

По всей ткани легкого разбросаны просовидной формы белого цвета бугорки, местами они сливаются по нескольку бугорков, образуя форму трехлистника, с пигментированным центром.

Наряду с типичными туберкулезными бугорками, имеются уплотненные бугорки серо-коричневого цвета, рассеянные по поверхности разреза легких без определенного узора.

При микроскопическом исследовании легочная ткань с явлениями диффузного фиброза. Имеются типичные силикотические узелки, состоящие из концентрических слоистых волокон соединительной ткани с большим количеством пыли, расположенной в основном по периферии узелка и с выраженными явлениями гиалиноза в центре. Узелковые образования, иногда значительно меньших размеров, располагаются в основном вокруг сосудов, образуя перисосудистые фиброзыпылевые муфты. Встречаются узелковые структуры, расположенные перибронхиально. Бронхи крупных и средних калибров с выраженными явлениями слущивания эпителия. Дистрофические явления в хрящах бронхов, а также склероз базальных мембран. Плевра во всех отделах легких несколько утолщена, под нею значительные скопления пыли, а также участки фиброзного превращения ткани легких. Большое количество ателектазированных легочных альвеол, расположенных в основном в подплевральной зоне. В легочной паренхиме туберкулезные эпителиоидные бугорки с гигантскими клетками. Встречаются очаги отека легких, некроза, а также хронической везикулярной эмфиземы с явлениями резкого истончения межальвеолярных перегородок и растяжением полостей альвеол.

Клетки злокачественного новообразования расположены тяжами. Рак бронхогенный, плоскоклеточный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Движков П. П. *Арх. патол.*, 1956, 3. — 2. Движков П. П., Эльяшев Л. И. *Вопр. онкол.*, 1957, 5. — 3. Левин А. И., Красильщик Д. З. *Арх. патол.*, 1959, 6.

Поступила 25 октября 1961 г.

СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМЫ КРАСНОЙ КАЙМЫ НИЖНЕЙ ГУБЫ¹

Асп. М. А. Мустафин

Кафедра хирургии и онкологии (зав.— проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, на базе 5-й гор. больницы (главврач — Н. И. Полозова)

По литературным данным, локализация первичной меланомы на губах редка. Приводим наше наблюдение.

Ш., 44 лет, поступил 16/XI-60 г. с диагнозом: меланома нижней губы. В 1950 г. обнаружил на красной кайме нижней губы темное пятно, которое заметно не изменилось до 1959 г. Два месяца назад после случайной травмы пятно стало быстро увеличиваться, появилось уплотнение. С 1932 г. страдает очаговым туберкулезом легких, с 1958 г. — гипертонической болезнью.

Общее состояние удовлетворительное. Границы сердца в пределах нормы, акцент второго тона на аорте. АД — 180/110. Легкие — перкуторно легочный звук. Дыхание жесткое, справа спереди в верхних отделах единичные сухие хрипы.

Рентгеноскопия: полиморфные очаговые тени туберкулезного характера в обоих легких. Сердце и аорта — в пределах возрастных изменений. Со стороны органов брюшной полости патологических изменений нет.

Почти всю красную кайму нижней губы и частично слизистую преддверия полости рта занимает черно-бурое пятно с уплотнением в центре. В подчелюстной области с обеих сторон одиночные, величиной с горошину, подвижные лимфоузлы.

Больному проводилась короткофокусная рентгенотерапия. Суммарная доза на очаг — 8500 р. После облучения пигментное пятно значительно уменьшилось. Остался очаг $0,6 \times 0,3$ см.

После стихания лучевой реакции, через 2 месяца, больной заметил опухоль в левой подчелюстной области с грецкий орех, подвижную и безболезненную. Пальпируются увеличенные плотные лимфоузлы в подбородочной и подчелюстной областях справа.

3/VIII-60 г. произведено радикальное электрохирургическое иссечение регионарных лимфоузлов и подчелюстных слюнных желез.

Удаленные лимфоузлы от $0,5 \times 0,5$ см до $1,5 \times 1,5$ см в диаметре, плотноватой консистенции, на разрезе — интенсивно черные.

¹ Доложено на объединенном заседании общества онкологов и рентгенологов ТАССР 13/IV-61 г.

Гистологически: метастазы меланомы в лимфатические узлы (Т. Г. Грицких). 17/VIII-60 г. произведена прямоугольная резекция нижней губы. Дефект замещен пластическим путем. Удален полностью облученный очаг на губе.

Гистологически: меланома.

С 15/VIII по 13/IX-60 г. производилась глубокая рентгенотерапия на подчелюстную и подбородочную области (суммарно дозой 1500 р на поле).

При осмотре больного 29/IX-61 г. данных за рецидив и метастазы нет.

В клинике на 1576 случаев рака нижней губы мы впервые встретили злокачественную меланому губы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арешева В. Г. Русск. вестн. дермат. 1929, 6.—2. Васильева Б. Клин. мед., 1924, 2.—3. Шанин А. П. Пигментные опухоли, Л., 1959.—4. Moersch F. P., Zovea J. G., Kohnan J. W. J. A. M. A., 1940.

Поступила 11 октября 1961 г.

ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И ЕГО БРЫЖЕЙКИ¹

Студ. С. И. Воложин

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. М. Г. Рудицкий)
Курского медицинского института

Первичные опухоли тонкого кишечника и его брыжейки редки.

Диагноз в большинстве случаев ставится на операционном столе, или эти опухоли обнаруживаются лишь при вскрытиях (в среднем — 1 на 2000 вскрытий).

Среди опухолей тонкого кишечника и его брыжейки преобладают саркомы (около 40%), первичный рак встречается значительно реже (около 15%). Наиболее частая локализация сарком тонкого кишечника — дистальный участок подвздошной кишки.

За последние 10 лет в нашей клинике наблюдалось 6 больных с опухолями тонкого кишечника и его брыжейки. За это же время (1950—1959 гг.) в архиве прозекуры Курской областной клинической больницы на 2028 вскрытий зарегистрирован лишь 1 случай опухоли тонкого кишечника (аденокарцинома среднего отдела тонкого кишечника у женщины 48 лет).

Из шести наблюдавшихся в клинике больных в одном случае опухоль тонкого кишечника обнаружена случайно у больного Б., 37 лет, во время резекции желудка по поводу язвенного стеноза (проф. М. Г. Рудицкий). На расстоянии 20 см от связки Трейца в стенке тощей кишки обнаружено опухолевидное образование 0,5 × 0,5 см, округлой формы, белесоватого цвета, плотное на ощупь. Произведена клиновидная резекция участка кишки вместе с опухолью (гистологически — лейомиома).

Остальные 5 больных поступили в тяжелом состоянии ввиду запущенности опухолевого процесса, двое из них с явлениями частичной кишечной непроходимости.

У 4 больных предположительный диагноз опухоли тонкого кишечника или его брыжейки поставлен до операции.

Приводим краткие сведения об этих больных.

1. К., 13 лет, поступил 13/X-59 г. с жалобами на опухоль в животе, постоянные ноющие боли, похудание и общую слабость, жидкий стул, периодически появляющиеся тошноту и рвоту. Болен 7 месяцев.

Живот несколько болезнен при глубокой пальпации, слева от пупка — уплотнение без ясной границы и формы, подвижное, с передней брюшной стенкой не связанное.

Реакция Грегерсена положительная.

При иригоскопии контрастная масса свободно заполняет все отделы толстого кишечника.

Диагноз: опухоль (саркома?) тонкого кишечника или его брыжейки.

17/X-59 г. операция (проф. М. Г. Рудицкий). На расстоянии 30 см от связки Трейца обнаружена опухоль, циркулярно охватывающая стенку кишки на протяжении 10—15 см, просвет кишки не сужен. Опухоль бугристая, хрящевидной плотности, распространяется по брыжейке почти до самого ее корня, где обнаружено большое количество различной плотности и величины лимфоузлов.

¹ Доложено на XIII конференции НСО, посвященной 40-летию Смоленского медицинского института.