

Сердце размерами $14 \times 12 \times 7,5$ см. Полости его расширены и содержат темную жидкую кровь, особенно резко расширены полости предсердий; клапанный аппарат сердца, аорты, легочной артерии не изменен. Толщина стенки левого желудочка достигает 2 см, правого — 0,5 см. Миокард на разрезе серо-красного цвета. По обе стороны межпредсердной перегородки — опухолевые узлы, исходящие из перегородки и имеющие широкое основание (см. рис.), неправильно овальную форму и гладкобугристую поверхность (на рисунке удалена передняя стенка сердца). Размеры узла в левом предсердии — $7,5 \times 4,5 \times 4$ см, в правом — $5,5 \times 5,5 \times 3,3$ см. Опухоль блокирует предсердно-желудочковые отверстия, нижний конец левого узла проникает в полость левого желудочка.

По поверхности обоих узлов сделаны неглубокие разрезы, всю опухоль не вскрывали с целью сохранить препарат для музея. На разрезе опухоль мышечно-волоконистая, цвет ее пестрый — от темно-коричневого до желтого. Признаков ревматизма при исследовании тупа не обнаружено. Гистологические данные: ткань опухоли представлена преимущественно крупными полиморфными клетками, последние чередуются с округлыми и неправильной формы клетками. Встречаются паукообразные клетки, а также напоминающие «теннисную ракетку». Клетки складываются в тяжи или образуют волокна, напоминающие мышечные. Ядра интенсивно окрашиваются основными красками, довольно часто встречаются фигуры митозов. На поверхности опухоли некрозы, кровоизлияния, рыхлая круглоклеточная инфильтрация. Заключение: рабдомиосаркома.

Особенностью описанного наблюдения является массивный внутрисердечный рост опухоли. Локализация опухоли в сердце, наличие распада в ней вызывали расстройства кровообращения, близкие к расстройствам при сочетанном пороке митрального клапана. Беременность усилила сердечно-сосудистую недостаточность, что привело к летальному исходу.

УДК 616.11—006.32.04

**Л. И. Крюкова, М. Н. Клярфельд (Казань).
Первичная злокачественная мезотелиома перикарда**

П., 38 лет, впервые почувствовала давящие боли и тяжесть за грудиной при физической нагрузке в августе 1976 г. Вскоре стали появляться к концу рабочего дня отеки на лице, шее, правой руке. В покое отеки исчезали. Однако к октябрю 1976 г. отеки в покое уже не проходили, оставалась пастозность лица и шеи, что заставило больную обратиться к врачу. Был поставлен диагноз шейно-грудного остеохондроза. Проведенное амбулаторно медикаментозное и физиотерапевтическое лечение не дало эффекта. В декабре 1976 г. больная была госпитализирована в терапевтическое отделение ГИДУВа, где диагностирован синдром верхней полой вены. После подтверждения этого диагноза в отделении грудной хирургии 6-й горбольницы было рекомендовано оперативное лечение в Москве, куда и были направлены соответствующие документы, а больная была выписана под наблюдение участкового врача. С января по май 1977 г. больная находилась дома. В мае состояние резко ухудшилось. Появились резкие боли в грудной клетке с иррадиацией в межлопаточную область, в нижнюю челюсть, настолько сильные, что больная принимала вынужденное положение. Это заставило ее вызвать скорую помощь, и она была доставлена в терапевтическое отделение 12-й горбольницы.

При поступлении состояние больной было тяжелым. Лицо одутловатое, кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. На коже передней и правой боковой поверхности грудной клетки, на правой руке выражена венозная сеть. Перкуторно над легкими определяется легочный звук, дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: верхняя — 3-е межреберье, левая — по левой срединно-ключичной линии, правая — на 1,5—2 см вправо от правого края грудины. Тоны приглушены, ритм правильный, 96 уд. в 1 мин. АД 13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.). Живот безболезненный, печень и селезенка не пальпировались.

Рентгенологическое исследование выявило некоторое усиление бронхосудистого рисунка слева: купол диафрагмы подтянут шварты, корни умеренно тяжисты. Границы сердца в норме. Конфигурация не изменена. Выступает и немного пульсирует дуга верхней полой вены. Пульсация ритмичная, аорта в норме.

Анализ крови: Нб — 1,9 ммоль/л, л. $6 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 1%, с. — 70%, лимф. 22%, мон. — 7%, СОЭ 37 мм/ч. Содержание сиаловых кислот 0,253 ед. опт. пл., С-РБ +++++. Формоловая проба отрицательная. Протеинограмма без изменений. Холестерин в сыворотке крови — 3,9 ммоль/л. На ЭКГ — синусовая тахикардия. Нормограмма. Уплощен зубец Т в грудных отведениях и усиленных от конечностей. Анализ мочи: белок отрицательный, плотность 1,020, л. 0 — 2 в поле зрения.

Больную продолжали беспокоить боли в груди, в шейном отделе позвоночника, появились боли и ломота в суставах рук и ног, в плечевом поясе, нарастала общая слабость, появились одышка, чувство нехватки воздуха, кашель.

В июле 1977 г. повысилась температура до 38° , в правой подлопаточной области появились крепитирующие хрипы, слева в подлопаточной области стало определяться укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание. При повторном рентгеноло-

тическом исследовании в плевральной полости слева обнаружена жидкость. Справа в медиальной и средней зонах от 2-го межреберья до купола диафрагмы выявлено неомогенное затемнение средней плотности, сливающееся с корнем, верхняя граница затемнения четкая, остальные размыты. В реберно-диафрагмальном синусе справа немного жидкости. Тень сосудистого пучка значительно расширена. Контуры тени сердца проследить трудно, пульсация не видна, возможно, имеется выпот в перикарде.

7/VII 1977 г. произведена плевральная пункция слева. Удален 1 литр желтоватой прозрачной жидкости с плотностью 1,010, содержанием белка 66 г/л, реакция Ривальта резко положительная. В мазках пунктата встречаются конгломераты клеток с химической анаплазией, некоторые из них с мелкими ядрышками (по 2—3) в ядре и вакуолизацией протоплазмы.

13/VII произведена пункция правой плевральной полости. Получен 1 литр геморрагического экссудата с количеством белка 23 г/л, плотностью 1,010, в мазках обнаружены клетки с выраженным атипизмом, полиморфизмом, ядрышковым симптомом и вакуолизацией протоплазмы, фигурами митоза.

Состояние больной постепенно ухудшалось, боли в груди стали жгучими, усиливались при малейшем движении, нарастали слабость, кашель, отеки на ногах и туловище, прогрессировало увеличение печени. Боли снимались наркотиками на короткое время, то слева, то справа накапливался геморрагический экссудат, который удаляли путем плевральных пункций с последующим введением в полость плевры 50 мг тиофосамида.

Терапия нарастающей декомпенсации сердца гликозидами и мочегонными средствами успеха не имела. 8/IX 1977 г. наступила смерть.

Клинический диагноз: злокачественная мезотелиома перикарда с прорастанием и метастазами в плевру и лимфоузлы средостения, двусторонний геморрагический экссудативный плеврит, недостаточность кровообращения III степени, асцит, анасарка.

Патологоанатомический диагноз: злокачественная мезотелиома соединительнотканного типа, исходящая из перикарда, с инфильтрирующим ростом по серозным листкам средостения и адвентиции крупных сосудов, с сдавлением и резким сужением верхней полой вены, с опухолевым разрастанием сердечной сорочки и сдавлением сердца; венозный застой; мускатная печень; гидроторакс, асцит, анасарка; пристеночный тромб в нижней полой вене; отек легких; множественные геморрагии в серозных и слизистых оболочках, в опухолях.

У данной больной геморрагический экссудат, который считается одним из первых симптомов заболевания, появился довольно поздно, что затрудняло своевременную диагностику.

УДК 616.317.2—002.6—018

Канд. мед. наук А. А. Рызванов, Ф. М. Валитов (Казань).

Микроциркуляторное русло стромы предрака и рака красной каймы нижней губы

Проведено сравнительное изучение характера морфогистохимических изменений сосудов стромы при папилломах (20 наблюдений) и плоскоклеточном раке красной каймы нижней губы (123).

В работе использован биопсийный материал, полученный в стоматологической поликлинике КГМИ им. С. В. Курашова и в Республиканском онкологическом диспансере. Необходимо отметить, что папилломы встречались у людей различного возраста, преимущественно у женщин; раковые опухоли выявлялись у больных в возрасте от 40 лет и старше, чаще у мужчин. Ни один из больных не подвергался ранее специфическому лечению.

Все папилломы были фиброэпителиальными опухолями. Они состояли из соединительнотканной основы, имеющей вид разросшихся сосочков, покрытых эпителием. В соединительнотканном сосочке непосредственно на границе с эпителиальными тяжами кровеносные сосуды представлены щелевидной формы полостями, выстланными одним слоем эндотелиальных клеток, ядра которых выбухают в просвет сосудов и интенсивно закрашиваются по Фейльгену. Периваскулярная ткань при окраске по ван Гизону приобретает ярко-красный цвет, при импрегнации серебром дает нежную сеть аргирофильных волокон. Окраска толудиновым синим при pH 4,8 выявляет слабую метакромазию; окраска препаратов по Мак-Манусу дает ШИК-положительную реакцию. Эластические волокна отсутствуют в тех участках препарата, где отчетливо определяется метакромазия, а плотность клеточных инфильтратов высока.

Стенки сосудов глубоко лежащих слоев стромы склерозированы и имеют разволокненную, местами выпрямленную эластическую мембрану (рис. 1).

Сравнительное изучение рака губы с учетом гистологических разновидностей его показало, что раковая опухоль при внешнем осмотре представляет собой плотный, покрытый серовато-бурой корочкой или роговыми массами узел величиной до 3 см в диаметре, гистологически состоящий из тяжей и ячеек раковых клеток, которые отделяются друг от друга прослойками соединительной ткани.

В глубоко лежащих слоях стромы ороговевающего рака сосуды имеют неправильную форму и выстланы эндотелиальными клетками с веретенообразными ядрами. Сосудистая стенка проявляет слабую метакромазию при окраске толудиновым синим с pH красителя 4,8, но интенсивно окрашивается по методу Мак-Мануса в розо-