

Таким образом, можно говорить о нарушении функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных с неосложненной ПБ. Развитие амилоидной дистрофии и недостаточность функции почек вызывают патологические изменения миокарда предсердий и желудочков.

Кафедра внутренних болезней № 1
Ереванского медицинского института

Поступила 28.1.1985 г.

Ռ. Ս. ՄԱՄԻԿՈՆՅԱՆ, Հ. Մ. ԹՈՒՄԱՆՅԱՆ, Ա. Ա. ԹԱԵՎՈՍՅԱՆ

ԷԼԵԿՏՐԱՍՏԱԳՐԱԿԱՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ
ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ, ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԱՄԻԼՈԻԴԱՅԻՆ
ԴԻՍԿՐՈՅԻԱՅԻ ՏԱՐԲԵՐ ՇՐՋԱՆՆԵՐՈՒՄ

Կատարված է էլեկտրասրտագրական հետազոտություն պարբերական հիվանդությամբ տառապողների մոտ, երիկամների ամիոիդոզին դիստրոֆիայի տարբեր շրջաններում: Հայտնաբերվել են նախասրտերի և փորոքների սրտամկանի պաթոլոգիական փոփոխություններ, որոնց արտահայտվածության աստիճանը կախված է ամիոիդոզին դիստրոֆիայի շրջանից: Երիկամային անբավարարությունը էլ ազդել է խորացնում միոկարդի պաթոլոգիան:

R. S. MAMIKONIAN, A. M. TUMANIAN, A. A. TATEVOSSIAN

ELECTROCARDIOGRAPHIC CHANGES IN PATIENTS WITH PERIODIC DISEASE AT DIFFERENT STAGES OF AMYLOID DYSTROPHY OF KIDNEYS

The electrocardiographic study of patients with periodic disease has been carried out at different stages of amyloid dystrophy of kidneys. The pathologic changes of the myocardiums of ventricles and auricles have been revealed, the expressiveness of which depend on the stage of dystrophy.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Галстян А. А., Джавари Ф. А. Кровообращение АН АрмССР, 1975, 8, 1, с. 24.
2. Шонова Н. Г., Джавари Ф. А. В сб.: Тез. IX научно-практической конференции детских врачей. Ереван, 1975, с. 71.
3. Eliakim M., Ehrenfeld E. N. Amer. J. Cardiol., 1961, 7, 517.
4. Ehrenfeld E. N., Eliakim M., Rachmilewitz M. Am. J. Med., 1961, 31, 107.

УДК 616—018—006.3.04

А. М. ГАЛСТЯН, А. М. СААКЯН

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОСТА И
РАСПРОСТРАНЕНИЯ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Предлагаемый комплексный метод диагностики сарком мягких тканей, основанный на учете закономерностей их роста и распространения, является весьма эффективным в обеспечении радикализма хирургических вмешательств, снижении процента рецидивов и улучшении отдаленных результатов лечения больных.

Саркомы мягких тканей встречаются сравнительно редко и составляют от 0,8 до 2,6% всех новообразований [2, 4, 8]. Относительная редкость этих опухолей, многообразие гистологических форм, биологические

особенности роста и распространения, а также недостаточное знакомство с данной патологией врачей общей лечебной сети приводит к диагностическим ошибкам, неадекватному лечению и необоснованным хирургическим вмешательствам. Все это становится причиной частых рецидивов.

В настоящем сообщении приведен анализ 562 больных с злокачественными опухолями мягких тканей, леченных в НИИ рентгенологии и онкологии МЗ АрмССР и в НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова МЗ СССР в период с 1960 по 1982 г. Во всех наблюдениях диагноз подтвержден морфологически, у 378 (67, 3%) больных имелась первичная опухоль, а у 184 (32, 7%) — рецидив заболевания.

У последних первичное лечение проводилось в стационарах общей лечебной сети. При этом в 97 наблюдениях (50,0%) неадекватное лечение имело место неоднократно, вследствие чего больные поступали в специализированный стационар с повторными рецидивами.

Для правильной оценки степени местного распространения процесса важное место занимает знание особенностей роста и распространения сарком мягких тканей.

Распространение опухоли в начальных стадиях заболевания ограничено фасциями пораженного участка, которые выполняют своеобразную барьерную функцию. Местное распространение сарком идет преимущественно вдоль фасций [4]. Однако дальнейшее прогрессирование процесса приводит к прорастанию опухоли фасций и распространению саркоматозного процесса на мышцы, кость и сосудисто-нервный пучок. К моменту поступления на стационарное лечение почти у 80,0% больных отмечается выход опухоли за пределы мышечно-фасциального футляра пораженной зоны [3, 6].

При медленном росте сарком мягких тканей (высокодифференцированная фибросаркома, липосаркома, злокачественная невринома) плотные опухолевые узлы оставляют впечатление ограниченных образований, расположенных в капсуле, без инфильтрации окружающих тканей. Однако опыт лечения данного контингента больных показывает, что истинная капсула при злокачественных опухолях мягких тканей отсутствует. Это является одной из характерных особенностей сарком мягких тканей [5]. Морфологические исследования этих новообразований почти всегда выявляют различной степени инвазию опухолевых клеток в окружающие ткани.

Инфильтративный рост опухолей нередко становится причиной врастания сарком мягких тканей в близлежащую кость [2, 7]. Определяющими моментами в частоте прорастания опухоли в кость являются ее локализация и гистогенетический тип. Из 92 больных с поражением кости у 10 опухоль локализовалась на бедре, у 13 — в области плеча и у 11 — в области плоских костей (лопатка, ребро, кости таза). В остальных 58 наблюдениях имелось поражение дистальных отделов конечностей, где мышечный массив выражен хуже, чем в проксимальных отделах. Вследствие этого опухоль рано выходит за пределы фасции и прорастает в кость. Среди наших больных наиболее часто прорастание в кость наблюдалось при саркомах нижней конечности (у 58 больных,

63,0%). Наибольшую склонность к прорастанию в кость имеют синовиальная саркома (45,6% наблюдений), рабдомиосаркома (25,0%) и неклассифицированные саркомы (22,5%, $P < 0,05$). Реже аналогичное распространение процесса имеет место при ангиогенных саркомах (15,9%), фибросаркомах (7,1%) и липосаркомах (2,8%). Частому прорастанию синовиальных сарком в близлежащую кость способствуют локализация (вблизи суставов) и быстрый рост опухоли с инфильтрацией окружающих тканей и надкостницы.

Возможность прорастания сарком мягких тканей в сосудисто-нервный пучок в литературе дискутируется. Большинство авторов считает, что даже при кажущейся связи опухоли с магистральными сосудами истинного прорастания не отмечается [1, 5]. Чаше растущая опухоль смещает сосудисто-нервный пучок или приводит к его сдавлению. Истинное прорастание наблюдается только при опухолях, исходящих из стенок сосуда (ангиогенные саркомы) или нерва (злокачественная невринома). Однако на практике определение истинного прорастания сосудисто-нервного пучка опухолью сопряжено со значительными трудностями. Нередко даже при отсутствии истинного прорастания во время операции не представляется возможным освободить сосудисто-нервный пучок. Последнее приводит к необходимости выполнять калечащие операции в объеме ампутаций и экзартикуляций пораженной конечности. Только последующее макро- и микроскопическое исследование послеоперационного препарата позволяет определить степень вовлечения в процесс магистральных сосудов и нервов.

Среди наших больных у 72 имелись клинические признаки вовлечения в опухолевый процесс сосудисто-нервного пучка. При этом у 52 больных отмечались невралгия и парестезия конечности дистальнее опухоли, у 10—отек дистальных отделов конечности. Для уточнения взаимоотношения опухоли с магистральными сосудами у указанных 72 больных произведена ангиография. В результате выявлено у 41 больного отнесение магистральных сосудов растущей опухолью. В 26,4% наблюдений (19 больных) во время операции представилось возможным освободить магистральные сосуды и выполнить сберегательные хирургические вмешательства. В остальных 53 наблюдениях попытки выделить опухоль и сохранить сосудисто-нервный пучок привели бы к нарушению абластики, поэтому производились калечащие операции в объеме ампутации или экзартикуляции конечности. Как показали исследования макро- и микропрепаратов удаленных опухолей, истинное прорастание сосудисто-нервного пучка наблюдалось только у 11 из 53 больных, подвергшихся калечащим операциям (20,8%). При этом у 6 имелась сосудистая саркома, у 2—злокачественная невринома и по одному наблюдению—лейомиосаркома, саркома неясного генеза и низкодифференцированная фибросаркома. В остальных случаях синовиальная саркома установлена у 13 больных, рабдомиосаркома—у 10, саркомы неясного генеза—у 9, ангиогенные саркомы—у 8 и низкодифференцированная фибросаркома—у 2 больных.

Наши наблюдения показали, что при опухолях, ограниченных мышечно-фасциальным футляром, выделение магистральных сосудов представляется возможным даже при наличии симптомов их сдавления. В то же время при прорастании фасции или опухолях межфасциального пространства сосудисто-нервный пучок бывает замурован, и попытки высвободить его приводят к нарушению адекватности хирургического вмешательства.

Важной особенностью сарком мягких тканей является их множественный характер возникновения, что необходимо учесть при выполнении хирургических вмешательств. Выделяют 4 типа первичной множественности сарком мягких тканей.

Метахронная множественность—возникновение сарком мягких тканей у больных, которые имели в анамнезе злокачественную опухоль другого генеза или же опухоль мезенхимального ряда, но другой гистологической принадлежности. Примером таких опухолей может служить возникновение лимфосаркомы верхней конечности у больных, перенесших радикальную мастэктомию по поводу рака молочной железы. Развитие опухоли по типу метакронной множественности мы наблюдали у двух больных (рак нижней губы, спустя 7 лет—фибросаркома лопаточной области; фибросаркома правого бедра, через 4 года—рак желудка). Мы полагаем, что появление метакронных опухолей связано с общей предрасположенностью больных к опухолевым заболеваниям в силу уязвимости иммунной регуляции организма.

Синхронная множественность или первичная множественность—одновременное возникновение опухолей одного гистогенеза в разных областях тела. Как правило, этот вид множественности возникает только на фоне таких системных поражений, какими являются липоматоз, фиброматоз и болезнь Реклингхаузена. Среди наших больных синхронный тип множественности имел место в двух наблюдениях (нейрофиброматоз с малигнизацией двух узлов; липоматоз с саркоматозным перерождением одного узла).

Выявление причины одновременного перерождения нескольких узлов представляет большие трудности. На наш взгляд, это может быть связано с изменениями гомеостаза организма на уровне гормональных и иммунных процессов, что становится причиной нарушения равновесия между организмом и опухолевым процессом.

Регионарная множественность—последовательное (метакронное) возникновение новых опухолей не вблизи рубца, как проявление рецидива, а в известном отдалении. Высокая степень дифференцировки и хороший прогноз исключают вариант их метастатического происхождения. В наших наблюдениях у двух больных имел место аналогичный рост сарком мягких тканей—вскоре после хирургического вмешательства появились новые узлы вдали от операционного рубца того же гистологического строения. Мы считаем, что в этих наблюдениях их появление обусловлено ростом оставшихся в лимфатических сосудах саркоматозных клеток. По этой причине полностью исключить метастатическое происхождение новых узлов не является правомочным.

Местная множественность—в силу мультицентричного роста опухолей близко расположенные очаги приводят к частым и упорным рецидивам. Такой тип роста для сарком мягких тканей скорее является правилом, чем исключением. Именно способностью к мультицентричному росту можно объяснить упорный характер рецидивов после хирургического лечения злокачественных опухолей мягких тканей. Особенно характерна местная множественность для десмопластических опухолей и эмбриональных липосарком. Местный множественный тип роста сарком мы встречали в 17,3% наблюдений (97 больных). По гистологическому типу они распределялись следующим образом: фибросаркомы—у 63 больных (64,9%), липосаркомы—у 22 (22, 7%), злокачественные невриномы—у 9 (9,3%), синовиальные саркомы—у 2 (2,2%) и саркомы неясного генеза—у 1 (1,1%).

Таким образом, учет биологических особенностей роста и распространения саркоматозного процесса является весьма важным для выбора рационального объема хирургического вмешательства. Только всестороннее обследование больных делает возможным выполнение радикальных операций без нарушения принципа абластики. Знание биологических особенностей роста сарком мягких тканей позволяет снизить процент нерадикальных операций и рецидивов опухоли, что улучшает отдаленные результаты лечения больных саркомами мягких тканей.

НИИ рентгенологии и
онкологии им. В. А. Фаддеева

Поступила 25/IV 1985 г.

Հ. Մ. ԳԱԼՍՏՅԱՆ, Ա. Մ. ՍԱԿՅԱՆ

ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՍԱՐԿՈՄԱՆԵՐԻ ԱՃԻ ԵՎ ՏԱՐԱԾՄԱՆ ԿՆԵՍԱՐԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Հեղինակներն ուսումնասիրելով փափուկ հյուսվածքների սարկոմայով տառապող հիվանդների կլինիկական ընթացքը նկատել են, որ նշված ուռուցքների տարածումը սկզբնական շրջանում կրում է տեղային բնույթ, որը պայմանավորված է փակիդների սահմանափակող դերով: Պարզաբանված է, որ հիշյալ սարկոմաները շուրջն պատիճ. նրանք արագորեն տարածվում են ոսկրի վրա այն մասերում, որոնք աղքատ են մկաններից:

Ուռուցքի տարածումը նյարդա-անոթային փնջի վրա իրականում հանդիպում է անհամեմատ ավելի սակավ, քան ենթադրվում է: Անգիոգրաֆիայով, որը կատարված է 72 հիվանդների մոտ, նյարդա-անոթային փնջի ախտահարում կասկածվել է 31-ի մոտ, մինչդեռ իրականում այն եղել է 11 հիվանդների մոտ:

Սարկոմաների աճի և տարածման կենսաբանական առանձնահատկությունների պարզաբանումը նպաստում է ուղիղիվների տեղոսի նվազեցմանը և հիվանդների բուժման հեռավոր արդյունքների բարելավմանը:

A. M. GALSTIAN, A. M. SAHAKIAN

BIOLOGICAL PECULIARITIES OF THE GROWTH AND INCEDENCE OF SOFT TISSUES' SARCOMAS

The method of complex diagnosis of soft tissues' sarcomas is suggested based on the assestion of objective laws of their growth and incedence

dence. It is rather effective for the radicalisation of the surgical interventions, decrease of the recidivations per cent and improvement of the remote results of the treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даниель-Бек К. В., Колобяков А. А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. М., 1979.
2. Клименков А. А. Автореф. докт. дисс. М., 1971.
3. Павлов И. Н., Сливинская З. П., Пак Д. Д. Сов. мед., 1979, 8, с. 68.
4. Раков А. И., Чехарина Е. А. Злокачественные опухоли мягких тканей конечностей и туловища. Л., 1968.
5. Трапезников Н. Н., Кныш И. Т., Клименков А. А., Кострыба И. М. Злокачественные опухоли мягких тканей конечностей и туловища. Киев, 1981.
6. Фатыхова Г. Ф. В кн.: Оперативное лечение сарком мягких тканей с применением свободной кожной пластики. Казань, 1974, с. 111.
7. Thompson G. C. Clin. orthop., 1981, 19, 29.
8. Jost Y. O., Bante H., Senfiteben E. et al. Dtsch. med. Wochenschr., 1980, 105, 10, 341.

УДК616—001.4—002.3

Г. Н. БЕРЧЕНКО, А. В. НИКОЛАЕВ, Б. Н. АРУТЮНЯН

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ РАН, ЗАЖИВАЮЩИХ ПОД СТРУПОМ

Экспериментальные гнойные раны, заживающие под струпом, характеризуются нарушением стереотипной динамики саморегулирующейся воспалительно-репаративной реакции, что замедляет образование и созревание грануляционной ткани, ее эпителизацию и заживление раны.

Проблема профилактики и лечения хирургической инфекции чрезвычайно актуальна в связи со снижением эффективности антибактериальной терапии, ростом числа послеоперационных нагноений, малой эффективностью большинства общепринятых методов терапии, длительностью сроков лечения больных. В структуре гнойно-воспалительных осложнений нагноение ран составляет 35,7% от числа больных с послеоперационными осложнениями и 5,1% от числа оперированных [5]. Для установления патогенеза и разработки способов лечения гнойных ран большое значение имеет знание происходящих при их развитии морфологических изменений.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики гистологических и гистохимических изменений в экспериментальных гнойных ранах кожи крыс, заживающих под струпом.

Материал и методы

Эксперимент выполнен на 30 беспородных крысах-самцах массой 190 ± 10 г. Гнойные раны воспроизводились путем иссечения в межлопаточной области кожи с подкожной клетчаткой площадью 400 мм^2 с последующим размождением мышечной ткани, в которую вводилась па-