

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 зарастанием 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 соединительнотканых сосочках непосредственно на границе с эпителиальными тяжами кровеносные сосуды представлены щелевидной формы полостями, выстланными одним слоем эндотелиальных клеток, ядра которых выбухают в просвет сосуда и интенсивно окрашиваются по Фейльгену. Периваскулярная ткань при окраске по ван Гизону приобретает ярко-красный цвет, при импрегнации серебром дает нежную сеть аргрофильных 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-



Рис. 1. Папиллома красной каймы губы. Новообразованные кровеносные сосуды и клеточные инфильтраты по периферии эпителиальных тяжей. Окраска пикрофуксином по ван Гизону; $\times 100$.

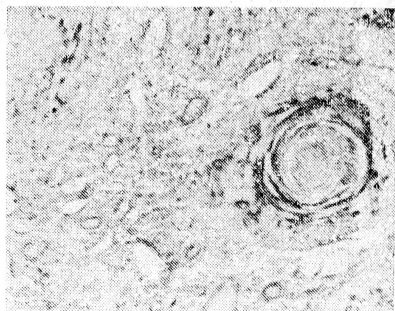


Рис. 2. Плоскоклеточный ороговевающий рак красной каймы нижней губы. Накопление нейтральных мукополисахаридов в стенках сосудов и «раковых жемчужинах». ШИК-реакция; $\times 100$

вый цвет. Описываемая картина характерна и для сосудов соответствующих участков стромы неороговевающей формы рака.

Таким образом, морфология сосудов глубоких слоев стромы предрака и двух форм плоскоклеточного рака нижней губы почти однотипна (рис. 2).

Капилляры, расположенные непосредственно у скоплений раковых клеток, имеют вид щелей с однослойным эндотелием. Ядра эндотелиальных клеток округлой формы и содержат умеренное

количество РНК и ДНК. Описанная картина характерна для ороговевающей формы рака. При неороговевающей форме рака строма характерна для ороговевающей формы рака. При неороговевающей форме рака строма характерна для ороговевающей формы рака. При неороговевающей форме рака строма характерна для ороговевающей формы рака. При неороговевающей форме рака строма характерна для ороговевающей формы рака.

По гистохимическим свойствам щелевидные сосуды той и другой формы рака губы можно разделить на 2 группы. Большое накопление нейтральных мукополисахаридов наблюдается в капиллярах вокруг раковых «жемчужин» ороговевающего рака, строма которого при окраске по ван Гизону приобретает ярко-красный цвет. Подобные изменения в сосудах отнесены нами к первой группе.

В наблюдениях второй группы, которую составляют щелевидные образования с эндотелиальной выстилкой при неороговевающем раке, а также раке с начальной стадией формирования «жемчужин», окраска толуидиновым синим при pH 4,8 выявляет выраженную метахромазию; параллельно определяется высокая активность щелочной фосфатазы (ЩФ).

Обобщая результаты наших исследований, отметим, что при появлении признаков активации эпителиального пласта папиллом количество сосудов в сосочках, где наблюдается накопление кислых гликозамингликанов, значительно увеличивается. Одновременно происходит и повышение активности ЩФ.

Другим не менее важным моментом является и то, что в процессе дальнейшего роста опухоли характер морфогистохимических изменений в микроциркуляторном русле зависит от гистологической формы рака губы. Так, при ороговевающей форме можно обнаружить двухэтапность изменений ангиоархитектоники сосудов и активности ферментов в них. На начальном этапе формирующейся опухоли отмечается увеличение количества сосудов с высокой активностью ЩФ в их стенках; в последующем, со снижением активности ЩФ и накоплением нейтральных мукополисахаридов, происходит склерозирование сосудов. Для неороговевающей формы характерны менее дифференцированная сеть кровеносных сосудов стромы опухоли и более высокая активность ЩФ эндотелия предсуществующих сосудов как результат повышения обменных процессов в ходе прогрессии опухоли.

Полученные нами данные показали, что волнообразность течения плоскоклеточного рака красной каймы нижней губы определяется сосудистыми изменениями стромы. Причина их нуждается в дальнейшем изучении.

УДК 616.348—006.6—056.7

Доц. Ю. А. Башков, С. А. Маликова (Ижевск).
Рак ободочной кишки у членов одной семьи

Мы наблюдали семью, в которой четверо из пяти ее членов были оперированы по поводу рака ободочной кишки.

Первой в возрасте 60 лет (1959 г.) оперирована мать в связи с опухолью (адено-