется, что процесс не злокачественный, и большую по объему операцию (например, субтотальную резекцию желудка) не имело смысла делать. Доказано, что простое удаление очага поражения приводит к стойкому излечению.

Чаще всего ЭГ локализуется в костной ткани. Гораздо реже поражаются другие органы: кожа, легкие, желудочно-кишечный тракт, мочевой пузырь.

Крайняя редкость поражения желудка эозинофильной гранулемой дает основание поделить наш наблюдением.

Ш., 54 лет, поступил в клинику 10/IX 1972 г. в неотложном порядке по поводу кровотечения из прямой кишки. При осмотре было установлено, что кровотечение связано с постоянным выпадением прямой кишки на длину до 15 см и очаговым повреждением ее слизистой оболочки. Одновременно с этим больной жаловался на ноющие боли в желудке, которые усиливались после приема пищи и во время пальпации эпигастрия. Периодически отмечал отрыжку, тяжесть в подложечной области. В течение ряда лет неоднократно лечился от гастрита.

Общее состояние больного вполне удовлетворительное, потеря крови невелика (Э. 4 млн., Гем. 13,6 г%; РОЭ 3 мм/час).

В желудочном соке много слизи, а при микроскопическом исследовании промывных вод найдены в значительном количестве эпителиальные клетки и лейкоциты. Общая кислотность натощак — 12 ед.; свободная HCl — 0. Во всех пяти следующих порциях свободной HCl нет, общая кислотность от 5 до 10 титр. ед.

Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: в проекции синуса желудка по малой кривизне на передней стенке — округлой формы опухолевидное образование до 6 см в диаметре, с четкими контурами. Складки слизистой на этом участке расходятся, на остальных они продольные, мелкие. Эластичность стенок желудка сохранена, видна перистальтика по обеим кривизнам до уровня расположения опухоли. Подвижность желудка не ограничена. В других отделах желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено. Заключение: доброкачественная опухоль желудка.

Было решено изменить первоначальный план лечения больного и в первую очередь выполнить операцию не на прямой кишке, а на желудке.

26/IX 1972 г. верхняя срединная лапаротомия. На передней стенке желудка в предпилорическом отделе найдена округлой формы опухоль 6,0 × 5,5 см с четкими контурами, не прорастающая в серозную оболочку. Видимых и пальпируемых метастазов нет. Считая опухоль доброкачественной, нашли возможным ограничиться резекцией желудка в объеме 1/2 его части, что позволило наложить прямой гастродуоденальный анастомоз. Макроскопически (рис. 1) опухоль скорее всего напоминает блюдцеобразный рак, имеет широкое основание, возвышается над уровнем слизистой оболочки на 1 см и располагается в толще желудочной стенки, не захватывая серозный покров. Общая высота (толщина) опухоли — около 2,5 см. Поверхность ее гладкая. Складки слизистой над опухолью отсутствуют. Края возвышаются в виде валика и нависают над поверхностью опухоли. В центре поверхности — некроз и фибринозные наложения. Границы опухоли четкие, инфильтрации тканей за ее пределами нет; слизистая оболочка над краями опухоли и по соседству с ней макроскопически

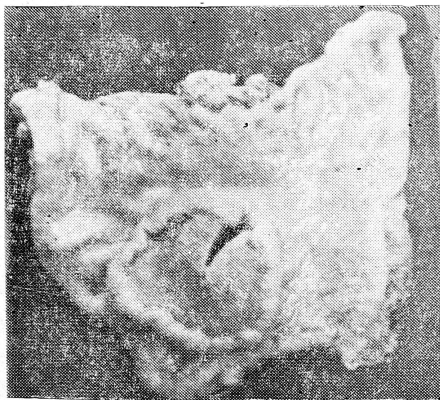


Рис. 1. Эозинофильная гранулема. Макропрепарат резецированного участка желудка.

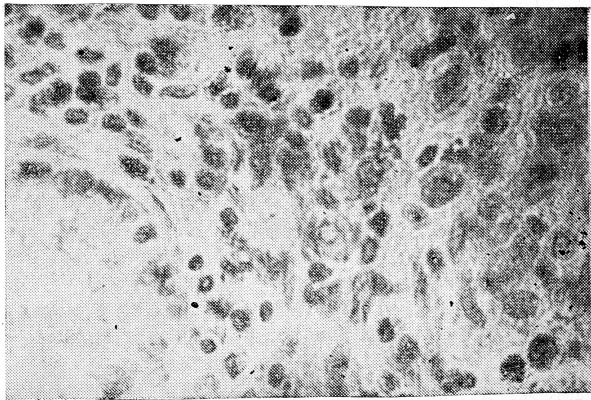


Рис. 2. Микропрепарат эозинофильной гранулемы желудка. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 7 × 8.

не изменена. Опухоль плотная по консистенции, режется (при взятии участка для гистологического исследования) как хрящ. Ткань на разрезе имеет серо-белый цвет с легким розоватым оттенком.

Гистологически (рис. 2) элементов злокачественного роста не найдено. Выявлен гранулематозный процесс, захватывающий все слои желудка. Грануляционная ткань богата молодыми, вновь образованными капиллярами. Среди клеточных элементов значительное место занимают ретикулярные клетки с бледно окрашенной протоплазмой. Имеются гигантские клетки с 2—3 ядрами и выраженной зернистостью в них. Наряду с фибробластами, гистиоцитами, эпителиоидными клетками встречается много эозинофилов, местами они расположены массивными полями. В подслизистом слое — очаговые разрастания лимфоидных клеток. Гистологическое заключение — эозинофильная гранулема желудка. Препарат консультирован патологоанатомами-онкологами Московского научно-исследовательского онкологического института во главе с академиком АМН Н. А. Краевским. Заключение о гранулезном характере процесса подтверждено.

Послеоперационный период протекал вполне удовлетворительно. Контрольные рентгенограммы костей скелета не выявили других очагов поражения эозинофильной гранулемой. Ш. выписан в хорошем состоянии через 21 день. Ему предстоит оперативное лечение по поводу выпадения прямой кишки.

Таким образом, у больного было локальное поражение желудка эозинофильной гранулемой больших размеров ($6,0 \times 5,5 \times 2,0$ см). Диагноз был поставлен только при гистологическом исследовании удаленного патологического очага. Полагаем, что с применением фиброгастроскопии и прицельной биопсии эозинофильная гранулема желудка может быть распознана до операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьяченко В. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Медгиз, М., 1958.— 2. Розовский Л. Н. Вестн. венерол. и дерматол., 1954, 4.— 3. Соболева Н. И., Рябинина А. И. Арх. патол., 1953, в. 3.— 4. Таратынов Н. И. Казанский мед. ж., 1913, т. 13, № 1.— 5. Хаджибеков Г., Ботев Б., Абаджиев Д., Узунев И., Ганчев М. Рентгенодиагностика, т. 1. Мед. и физкульт., 1962, София.

Поступила 6 марта 1973 г.

УДК 616.71—006:615.849

ПРИМЕНЕНИЕ СОЕДИНЕНИЯ ИЗОТОПА САМАРИЯ С НЕДТА В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ

И. А. Гилязутдинов, Г. А. Зубовский, Ю. Я. Глейзер, И. Пал

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Г. И. Володина)
Казанского ГИДУВа; отдел радиоизотопной диагностики (зав.—проф.
Г. А. Зубовский) Московского научно-исследовательского рентгено-радиологического
института и Институт изотопов Венгерской Народной Республики*

За последние годы опубликован ряд работ, посвященных диагностике опухолей костной системы с помощью изотопа Sr^{85} . Отмечая высокую диагностическую эффективность Sr^{85} , большинство авторов считает, что длительный период полураспада изотопа (65 дней) обуславливает его относительно высокую радиотоксичность. Указанные недостатки служат основанием для испытаний короткоживущих остеотропных препаратов, одним из которых является изотоп редкоземельного элемента Sm^{153} . Работ по применению указанного препарата в клинической диагностике новообразований скелета мы не встретили, что побудило нас провести настоящее исследование.

Лабораторные испытания были проведены на 12 кроликах, которым внутривенно вводили различные соединения Sm^{153} — с НЕДТА, ЕДТА, ДТРА.

Основным методом исследования являлось скеннирование, осуществлявшееся через 2, 4, 20, 24, 48 часов после внутривенного введения препарата. Результаты показали, что выраженной остеотропностью обладает лишь соединение Sm^{153} с НЕДТА.

Учитывая результаты экспериментальных исследований, отсутствие каких-либо реакций и осложнений на внутривенное введение Sm^{153}