

задней полый вены. Последнюю пересекали над местом слияния общих подвздошных вен, переворачивали вверх и сшивали с боковой поверхностью воротной вены. Оперированы 5 собак, 1 погибла.

6. Обратный портокавальный анастомоз наложен «бок в бок». Задняя полая вена перевязана выше обеих надпочечных вен. В данной группе производилось удаление правой почки. Оперированы 5 собак, все выжили.

Из 43 собак погибли 4 (2 от допущенной технической погрешности, 2 от шока).

После наложения обратного портокавального анастомоза и перевязки задней полый вены выше почечных и надпочечных вен наблюдалось преходящее повышение остаточного азота крови и кратковременные изменения мочи (альбинурия, свежие эритроциты).

В послеоперационном периоде повышение давления крови в основном возникает в задней полый вене, разница составляет от 50 до 110 мм. В системе воротной вены давление крови тоже повышается, но в очень незначительной степени, эта разница составляет 10—30 мм.

Патогистологические исследования показали, что застойные явления в почках, печени, селезенке и в кишечнике возникают вследствие повышения давления как в задней полый и почечных венах, так и в системе воротной вены. В дальнейшем вследствие развития сосудов-коллатералей застойные явления или совсем исчезают, или значительно уменьшаются.

У 3 собак наступило полное закрытие анастомоза с развитием большого количества коллатералей, у 1 наблюдалось резкое сужение просвета анастомоза и у 3 — небольшое сужение его. Во всех остальных случаях анастомоз был хорошо проходим. У всех животных было расширение сосудов-коллатералей.

Обобщая данные опытов третьей серии, можно констатировать, что обратный портокавальный анастомоз хорошо переносится. При этом не имеет значения место перевязки задней полый вены — выше почечных или надпочечных вен.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баженов В. С. и Перлин В. С. Эксп. хир. и анестез., 1967, 2.—2. Гешелн А. И. К вопросу о значении вен для развития окольного кровообращения. Дисс., СПб, 1911.—3. Оппель В. А. Коллатеральное кровообращение, СПб, 1911.—4. Пушкарёв Л. Н. Перевязка, перерезка и сужение нижней полый вены в эксперименте. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1962.—5. Судзиловский Ф. В. Архив АГЭ, 1956, 3; Компенсаторные возможности коллатерального венозного русла при экспериментальном нарушении кровотока в полых и почечных венах. Автореф. докт. дисс., Л., 1967.—6. Шарафисламов Ф. Ш. Коллатеральное кровообращение при перевязке нижней полый вены. Автореф. канд. дисс., Казань, 1954.—7. Шипов А. К. Пути оттока крови при перевязке нижней полый вены. Пермь, 1945.—8. Lespina s se V. Quart. Bull. Northw. Univ. Med. School., 1947, 21, 312.

УДК 616.155.392—616.71—018.46

### МИТОТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ

М. Г. Денисова, М. А. Куклина и И. Н. Максимова

*Курс клинко-лабораторной диагностики (зав.—доц. М. Г. Денисова), кафедра терапии № 1 (зав.—проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Для правильного понимания течения и развития того или иного заболевания системы крови клиницисту важно иметь представление о состоянии пролиферации клеток костного мозга. Подсчет только миелокариоцитов и миелограмма недостаточны, так как небольшое замедление элиминации клеток из костного мозга при обычной скорости размножения может создать впечатление усиленной пролиферации.

Наша задача заключалась в выяснении практической ценности определения митотической активности костного мозга при остром лейкозе в сопоставлении с клинической картиной болезни, периодом ее, исследованиями крови и костного мозга.

Мы изучали митотическую активность костного мозга, гранулоцитов и эритробластов у 10 больных острым гемоцитобластом. Состояние митотической активности костного мозга оценивали путем выведения общего митотического индекса костного мозга (при подсчете 3000 костномозговых элементов и определении среди них делящихся форм) и специфических индексов эритробластов и гранулоцитов (при подсчете 1000 эритробластов или гранулоцитов). За норму митотического индекса костного мозга мы приняли 8,8‰, специфического индекса эритробластов — 16,3‰ и специфического индекса гранулоцитов — 2,5‰ (Г. И. Алексеев, 1965).

Больные острым гемоцитобластозом поступили в клинику в состоянии выраженных клинических проявлений. Содержание лейкоцитов у половины больных было пониженным до 800—2400, у 3 повышенным до 13 000—18 000—31 600. Количество «бластных» клеток в периферической крови колебалось от 43,5 до 100%, в костном мозге — от 41 до 100%. Несколько повышенное содержание «бластных» клеток в гемограмме по сравнению с миелограммой у некоторых больных, по-видимому, связано с выплыванием в периферическую кровь гемоцитобластов экстрамедуллярного кровотока. Митотическая активность костного мозга, как показали наши исследования, была намного ниже нормы — от 0—2 до 70/100. Мы не обнаружили какой-либо закономерности между количеством лейкоцитов в периферической крови и митотической активностью костного мозга. Специфический индекс эритробластов у наших больных был также понижен по сравнению с нормой: его пределы — 0—40/100 (у одного больного — 90/100), что находило отражение в анемии у наблюдаемых нами больных. У 8 больных с различным содержанием «бластных» клеток в костном мозге (от 45,5 до 100%) мы не нашли фигур митоза гранулоцитов в миелограмме, у 2 митотическая активность гранулоцитов была несколько понижена — до 20/100. Полученные нами данные подтверждают выводы Астальди, Е. Б. Владимирской, Г. И. Козинец, Г. В. Осеченской и др. Исследования при остром гемоцитобластозе, проведенные в период развернутой картины заболевания, показали, что митотическая активность костного мозга, эритробластов и гранулоцитов может быть пониженной.

Низкие показатели митотической активности костного мозга при остром лейкозе при большом процентном содержании в нем «бластных» элементов находятся в противоречии с обычным представлением об остром лейкозе, как системном пролиферативном заболевании, протекающем с гиперплазией костного мозга, опухолевыми разрастаниями и часто с гиперлейкоцитозом. Снижение темпов пролиферации при остром лейкозе и высоком содержании «бластных» элементов в костном мозге, как считает И. А. Кассирский (1965), может найти объяснение в большей продолжительности жизни лейкоэмических клеток, как «паразитических», в связи с нарушением их жизненного цикла. Они не покидают кровотворную ткань и не распадаются с той же интенсивностью, как нормальные, что и приводит к их накоплению в костном мозге. Эта концепция находит подтверждение и в клинике: мы чаще встречаем острые лейкозы, протекающие без гиперплазии (гипопластическая фаза), с лейкопенией, без увеличения селезенки и лимфоузлов. Такая концепция в настоящее время является еще дискуссионной, поскольку в клинике наряду с вышеописанными формами встречаются острые гемоцитобластозы, протекающие с бурной гиперплазией и развитием в короткий срок опухолевых лейкоэмических разрастаний.

Исследование активности костного мозга у 2 находившихся под нашим наблюдением больных хроническим миелолейкозом, осложненным «бластным» кризом, выявило ту же направленность, что и при остром гемоцитобластозе, т. е. снижение пролиферации до 30/100, в то время как у больных с хроническим миелолейкозом, не осложненным «бластным» кризом, она была повышена до 170/100.

Таким образом, определение митотической активности костного мозга при остром лейкозе расширяет наши представления об этом заболевании.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г. И. Пробл. гемат., 1965, 4.—2. Владимирская Е. Б. Там же, 1964, 12.—3. Кассирский И. А. Пробл. гемат. и перелив. крови, 1965, 4.—4. Козинец Г. И., Осеченская Г. В. Мед. радиол., 1962.—5. Astaldi G. *Maavric. Haematologica*, 1949, 33, 583.

УДК 618.198—006.6

## О РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

В. И. Кузьмин

Республиканский онкологический диспансер (главврач — П. Е. Ермолаев) Минздрава ЧАССР, г. Чебоксары

Рак молочной железы у мужчин является относительно редким заболеванием. С 1962 по 1967 г. мы наблюдали рак молочной железы у 6 мужчин (возраст — от 50 до 70 лет).

У одного мужчины рак молочной железы развился после длительного лечения аденомы предстательной железы синэстролом. У другого был простатит, по поводу которого он лечился в течение 10 лет (физиотерапия, массаж).

Одного больного за 7 месяцев до заболевания укусила собака; на месте укуса осталось незначительное уплотнение, в области которого впоследствии и возникла опухоль.