

СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
И Н С Т И Т У Т .

Кафедра факультетской хирургии

(Зав. кафедрой, д-р мед/наук
профессор Л.М. РАТНЕР)

и

Кафедра патологической анатомии

(Зав. кафедрой, д-р мед/наук
профессор А.И. НОДОВ)

СВЕРДЛОВСКИЙ ИНСТИТУТ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
Л Е Ч Е Н И Я

Онкологическая клиника (Научный руководитель
доктор мед/наук, профессор Л.М. РАТНЕР.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ И ЕЕ ОТНОШЕНИЕ

К Р А К У .

О.М. В Е Д Е Н И Н А .

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук.

О Г Л А В Л Е Н И Е

Стр.

Введение	I
ГЛАВА I. Анатомогистологическая характеристика грудной железы	13
I. Литературные данные	13
а) Краткие данные эмбриогенеза	13
б) Краткие анатомические данные	16
в) Общие гистологические данные.....	19
г) Возрастные гистологические особенности грудной железы	23
2. Возрастные анатомо-гистологические особенности грудной железы (собственный материал)	28
а) Гистологическая структура грудной железы девочек	29
б) Гистологическая структура грудной железы девушек в возрасте от 15-20 лет.	32
в) Гистологическая структура грудной железы девушки во время менструации	33
г) Гистологическая структура грудных желез рожавших и нерожавших женщин в возрасте от 20-40 лет	36
д) Гистологическая структура грудной железы женщины во время беременности и лактации	42
е) Гистологическая структура грудных желез нерожавших, малорожавших и многоорожавших женщин в период угасания половой жизни	47
3. 3 а к л ю ч е н и е	56
ГЛАВА II. Фиброзно-кистозная мастопатия (диффузная дисгормональная гиперплазия)	61
I. Литературный обзор вопроса	61
2. Основные варианты фиброзно-кистозной мастопатии (собственный материал)	77

а) Фиброзно-кистозная мастопатия	79
б) Проллиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия	105
в) "Кровоточащая" фиброзно-кистозная мастопатия	112
г) Фибroadенoз	133
3. К вопросу состояния местной соединительной ткани при фиброзно-кистозной мастопатии...	137
4. З а к л ю ч е н и е	146
ГЛАВА III. Развитие рака на почве фиброзно-кистозной мастопатии	150
1. Литературные данные о частоте перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак	150
2. Случай рака, развившегося на почве фиброзно-кистозной мастопатии (собственный материал)	154
а) Раки из внутрикистозных аденом	155
б) Раки из папиллярных аденом протоков	166
в) Раки из аденоматозных узлов	172
г) Множественные раки грудной железы	184
д) Рак из эозинофильного эпителия	188
3. К вопросу о состоянии местной соединительной ткани в раковой опухоли	192
4. З а к л ю ч е н и е	205
ГЛАВА IV. Узловая дисгормональная гиперплазия (Фибroadенома) и ее отношение к раку грудной железы	208
1. К вопросу о патогенезе фибroadеном	208
2. Гистологические варианты фибroadеном (собственный материал)	224
а) Аденофибромы	231
б) Фибroadеномы	233
1) Периканаликулярная фибroadенома	234
2) Интраканаликулярная фибroadенома	236

3) Альвеолярная фиброаденома	238
4) Кистоаденома	240
5) Фиброаденома со смешанной гистологической структурой	242
3. Саркома, развившаяся из фиброаденомы грудной железы	245
4. Раки, развившиеся из фиброаденомы грудных желез.....	248
5. З а к л ю ч е н и е	255
О б щ е е з а к л ю ч е н и е	258
Приложение	264
1) Краткие протоколы гистологического исследования грудных желез по возрасту	264
2) Краткие выдержки из историй болезни и протоколов гистологического исследования больных с фиброэно-кистозной мастопатией	303
Литературный указатель ...	378

ВВЕДЕНИЕ .

В настоящее время онкология перестраивается и впервые твердо становится на путь реальной профилактики рака.

До последних лет считалась возможной профилактика только профессиональных раков. В настоящее время можно проводить в жизнь профилактику всех злокачественных опухолей.

По Петрову и *Montpellier* профилактика рака проводится в двух направлениях:

- 1 - Устранение или обезвреживание раздражителей,
- 2 - Лечение предраковых заболеваний.

В этом аспекте всякая работа, преследующая цель освещения с какой-либо стороны темы о предраке, становится актуальной и практически важной.

В настоящее время уже почти нет врачей, которые бы не придавали большого значения предраковым состояниям. Но изучение истории этого вопроса показывает нам, с каким трудом учение о нем завоевало право гражданства в науке.

Термин "прекарциноматозные заболевания" был применен впервые в Англии Батчинсоном и Якобсоном в конце прошлого столетия. Несколько позднее он появился в немецкой литературе (*Orth, Borst, Zubarsch*).

В начальном периоде представление о прекарциноматозе, еще не подкрепленное экспериментами, носило умозрительный характер.

Orth (1887г.), на работы которого ссылаются все последующие авторы, описал ряд хронических патологических процессов, названных им предраками, к ним он относил:

рубцы, старче фистулезные ходы, остеомиелит, цирроз печени,

камни мочевого и желчного пузыря, болезнь Педжета, доброкачественные опухоли, родимые пятна, пигментную ксеродерму.

Приблизительно также, как и *Orth*, походит к предраку первый французский пропагандист учения о прекарциноматозе *Meistricher*; он изучает предраки внутренних органов, к которым относит аденомы, язвы желудка, кишечный полипоз.

До развития экспериментальной онкологии термин "предрак" не получил всеобщего признания и не оказывал никакого влияния на клиническую онкологию.

Развитие экспериментальной онкологии началось с постановки опытов перевивки опухолей животным.

В 1875 г. Новинский впервые показал возможность перевивки спонтанных опухолей собак другим животным. Факт перевивки опухолей ярко иллюстрирует автономность опухолей и дает возможность изучить условия роста опухоли и тех условий, которые ускоряют или задерживают этот рост.

В 1906 г. *Fischer Wasels*, впрыскивая под кожу уха кролика краску шарлах рот в растительном масле, получил атипическое разрастание эпителия; эти атипические разрастания он называет "пребластоматозами".

В 1916 г. *Yamagawa* и *Ichikawa* показали, что смазывание уха кролика каменноугольным дегтем может вызвать развитие рака.

Эти опыты были подтверждены во всех лабораториях мира, и с тех пор получение дегтярного рака стало одним из

основных методов экспериментального изучения опухолей.

У нас в Советском Союзе изучением экспериментального рака стали заниматься (по указаниям Шабада) с 1922 г (Шабад, Гаршин, Петров, Кроткина, Шор, Ларионов, Магат, Пейсахович).

Экспериментальное получение рака дало возможность изучать морфологические состояния, предшествующие раку. Смазывая кожу белых мышей канцерогенными веществами, авторы получали папиллому кожи, которая изъязвлялась и превращалась в рак.

Вводя канцерогенные вещества в половой канал мыши, они получали рак шейки матки, при этом была прослежена вся цепь морфологических изменений, предшествующих раку. Таким образом был получен экспериментальный рак кишечника, желудка, желчного пузыря и др. органов.

Учение о предраке постепенно все больше и больше начало завоевывать внимание как клиницистов, так и теоретиков. Особенно увлеклись этим учением клиницисты. По окончании первой Империалистической войны одновременно во многих странах появились клинические работы, посвященные предраку; в этих работах авторы относили к предракам хронические патологические процессы самой различной природы: рубцы, хронические язвы, эмбриональные отщепления, уродства, дегенеративные процессы, доброкачественные опухоли.

Новая идея повела к излишним увлечениям и к переоценке фактов. Неправильная трактовка привела к непра-

вильной хирургической тактике, т.е. к требованиям обязательной ликвидации хирургическим путем всех упомянутых патологических процессов, что и невозможно, и ненужно. Среди многих ученых появились разногласия по вопросу определения сущности прекарциноматоза.

У нас в Советском Союзе впервые выдвинули проблему прекарциноматоза Познанин и Гаршин в 1927 г. на I-м съезде патологов в Киеве.

Гаршин пишет: "Нет надобности вводить в понятие "предрак" элемент обязательности перехода данного состояния в рак, а если так, то нет надобности и отбрасывать практически важное понятие об изменениях и процессах, могущих вести к раку. Их можно назвать, для точности "условно предраковыми" и практически делать все выводы из такого понимания условности".

Герцен (1937г.) принадлежит к группе онкологов, утверждающих, что рак может развиваться лишь на патологически измененных тканях. "Предрак безусловно имеет право на существование".

Смирнова-Замкова на съезде онкологов УССР в Киеве в 1935 г. говорит: "Состояние "прекарциноматоза" должно быть принято, как понятие факультативное в смысле перехода в рак".

Нудольская в работе "Предраковое состояние шейки и тела матки" 1947 г. пишет, что предраковое состоя-

ние является понятием комплексным клинико - гисто-биологическим, где совокупность патологических изменений, как местного так и общего порядка, может повести в дальнейшем к возникновению ракового процесса, но отнюдь не должна повести к раку.

Точки зрения морфологов о прекарциноматозе различны:

Давыдовский считает, что нет морфологического предрака.

Криницкий указывает, что патологоанатомы не полагают точными данными для постановки диагноза "Прекарциноматозное состояние".

Улезко-Строганова пишет, что злокачественный рост начинается сразу скачками, следовательно, перехода, характеризующего предрак, не существует. Она считает термин "предрак" излишним. По ее мнению можно говорить только о наклонности эпителиальной гиперплазии переходить в рак.

Дерман в работе "Современное положение вопроса о предраке с патологоанатомической точки зрения" - 1934г. считает, что термин предрак имеет большое практическое значение, он обозначает такое страдание, которое в определенном % случаев переходит в рак. Изучение предрака должно идти по пути суммарного изучения клинических, биологических и морфологических проявлений.

"Нужно основательно изучать гистогенез ранних форм рака, а также и тех предраковых состояний, которые, как

правило, становятся раковыми. Нужно как можно больше исследовать переходных форм и стремиться сравнивать предраковые состояния и ранние формы рака, тогда, ^{быть} может, возможно будет подметить те морфологические состояния, которые предшествуют образованию рака".

Таким образом, на основании анализа литературных данных, мы можем сделать вывод, что:

1. Прекарциноматоз признается большинством ученых,
2. понятие "прекарциноматоз" является комплексным клинико-гисто-биологическим.

Разделяя полностью эту точку зрения, мы считаем, что термин "прекарциноматоз" несомненно имеет большое практическое значение в клинике в вопросах: тактики хирурга и профилактики рака.

В основе предракового состояния тканей лежит, как мы уже сказали, комплекс разнообразных патологических процессов.

1. Процессы общего порядка
2. Местные процессы.

К процессам общего порядка относятся: состояние нервной и эндокринной системы, обмена веществ, состояние соединительной ткани в организме, конституция.

К местным процессам авторы относят процессы патологической регенерации, пролиферации, дегенерации и дизонтогенетические состояния.

Fischer Wasels. (цитировано по Лифшицу) считает, что в основе "пребластоматоза" лежит 3 процесса:

1. дизонтогенетические, пребластоматозные состояния, т.е. врожденные опухоли, зачатки,

2. регенераторные процессы, следующие за длительными хроническими повреждениями.

3. комбинация дизонтогенетических и регенераторных процессов.

Дамберг сущность предрака объясняет повторной регенерацией, в результате чего наступает разрушение эпителия, и выделяются вещества, вызывающие усиленный рост эпителия.

Гаршин считает, что раковые разрастания можно рассматривать, как дальнейшее развитие воспалительных разрастаний. Процесс ракового перерождения происходит при воспалительной пролиферации эпителия. Такой же точки зрения придерживается Познанин, по его мнению в процессе развития рака следует отмечать 3 цикла:

1. Васкуляризацию эпителия,

2. пролиферацию его клеток, что приводит к атипическим разрастаниям и

3. р а к .

Аничков рассматривает предрак, как связывающее звено между регенераторным и опухолевым ростом. При этом регенераторный рост обнаруживает атипические признаки, т.е. разрастающиеся клетки дают явления анаплазии, образуя разрастания. Эти разрастания близки к раку, но они могут подвергаться и обратному развитию.

После того, как учение о предраке проникло во врачебные умы, его начали детализировать и искать предраки во всех органах и системах органов. Для некоторых органов это удалось сравнительно легко, так например, на коже болезнь Педжета, болезнь Бовена и *Xeroderma pigmentosum*, как правило, переходят в рак (Шанин, Петров, Кроткина, Халипский).

Шанин отмечал диффузную гиперплазию эпидермальных слоев кожи и ее дериватов (волосянных волликулов), в случаях развития рака на почве этих заболеваний.

Предраковые состояния шейки и тела матки изучались Нудольской. Она считает, что атипичные разрастания могут стать в дальнейшем раковыми при наличии общих предрасполагающих условий.

„С гистологической точки зрения угрожающими по раку могут считаться те состояния эпителия, которые морфологически сходны с различными стадиями развития экспериментального рака, а именно: 1-гиперплазия эпителия, 2-картозы, гиперкертозы, кожные рога, 3-папилломы.“ (Нудольская)

В желудочно-кишечном тракте прекарциноматозная роль полипов не внушает никаких сомнений (Скобунова, Пейсахович, Фридман).

Что касается грудной железы, то здесь вопрос обстоит значительно сложнее.

В советских и иностранных работах ученые к предракам грудной железы относят ряд различных патологи-

ческих процессов, включая почти все пороки развития и хронические заболевания.

Так, например, *Zweifel, Payne* относят к предракам:

1. Добавочные молочные железы
2. Недоразвитие грудной железы
3. Травматический мастит
4. Гинекомастия
5. Хронический мастит
6. Фиброматоз.
7. Кровотокающую грудную железу
8. Экзему соска
9. Болезнь Педжета (*Paget*)
10. Фиброаденому и аденому
11. Туберкулез
12. Болезнь Рекля.

Столь широкое толкование предраков лишает учение о нем всякой ценности.

Мельников выделяет 4 процесса, которые рассматривают, как предраковые состояния грудной железы:

1. Хронический мастит
2. Хронический кистозный мастит
3. Кровотокающая грудная железа
4. Доброкачественные опухоли.

Jschoff, являясь сторонником точки зрения, что рак и предрак развиваются при гормональных расстройствах, выделяет следующие предраки грудной железы:

1. *Mastopathia chronica cystica*.
2. *Fibroadenoma*.
3. *Adenoma*.

Все эти классификации не удовлетворяют ни хирургов, ни теоретиков, так как всем известно, что не каждая доброкачественная опухоль обязательно переходит в рак, и не каждая фиброзно-кистозная мастопатия является почвой для развития рака.

На основании литературных данных и опыта онкологической клиники Свердловского Физиотерапевтического института, основным предраковым состоянием грудной железы мы считаем "дисгормональную гиперплазию" грудной железы.

Глазунов к дисгормональным гиперплазиям относит псевдоопухолевые процессы, появление которых связано с половыми и гипофизарными гормонами; он признает:

1. диффузные дисгормональные гиперплазии, к которым относится болезнь Реклю, миофиброматоз матки, эндометриозы.

2. узловые дисгормональные гиперплазии: фиброаденома грудной железы, фибромиома матки, аденома щитовидной и предстательной желез.

В пользу такого взгляда в настоящее время говорят многочисленные экспериментальные исследования *Uormaghtighei Amerlink, Lacassagne, Birchows*.

Грудная железа, по выражению *Kaberland's*, является самым беспокойным из всех органов человеческого

организма (приведено по Ратнеру).

"Функциональное беспокойство и приводит к различным изменениям структуры органа". Каждая физиологическая пертурбация в половой сфере женщины неизменно отражается на строении грудной железы.

Незнание нормальной гистологической структуры грудной железы в различных ее фазах приводит к серьезным ошибкам в оценке гистологических препаратов. Такие ошибки вводят в заблуждение клиницистов и приводят к неправильному лечению. Вследствие этого становится особенно важным знание нормальной гистологической структуры грудной железы. С целью не впасть в ошибку и уметь твердо разграничивать нормальные процессы от патологических, мы сочли себя обязанными посвятить одну главу анатомо-гистологическим особенностям грудной железы, связанным с возрастом и с такими физиологическими состояниями, как менструация, беременность и лактация.

В своей работе мы стремились выполнить постулаты Дермана и дать детальную морфологическую характеристику фиброзно-кистозной мастопатии в случаях предраковых состояний грудной железы, показав гистогенез "предрака" и переход его в рак.

С целью большей объективности в оценке фиброзно-кистозной мастопатии, как "предрака", мы отбросили все случаи сочетания ее с раком и относили к ракам, развившимся на почве фиброзно-кистозной мастопатии, только те случаи, где были несомненные гистологические доказательства этого перехода.

Наше воззрение на роль фиброзно-кистозной мастопатии в генезе рака консонирует со взглядами Герцена, Bloodgood, Dietrich, Mayo .

Нами было исследовано 600 грудных желез женщин. Из них: 1: 60 нормальных грудных желез было взято от женских трупов разных возрастов.

2. В 100 случаях исследовались грудные железы, удаленные при операции по поводу фиброзно-кистозной мастопатии.

3. В 80 случаях исследовались так называемые фиброаденомы.

4. В 360 случаях исследовались грудные железы после радикальной мастэктомии по поводу рака грудной железы.

Операции производились главным образом в онкологической клинике Свердловского Физиотерапевтического Института, частично в клинике Факультетской хирургии и в отдельных случаях в госпитальной хирургической клинике Свердловского Медицинского Института.

Г Л А В А I.

АНАТОМО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ДАННЫЕ .

Краткие данные эмбриогенеза грудной железы .

Первый зачаток грудной железы человека появляется в конце второго месяца утробной жизни (Aschoff, Завазин) или в начале третьего (Мелендорф, Штер) в виде валикообразных утолщений эпителия кожи, простирающихся от подмышечной впадины до пахового сгиба (симметрично с обеих сторон). Это так называемая молочная линия или млечная полоска.

К концу 2-го месяца утробной жизни у человеческого зародыша на этой линии образуется ряд четкообразных утолщений - молочных точек, из которых 4-я пара сверху начинает постепенно развиваться, тогда как остальные в норме у человека исчезают и только в редких случаях из них развиваются добавочные грудные железы.

На рисунке № I показана молочная линия, место развития добавочных молочных желез (Merkel)

На 5-и и 6-м месяце эмбриональной жизни от этих молочных точек отходит в подлежащую соединительную ткань 12-15 (Aschoff) эпителиальных тяжей.

На 7-8 месяце в эпителиальных тяжах появляются просветы, окаймленные несколькими слоями эпителия.

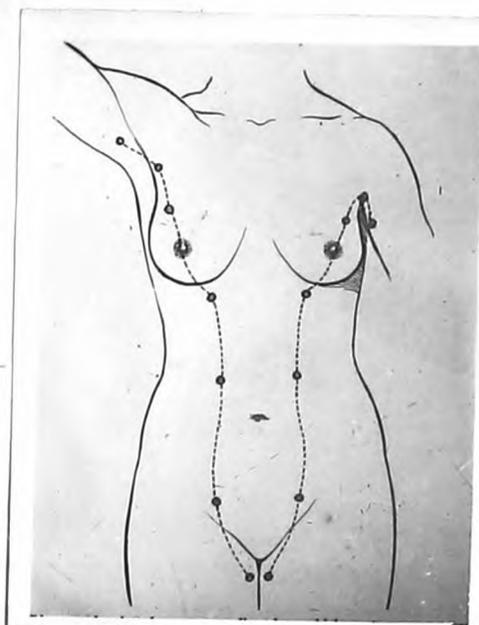


Фото № I
Молочная линия из Hertzel's
по Merkel'y

У новорожденных на I-2 месяце жизни наблюдается кистозное расширение железистых просветов и наполнение их секретом, так называемым „молоком ведьм.“ Затем секреция прекращается, и железа возвращается к прежнему состоянию покоя. Позднее, каждый главный проток разветвляется, и образуются железистые дольки.

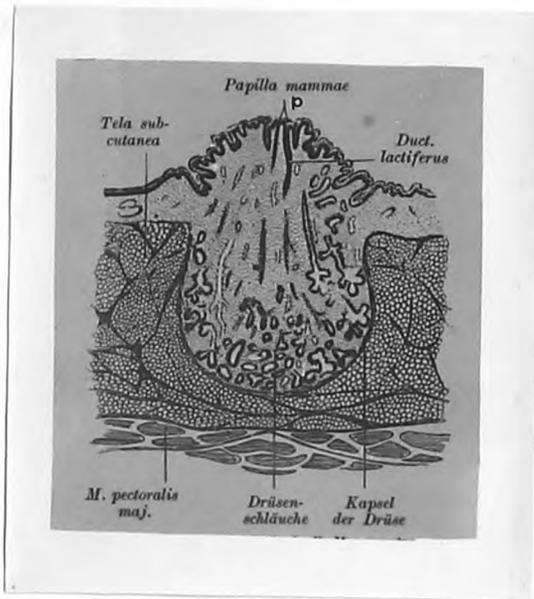


Рис. № 4.

Разрез молочной железы новорожденной девочки (из Заварзина по Корннгу)

- P- сосок
Duct lactiferus - молочные ходы
Tela subcutanea - жировая ткань
Drüsen schläuche - железистые трубки
Kapsel der Drüse - соединительнотканная оболочка.

Анатомические данные .

Грудная железа представляет собой полушаровидное образование, располагающееся на фасции большой грудной мышцы, с которой связана рыхлой соединительной тканью, что и обуславливает ее подвижность.

Основание грудной железы простирается сверху вниз от III до VI ребер (нередко верхний край железы дает выступ в сторону подкрыльцовой впадины), латерально до подмышечной линии, медиально до края грудины.

Между железами остается пространство, соответствующее грудице - *Spacia mammae*.

Несколько книзу от середины полушаровидного выступа железы находится морщинистое конусообразное возвышение - сосок (*papilla mammae*), верхушка его изрыта открывающимися млечными ходами. Сосок окружен околососковым пигментированным диском - *areola mammae*.

Форма грудной железы зависит от индивидуальных особенностей. Хорошо сформированная у грудных молодых женщин имеет форму полушара, высота которого равняется приблизительно поперечнику основания. Вследствие небольшого отвисания нижняя половина груди более округла, чем верхняя (Лысенков).

От этой формы при наблюдаются отклонения. Иногда у молодых девушек, чаще у многородивших женщин встречаются железы, потерявшие свою упругость, сильно отвисающие книзу (*descensus mammae*), у нижней их округленности образуются более или менее глубокие складки.

Мартин выделяет три типа женской грудной железы:

I-чашковидная, 2 - коническая, 3 - в виде козьего вымени, При этом могут наблюдаться крайние отступления от среднего размера, а именно - макро и микромастия. Сосок окрашен в темный цвет и окружается пигментированным участком кожи - *areola mammaria*. Кожа околососкового кружка бугристая, благодаря заложенным в ней крупным апокриновым железам - *glandulae areolares* (Montgomery), между ними залегают также большие сальные железы.

В коже околососкового кружка и соска находятся многочисленные гладкие мышечные волокна, идущие частью циркулярно, частью продольно вдоль соска.

Тело грудной железы лежит под кожей и состоит из 15-20 конусообразных обособленных долей - *lobi mammaria*, сходящихся радиарно верхушкой к соску, однако нередко некоторые доли выдаются за пределы основной массы грудной железы или совсем отщепляются, образуя так называемые *mammilla aberratae*. Такие неправильно заложенные доли чаще всего находятся в подмышечной впадине.

Доли связаны между собой соединительной тканью, содержащей то или иное количество жира. Соединительная ткань, вросшая в доли, подразделяет их на дольки - *lobuli mammaria*, последние состоят из множества железистых пузырьков - окончаний выводных протоков.

Таким образом, молочная железа по типу своего строения относится к сложным альвеолярно-трубчатым железам.

Число отверстий на соске обыкновенно несколько меньше числа молочных ходов (8-15), так как отдельные ходы в области соска соединяются.

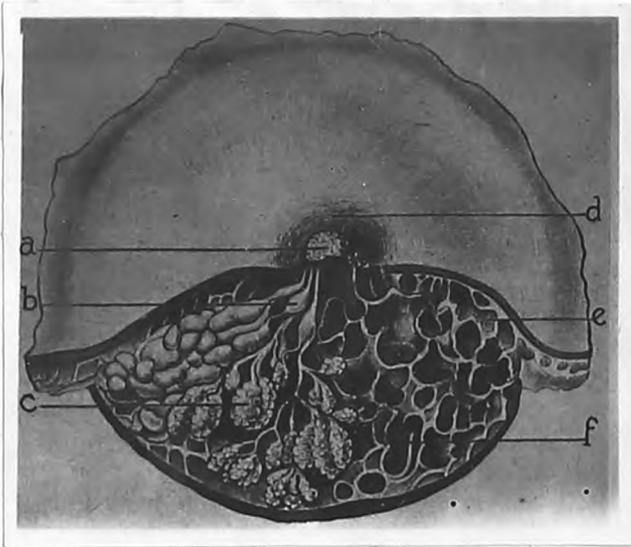


Фото № 5. Схема анатомической структуры грудной железы.

- а - сосок,
- в - sinus lactiferus
- с - lobuli mammae
- д - acеоla mammae
- е - соединительнотканная строма железы
- ф - д о ж е (из Ketzler'a).

Связочный аппарат грудной железы.

1. Собственный подвешивающий аппарат грудной железы составляет *fascia superficialis* (*lig suspensorium Givaldes*). Эта фасция состоит из 2-х листков, образующих капсулу, охватывающую грудную железу, которая прикрепляется по всей длине ключицы.
2. Грудная железа соединяется посредством фиброзных тяжей - *refinaeula cutis* с кожей и фасцией большой грудной мышцы.

Сосуды молочной железы.

Различают три источника артериального снабжения грудной железы:

1. В е т в и а *mammaria interna*, проходящие к железе через 2-4 межреберные промежутки;

2. ветви *a intercostales*

3. *a thoracalis lateralis*.

Артерии, проникая в железу с различных сторон, разветвляются в соединительной ткани между дольками и образуют капиллярную сеть вокруг железистых пузырьков в дольках. Вены - частью сопровождают названные артерии, частью идут под кожей, образуя сеть с широкими петлями.

Лимфатические пути отводят лимфу по нескольким путям:

I. Подкрыльцовый путь.

Из латерального отдела грудной железы в подмышечные лимфатические узлы. Сосуды идут по нижнему краю большой грудной мышцы.

2. Подключичный путь.

Сосуды идут между большой и малой грудными мышцами к подключичным лимфатическим узлам.

3. Надключичный путь - к надключичным лимфатическим узлам.

4. Внутригрудной путь - лимфатические сосуды прободают межреберные мышцы и несут лимфу в медиастинальные лимфатические узлы (исследования Пиарье и Кюнео).

Н е р в н ы .

Чувствительные нервы железа получает от 2-6 п.п. *intercostales*. В иннервации кожи, покрывающей железу, принимают участие также ветви *n. thoracalis anterior* из плечевого сплетения и *n. supraclavicularis* из шейного сплетения. Вместе с сосудами в железу проникают и симпатические нервы.

Общие гистологические данные.

Гисто-анатомия грудной железы тесно связана с возрастными и функциональными периодами жизни женщин, о чем речь

будет идти ниже. Сейчас мы кратко остановимся на некоторых общих для всех этих периодов данных.

Грудная железа женщины представляет из себя сложную альвеолярно-трубчатую железу, состоящую из стромы и паренхимы. К паренхиме относятся эпителиальные железистые элементы, к строме - соединительнотканый остов, сосуды и нервы.

Железистые элементы грудной железы.

Главные выводные протоки долей - *ductus lactiferus* образуют в сосковом отделе расширение - *sinus lactiferus*. В теле железы главные протоки разветвляются и оканчиваются концевыми отделами., последние образуют дольки. Концевые отделы состоят из терминальных выводных протоков и пузырьков - альвеол.

Стенка выводных протоков по данным Langhans'a и Nordmann'a построена из нескольких слоев различных тканей.

Внутренняя поверхность главного протока (*ductus lactiferus*) выстлана однослойным цилиндрическим эпителием, который в сосковой части уже в конце *sinus lactiferus* становится многослойным, переходным (из 8-10 слоев) и в области отверстий на соске (*porus lactiferus*) имеет наклонность к ороговению.

Под слоем цилиндрического эпителия встречаются клетки звездчатой формы с широким телом и отростками - "корзинчатые" (их описывает Asehoff, Заварзин, Кулябко). Эти клетки называют миоэпителиальными. Вопрос о генезе этих клеток является спорным. Бенда - относит их к гладким мышечным волокнам, Ранвье - пришел к выводу, что

корзинчатые клетки относятся к эпителиальной ткани, Краузе-к нервным элементам. Количество клеток в миоэпителиальном слое значительно меньшее, нежели в слое цилиндрического эпителия. (приведено по Кулябко).

Под миоэпителиальным слоем идет слой субэпителиальной соединительной ткани, переплетенный сетью эластических волокон. Затем располагается слой гладких мышечных волокон.

Самым наружным адвентициальным слоем является слой перидуктальной соединительной ткани, содержащей круглые и веретенообразные клетки, кровеносные капилляры; вся эта ткань пронизана более мощной сетью эластических волокон. Тканевые щели расширены, наполнены тканевой жидкостью.

Концевые отделы, состоящие из терминального протока и концевого пузырька, имеют следующую гистологическую структуру: внутренняя поверхность их выстлана кубическим эпителием, высота эпителиальных клеток от 2-15 м. Ядро клетки - круглое или овальное с 1-2 ядрышками и нежной хроматиновой сетью.

За слоем кубического эпителия идет слой анастомозирующих миоэпителиальных клеток, которые как бы создают опору клеткам кубического эпителия.

Вокруг концевых отделов имеется оболочка, так называемая *membrana propria*, которая, по мнению одних авторов, образована гладкими мышечными волокнами, по мнению других - состоит из ретикулярной и отчасти рыхлой соединительной ткани.

Строма грудной железы.

К сожалению, почти ни в одном из основных современных гистологических учебников (Заварзин, Мелендорф и Штер) нет достаточно полных указаний на характер стромы грудной железы.

Этот пробел был особенно осущитим нами, так как, изучая ряд патологических процессов (рак, фиброзно-кистозную мастопатию, фиброаденому), мы убедились, что соединительная ткань - строма грудной железы участвует в этих процессах не менее значительно, чем паренхима.

Немилов А.В. в общем курсе микроскопической анатомии указывает, что соединительнотканый остов молочной железы состоит из плотных пучков клейдающих фибрилл, эластических волокон и скоплений жировых клеток.

Этот остов представляет из себя как бы решетку, в которой заложены железистые дольки. Соединительнотканый остов подвергается сильным индивидуальным колебаниям.

Немилов выделяет два типа грудных желез: 1. железистый, когда паренхима сильно развита, а строма мало; 2. соединительнотканый, когда преобладает строма, а паренхима развита слабо.

Между этими двумя типами существуют переходные формы.

Наряду с грубой соединительной тканью, образующей остов грудной железы, имеется интерстициальная (Заварзин) рыхлая васкуляризированная соединительная ткань; она разделяется на вокругдольковую, (окружающую дольки), и внутридольковую, (окружающую концевые отделы и мелкие протоки долек). В этой ткани проходят кровеносные, лимфатические сосуды и нервы, она богата клеточными элементами, среди которых встречаются лимфоциты, плазматические клетки и даже эозинофилы.

Dawson, Hertzler считают, что очень трудно сказать, какова нормальная гистологическая структура грудной железы. Они производили специально большое количество исследований грудных желез и отмечают большое разнообразие структур у различных индивидуумов.

Заварзин, Мелендорф и Штер Немиллов, Кадкин, Богданова, Браун, *Carpenter*, *Rosenburg*, *Hertzler*, *Eggeling* на основании существующей зависимости между строением грудной железы и моментами, определяющими начало и конец полового периода, а также моментами беременности и кормления различают несколько возрастных периодов, в которые грудная железа имеет особую гистологическую структуру. *Carpenter* выделяет следующие периоды:

1. Постэмбриональный период
2. Дреmlющий период (период покоя) до появления первой менструации.
3. Предменструальный и менструальный период.
4. Постменструальный период
5. Период беременности и кормления
6. Период обратной инволюции.

Грудная железа новорожденных - постэмбриональный период.

Железистая ткань развита слабо, протоков мало, железистые дольки не выражены. Основа железы состоит из коллагеновой ткани. Протоки окружены рыхлой перидуктальной соединительной тканью. Местами отмечается в строме скопление лимфоцитов. Эпителий протоков - сочный, цилиндрический, иногда пролиферирует и превращается в многослойный. Эта пролиферация объясняется содержанием в крови новорожденного материнских половых гормонов.

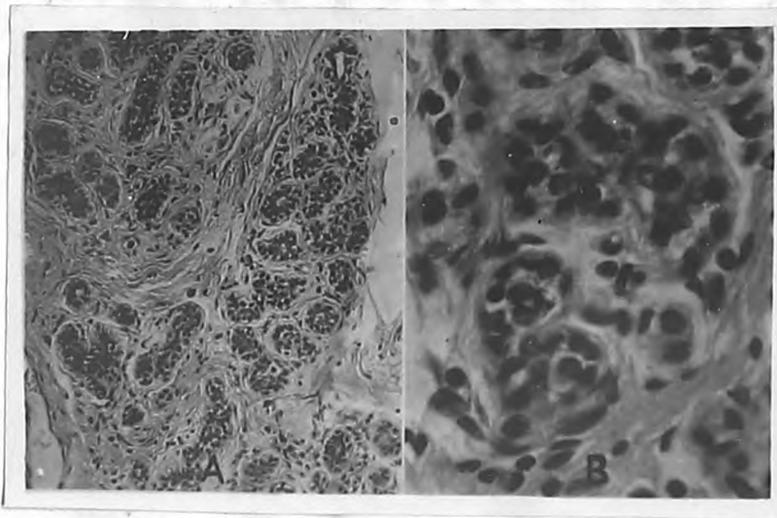
Дреmlющий период - до появления первой менструации.

Происходит формирование новых протоков, перидуктальная соединительная ткань становится более мощной, лимфоидная инфильтрация, стромы выражена слабее, чем в первом периоде.

Отмечается расширение протоков и десквамация их эпителия.

Менструальный период.

В результате оварияльной стимуляции наступают следующие изменения в железе: отмечается разрастание перидуктальной соединительной ткани. Увеличивается содержание лимфоцитов. Дольки отсутствуют или рудиментарны, но появляются концевые пузырьки, что связывается с моментом перехода слизистой матки в деятельное состояние. В грудной железе зрелой женщины, по данным Дикмана, происходит расширение просветов железистых трубок, клетки базального слоя эпителия увеличиваются в объеме, вакуолизируются, в просветах железистых трубок накапливается секрет, *membrana pectoris* исчезает.



Микрофотограмма № 6.

Грудная железа во время менструации (из Kertzer'a).
На микрофотограмме железистая долька, альвеолы ее выстланы сочным крупным эпителием. Интерстициальная соединительная ткань отечная, богата клетками.

Постменструальный период .

Формируется *corpus luteum* и под влиянием его гормона грудная железа претерпевает следующие изменения. Соединительная ткань ее становится рыхлой, миксоматозной. Эпителий протоков сочный, пролиферирует, внедряясь в просветы протока. В протоплазме его появляются вакуоли, развивается толстая *membrana propria*.

В просветах протоков накапливается секрет, концевые пузырьки исчезают. Активность в пролиферации эпителия протоков и соединительной ткани грудной железы соответствует одновременной активности эндометрия, что проявляется в гиперплазии последнего.

Во вторую половину менструальной жизни, в интервалах между менструациями соединительная ткань становится менее сочной, просветы желез суживаются, эпителий их становится мелким, редким, количество клеток его уменьшается.

Период беременности .

Если яйцевая клетка оплодотворилась, и беременность наступила, то в грудной железе также наступают изменения, необходимые для выработки молозива, а затем молока.

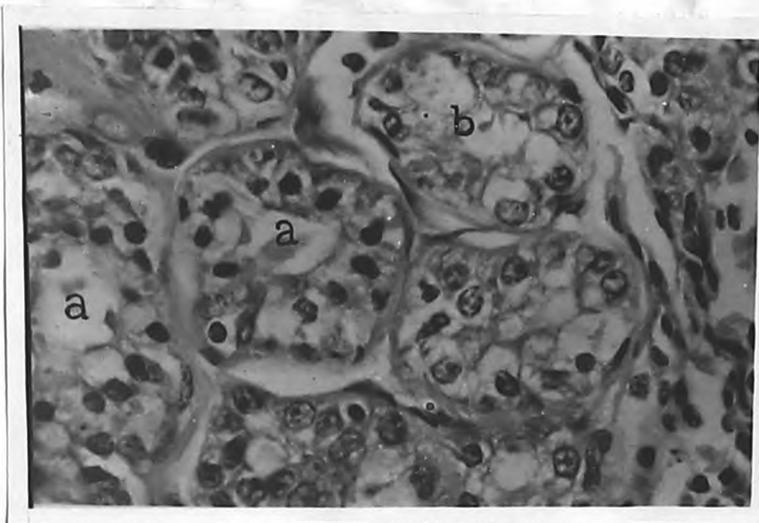
Дольки гиперплазированы, образуются многочисленные секреторные концевые пузырьки под влиянием гормона желтого тела. Эпителий их сочный, пролиферирует и одновременно подвергается дегенерации. Междольковая соединительная ткань редуцируется до тонких прослоек. Секреция замедлена вследствие антагонистического действия плаценты.

Период лактации .

После рождения плода, когда тормозящее действие пла-

центн прекратилось, стадия пролиферации эпителия концевых отделов переходит в стадию секреторную или стадию лактации.

Гистологическая картина грудной железы в этот период та же, что и в предыдущем периоде, эпителий железы крупный и находится в состоянии секреторной активности. Концевые отделы расширены, выстланы однослойным кубическим или цилиндрическим эпителием. В протоплазме апикальной части эпителиальной клетки содержатся жировые капельки, которые также содержатся в просветах желез.



Микрофотограмма № 7

Грудная железа во время лактации (Из Kertzelera)

На микрофотограмме - стенка альвеолы, выстланная крупным светлым эпителием, в апикальной части клеток капли жира.

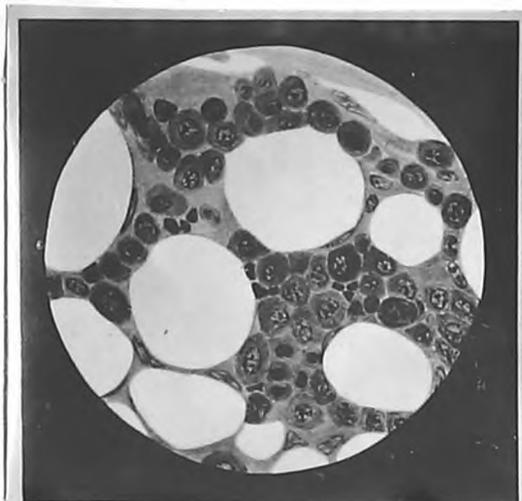
Постлактационный период.

Новообразованные железистые дольки и протоки по прекращении лактации исчезают, и грудная железа возвращается к состоянию, в котором она была до беременности.

С т а д и я и н в о л ю ц и и .

По окончании полового периода инволюционные изменения, железы заходят значительно дальше по сравнению с постлактационным периодом и становятся необратимыми; увеличивается содержание жировых клеток в строме железы, концевые пузырьки атрофируются и в конце концов у пожилых женщин остаются только одни выводные протоки, окруженные мутной перидуктальной соединительной тканью. Коллагеновая ткань исчезает, заменяясь жировой тканью, часто перидуктальная ткань грубеет, вследствие чего выводные протоки железы растягиваются и образуются ретенционные кисты.

Eggeling в работе "молочная железа" уделяет внимание состоянию местной соединительной ткани в различные возрастные периоды грудной железы. Его исследования показывают, что у новорожденных соединительная ткань грудной железы рыхлая, отечная, богатая клетками (лимфоцитами, нейтрофилами, плазматическими клетками, эозинофилами, как редкая находка встречаются гигантские клетки). Ткань богата сосудами, через стенки которых в первые дни жизни наблюдается диapedез эритроцитов. См. микрофотограмму № 8.



Клетки соединительной ткани в грудной железе новорожденного. (из *Eggeling*'а).

В грудной железе девочек он отмечает появление небольшого количества нежных эластических волокон в стенках протоков. У зрелых женщин, Верка различает в грудной железе два вида соединительной ткани: 1 - рыхлую, образующую ложе железистым образованиям (Eggeling). Эта ткань богата сосудами и различными клетками (эндотелиальными лимфоцитами, плазматическими клетками, фиброцитами), 2 - плотную соединительную ткань, образующую основную массу железы.

Он отмечает незначительное содержание эластических волокон в стенках протоков.

В климактерическом периоде количество эластических волокон резко увеличивается (на это указывают также Кичи, Riesel, Верка).

Eggeling отмечает, что число беременностей вызывает увеличение количества эластических волокон в стенках протоков.

Собственный материал .

Нами изучено 60 относительно нормальных грудных желез взятых у женщин в возрасте от 17. до 72 лет., умерших в Физиотерапевтическом Институте от различных, преимущественно остро протекающих заболеваний, а также в случаях скоростижной смерти от кровоизлияний в мозг.

Из каждой, взятой на аутопсии грудной железе нами брались кусочки из различных мест в количестве 3-4. Взятые кусочки фиксировались в 10% формалине, проводились через спирты, заливались в целлоидин.

Срезы окрашивались следующими способами:

- 1 - гемотоксилин-эозином
- 2 - по Van Gieson'y
- 3 - Sudan "ом III - на жир
- 4 - по Weigert'y - на эластические волокна.

Учитывая возрастные и функциональные изменения грудной железы, мы выделяли следующие группы:

- 1) Грудные железы девочек в возрасте от 1-15л. - 5
(что соответствует дремлющему периоду)
- 2) Грудные железы девушек от 15-20 л. - 6
(менструальный период).

Отдельно описаны морфологические особенности грудной железы во время менструации.

- 3) Грудные железы женщин в возрасте от 20-40л. - 21
(период расцвета половой жизни)

Из них отдельно выделены грудные железы нерожавших, мало и многорожавших женщин. Отдельно описаны морфологические особенности грудной железы во время беременности и лактации.

- 4) Грудные железы женщин в возрасте от 40 и выше лет (период угасания половой жизни) - 28

Из них выделены: грудные железы нерожавших, мало и многорожавших женщин.

=====

ВСЕГО : - 60

Грудные железы девочек в возрасте от 1г.-15лет

(дремлющий период).

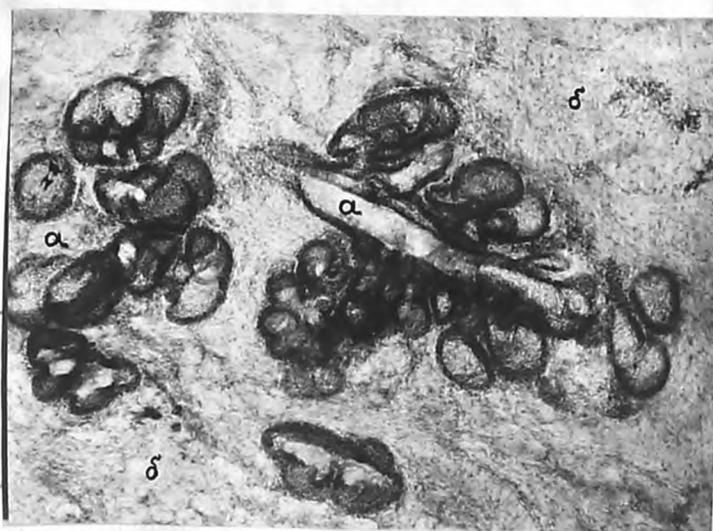
Дремлющий период или период до появления менструации
Грудных желез девочек в возрасте от 1г. до 15л. было - 5

На основании наших исследований мы сочли целесообразным рассматривать отдельно грудные железы девочек в возрасте до 5 лет и грудные железы девочек в возрасте от 5-10 лет.

В грудных железах девочек в возрасте до 5 лет мы отметили следующие морфологические особенности. На месте грудных желез имеются чуть заметные выпячивания с центрально расположенными на них маленькими сосками и слабопигментированными околососковыми кружками. Под кожей в этих участках обнаружены слабо контурированные тела грудных желез, состоящих из ветвящихся протоков, заложенных в рыхлой белесоватой ткани.

При гистологическом исследовании кусочков, взятых из грудных желез, обнаружено: среди подкожно-жировой клетчатки участок рыхлой богатой клетками соединительной ткани с

нежными коллагеновыми волокнами и слабо ветвящимися протоками. Протоки расширены, эпителий, выстилающий их, сочный, однослойный, цилиндрический. Ветвление протоков выражается в отхождении от основных-главных-протоков коротких, слепо оканчивающихся, более мелких протоков (см. микрофотографию № 9).

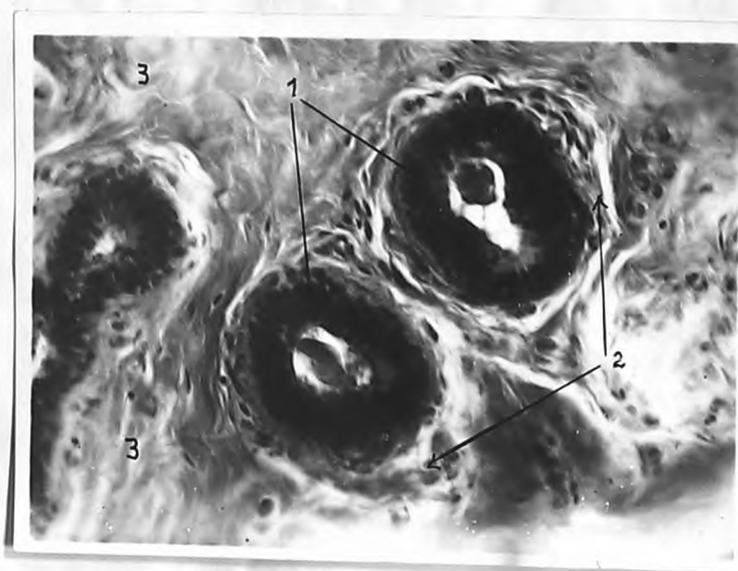


Микрофотография № 9

(малое увеличение) - Ст. № 2
Грудная железа девочки 1г.9м.
а-расширенные ветвящиеся главные протоки.
б-рыхлая богатая клетками соединительно-тканная строма желез.
Гистол.исследов. № 9140.

У девочек в возрасте от 5-10 лет грудные железы формируются, заметно возвышаются под кожей, принимая коническую форму. Соски маленькие, упругие. Околососковые кружки хорошо выражены. На разрезе ткань однородная сочная молочно белого цвета, студнеобразного вида, редко встречаются перерезанные протоки.

При гистологическом исследовании обнаружено: среди сочных коллагеновых волокон и прослоек жира видны слабо ветвящиеся протоки. Протоки выстланы однослойным цилиндрическим эпителием, у основания его лежат клетки миоэпителиального слоя. В стенке протоков имеются гладкие мышечные волокна и за ними располагается интерстициальная рыхлая соединительная ткань (см. микрофотограмму № 10).



Микрофотограмма № 10.
(большое увеличение)

Грудная железа девочки - 5 лет.

- 1 - протоки, выстланные цилиндрическим эпителием
 - 2 - интерстициальная соединительная ткань вокруг протоков.
 - 3 - коллагеновые волокна в строме желез.
- Сл. № 3. Гистол. исследование № 9718.

Таким образом в возрасте от I года до 15 лет. отмечается постепенное формирование грудной железы; от Iг.-5л. преимущественно за счет роста и ветвления протоков, от 5-15 лет за счет развития коллагеновых волокон стромы.

Протоки разветвляются почкованием, просветы их слегка расширены, эпителий, выстилающий их, состоит из слоя клеток цилиндрического эпителия и клеток базально расположенного миоэпителия. Строма железы в возрасте до 5 лет состоит из рыхлой богатой клетками соединительной ткани, позднее мы наблюдали замещение ее коллагеновыми волокнами. Рыхлая соединительная ткань остается только вокруг протоков, образуя так называемую перидуктальную соединительную ткань.

Грудные железы девушек в возрасте от 15-20 лет

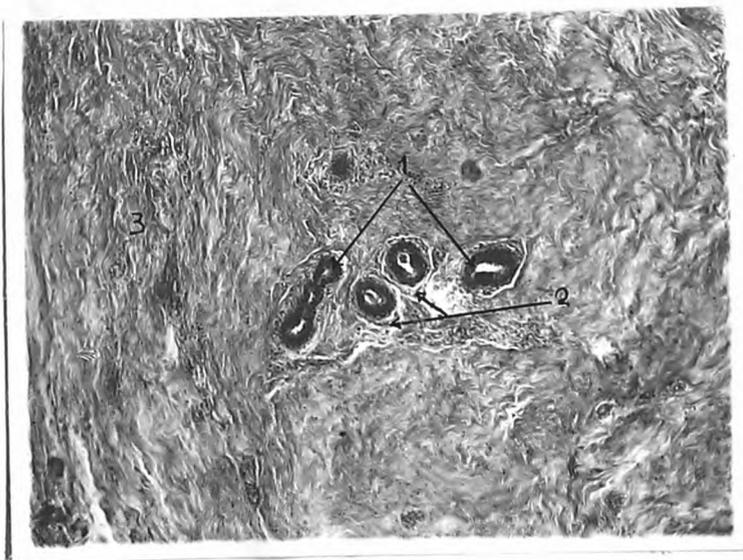
(Менструальный период).

Грудных желез этого возрастного периода мы имели 6. Из них в одном случае была взята грудная железа девушки во время менструации.

У девушек в возрасте от 15-20 лет происходит рост и формирование грудных желез. Соски желез полушаровидной или конической формы - маленькие. Околососковые поля хорошо выражены. Ткань тела железы на ощупь упруга. На разрезе она сочная бледножелтого цвета, студневидна, волокнистой структуры, редко встречаются перерезанные протоки.

При гистологическом исследовании обнаружено, что основную массу железы составляют диффузно развитые сочные коллагеновые волокна, среди которых редко встречаются протоки или группы протоков, образующих рудиментарные железистые дольки. Протоки выстланы сочным цилиндрическим эпителием, за ним лежит слой миоэпителиальных клеток, слой

гладких мышечных волокон и рыхлая перидуктальная ткань (см. микрофотограмму № II).



Микрофотограмма № II (малое увелич.)

Грудная железа девушки 17 л.

- 1 - рудиментарная железистая долька, состоящая из группы протоков
- 2 - интерстициальная соединительная ткань
- 3 - коллагеновые волокна стромы.

Случ. № 9. Гистол. исследование № 9352.

При окрашивании препаратов по *Weigert*'у на эластические волокна, последние обнаружены в виде нежных волнообразных волокон в стенках протоков и в строме железы по ходу сосудов.

Грудная железа девушки 17 лет во время менструации.

Случай № II. Девушка, 17 лет, поступила в нервную клинику Физиотерапевтического Института по поводу менингита 13.П-1941г. У больной менструация. Незамужняя. Беременности не имела.

Умерла 15.П-1941г. (протокол вскрытия № 22/1268).

Патологоанатомический диагноз: туберкулез бифуркационных лимфатических узлов, милиарный туберкулез легких, печени, селезенки, почек, мягких мозговых оболочек; туберкулезный менингит.

Грудные железы хорошо выражены чашеобразной формы. Соски крупные. На ощупь ткань грудных желез упруга, однородна. На разрезе ткань сочная, желтовато-белого цвета, волокнистой структуры.

Левый яичник весом 700 миллигр., правый 450 миллигр. На разрезе в юрковом слое левого яичника кровоизлияние величиной с горошину.



Микрофотограмма № 12.
Грудная железа девушки 17л. во время менструации.
а-рудиментарная железистая долька из протоков;
б-протоки, выстланные сочным цилиндрическим эпителием;
в-отечная перидуктальная или интерстициальная соединительная ткань, инфильтрированная круглыми клетками. (Мал.ув.)

Гистолог.исследов. № 10744.

Грудная железа - среди диффузно развитой сочной коллагеновой ткани встречаются протоки, местами группы протоков по 3-4, выстланные сочным цилиндрическим эпителием. Перидуктальная соединительная ткань набухшая, отечная, инфильтрирована крупными клетками с мелкими расширенными переполненными кровью сосудами.

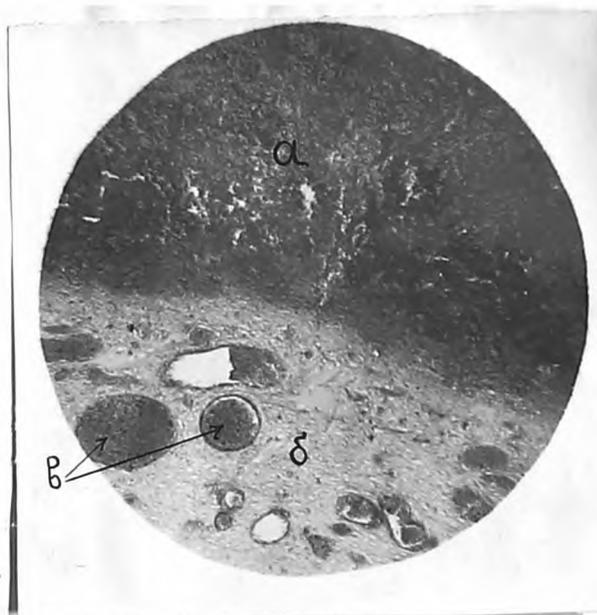
См. микрофотограмму № 12.

На микрофотограмме № 13 показано кровоизлияние в графов пузырек яичника у девушки 17 лет во время менструации.

Таким образом, рост и развитие грудной железы девушки от 15-20 лет происходит за счет дальнейшего развития коллагеновых волокон в строме железы.

По сравнению с грудными железами предыдущей группы коллагеновые волокна сильно развиваются, начинают формироваться доли грудной железы, но они еще рудиментарны и встречаются редко.

В грудной железе девушки во время менструации мы наблюдали набухание перидуктальной соединительной ткани за счет отека, усиления васкуляризации и инфильтрации лимфоидными клетками. В грудной железе девушки во время покоя перидуктальная соединительная ткань слабо выражена - в виде тонких прослоек. Эпителий протоков железы во время менструации становится более сочным и крупным, число клеток увеличивается.



Микрофотограмма № 13.

Кровоизлияние в графов пузырек яичника во время менструации.
а-кровоизлияние на месте графова пузырька
б-строме яичника
в-расширенные переполненные сосуды.
Случай № II (мал. 36)

Грудные железы женщин в возрасте от 20-40 лет.

(Период расцвета половой жизни).

В зависимости от числа бывших родов выделены грудные железы у :

I - нерожавших женщин	-	3
2 - у малорожавших (до 2-х раз)	-	8
3 - у многожавших женщин	-	10
		=====
ВСЕГО:		- 21

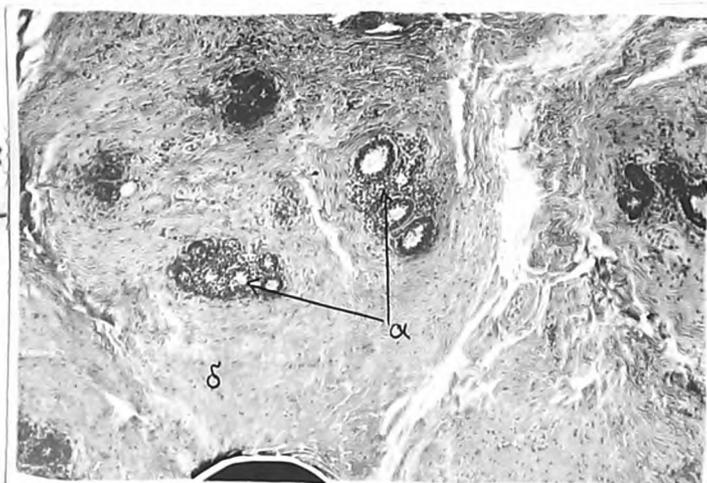
Из них: грудных желез во время беременности - 2

Грудных желез во время лактации - 2

Грудные железы нерожавших женщин.

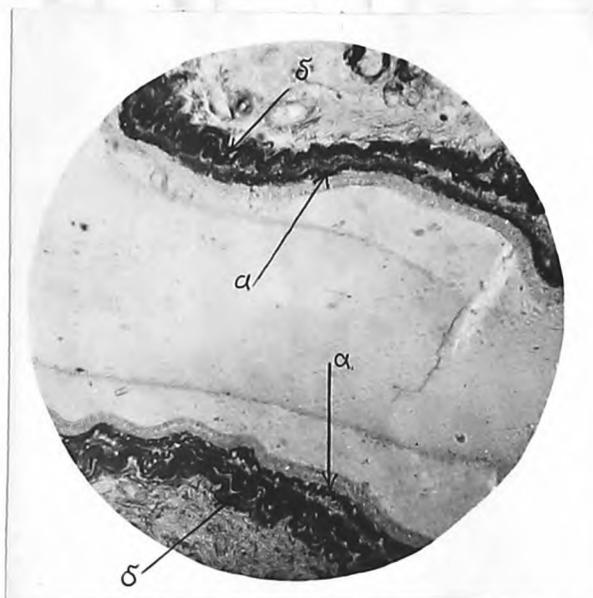
Грудные железы средней величины, конической или полушаровидной формы с небольшими морщинистыми сосками и слабо пигментированными околососковыми кружками, на ощупь упругие. На разрезе ткань молочная бледно-желтого цвета с прослойками жира.

При гистологическом исследовании обнаружено следующее: среди диффузно развитых сочных коллагеновых волокон встречаются протоки, выстланные цилиндрическим эпителием; протоки слабо ветвятся и образуют рудиментарные железистые дольки. (см. микрофотограмму № I4).



Микрофотограмма № I4
Грудная железа нерожавшей женщины
40л.
а-рудиментарные железистые дольки
из протоков
б-кollagenовные волокна стромы,
уплотненные вокруг долек.
Случ. № I2. Гист.исслед. № 9785.
(мал. убои)

При окраске препаратов грудной железы по способу Weigert'a нами были обнаружены эластические волокна в стенках протоков (см. микрофотограммы №№ 15 и 16).

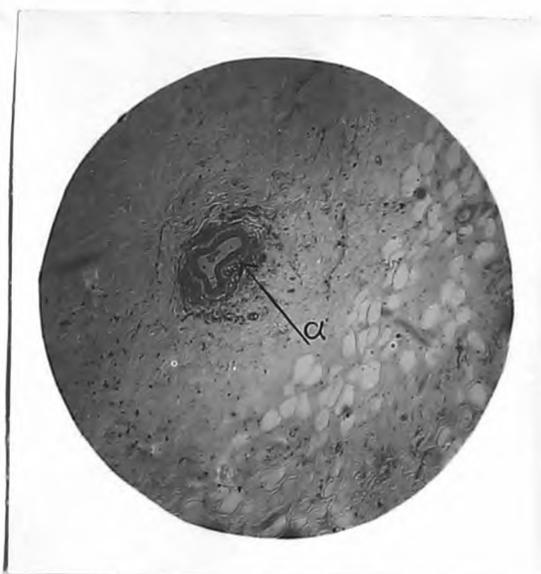


Микрофотограмма № 15

Эластические волокна в стенке протока грудной железы
а-сеть эластических волокон, расположенная под эпителием.

б-более мощная сеть эластических волокон располагается в перидуктальной соединительной ткани.

Гистол.исслед. № 9785. (в.у.в.)



Микрофотограмма № 16

Эластические волокна в стенке протоков среднего калибра.

а-сеть эластических волокон, расположенная в перидуктальной соединительной ткани.

Гист.исследов. № 9785. (ман.у.в.)

В грудных железах нерожавших женщин в возрасте от 20-40 лет, эластические волокна обнаружены в стенках протоков. В крупных протоках они образуют 2 сети - одна более нежная, состоящая из волнообразных волокон, располагается сразу под эпителием, другая - более грубая и мощная, расположена в перидуктальной соединительной ткани. В стенках средних и мелких протоков имеется одна сеть из нежных волнообразных эластических волокон, расположенная в перидуктальной сое-

динительной ткани.

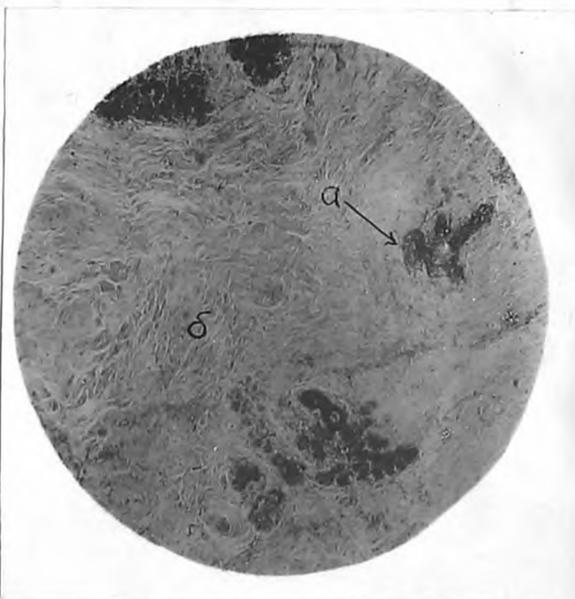
Таким образом, мы видим, что грудные железы нерожавших женщин в возрасте от 20-40 лет. по своему морфологическому облику напоминают грудные железы девушек до 20 лет. Особенностью этого возрастного периода является наличие более развитой сети эластических волокон в стенках протоков.

Грудные железы малорожавших женщин.

Грудные железы малорожавших женщин в возрасте от 20-40 лет в большинстве случаев характеризуются малым ветвлением протоков и наличием единичных железистых долек.

Строма желез состоит из сочных диффузно развитых коллагеновых волокон, иногда с тенденцией уплотняться вокруг железистых долек и протоков. Грудные железы малорожавших и нерожавших женщин отличаются друг от друга в основном только степенью развития железистых элементов.

У малорожавших женщин образуются железистые дольки с выраженными концевыми отделами, тогда как у нерожавших железистые дольки или совсем отсутствуют или они рудиментарны.



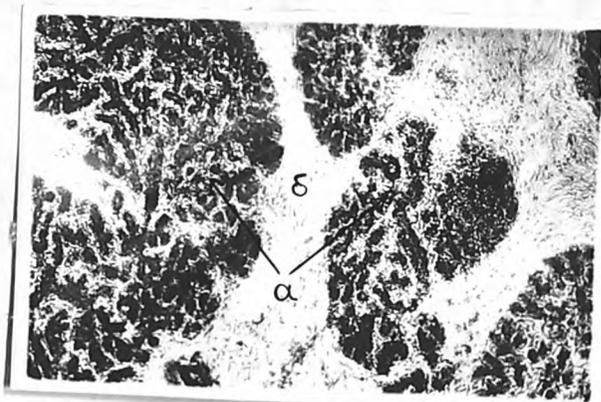
Микрофотограмма № 17.

Грудная железа малорожавшей женщины 32л.
а - железистые дольки с выраженными концевыми отделами.
б - развитие сочных коллагеновых волокон
Случай № 15. Гистол.исслед. № 9355. (Мал.убл.)

Грудные железы многорожавших женщин .

Грудные железы - большие, или средних размеров, чашеобразной или конической формы, чаще отвисающие с крупными сосками и хорошо выраженными пигментированными околососковыми кругами, на ощупь упругие. На разрезе ткань сочная бледно-желтого цвета, местами с выраженной зернистой структурой и тонкими прослойками жировой ткани.

При гистологическом исследовании в ткани грудной железы содержится большое количество железистых долек. Дольки крупнее с выраженными концевыми отделами-альвеолами, выстланными мелким кубическим эпителием. Интерстициальная соединительная ткань рыхлая, богатая лимфоидными клетками. Коллагеновые волокна стромы образуют тонкие прослойки местами с значительным отложением жира. См. микрофотограмму № 18.



Микрофотограмма № 18.

Грудная железа многорожавшей женщины, 25л.

а- железистые дольки.
б- прослойки из коллагеновых волокон

Случай № 21. Гистол.исследов. № 10081.

(ман.убы.)

На микрофотограммах №№ 19 и 20 показано, что эластические волокна отсутствуют в стенках концевых отделов железистых долек-альвеол.

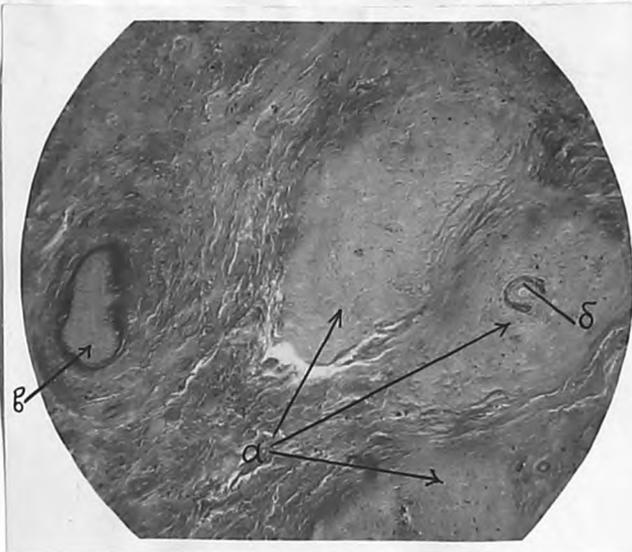
Эластические волокна содержатся в стенках мелких внутридольковых протоков, где образуют тонкую подэпителиальную сеть и в стенках средних протоков, где сеть из эластических волокон более мощная и располагается в перидуктальной соединительной ткани.



Микрофотограмма № 19. Эластические волокна в грудной железе многорожавшей женщины в возрасте 39л.

- а - железистые дольки.
- б - внутридольковый проток с нежной сетью эластических волокон под эпителием.
- в - проток среднего калибра с сетью эластических волокон в перидукт. соединит. ткани.
- г - сосуды.

Случ. № 25. Гист. иссл. №10056
Преп. окрашен по способу Weigert'a (и.м.ф.).



Микрофотограмма № 20
Эластические волокна в грудной железе многорожавшей женщины в возрасте 27л.

Сл. № 27. Гист. иссл. № 9874
(препарат окрашен по способу Weigert'a....) №

- а-железистая долька
- б-внутридольковый проток с тонкой сетью эластических волокон под эпителием.
- в-проток средн. велич. с сетью эластич. волокон в перидуктальной соединительной ткани.

На микрофотограммах №№ 21, 22 показано истончение эластических волокон в стенке внутривидолькового протока по мере его ветвления на концевые отделы и отсутствие эластических волокон в концевых отделах долек.



Микрофотограмма № 21

Микрофотограмма № 22

Эластические волокна в стенке внутривидолькового протока
(профильный снимок)

а-эластические волокна в стенке внутривидолькового протока.

б-концевые отделы дольки, лишенные эластических волокон.

Гистол.исслед.№ 9874

Гистол.исследов.№ 9788

Препараты окрашены по способу *Weigert'a*.....

Таким образом, развитие грудных желез многорожавших женщин в возрасте от 20-40 лет происходит за счет ветвления протоков и образования железистых долек.

На гистологических препаратах мы видим крупные железистые дольки с выраженными концевыми отделами-альвеолами. Строма железы из коллагеновых волокон образует тонкие про-

слойки, так как основную массу железа составляют железистые дольки.

При окраске препаратов на эластические волокна по способу *Weigert'a* обнаружено, что эластические волокна отсутствуют в концевых отделах железистых долек и содержатся в стенках протоков.

Грудная железа женщины во время беременности.

Случай № 30. Б-ная 29л. поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 3.П-40г. по поводу рака шейки матки и 7 месячной беременности. Больна с начала беременности, когда заметила зловонные выделения из влагалища. Ранее была здорова. Замужем с 14 лет. Имела 4 беременности. Дети родились здоровыми. В настоящее время имеет одного живого ребенка.

Умерла II.П-1940г. (протокол вскрытия № 23/1089 от II.П-1940г.)

Патологоанатомический диагноз: саркома тела матки; операция кесарево сечение; расхождение швов на теле матки; гнойный перитонит; сепсис.

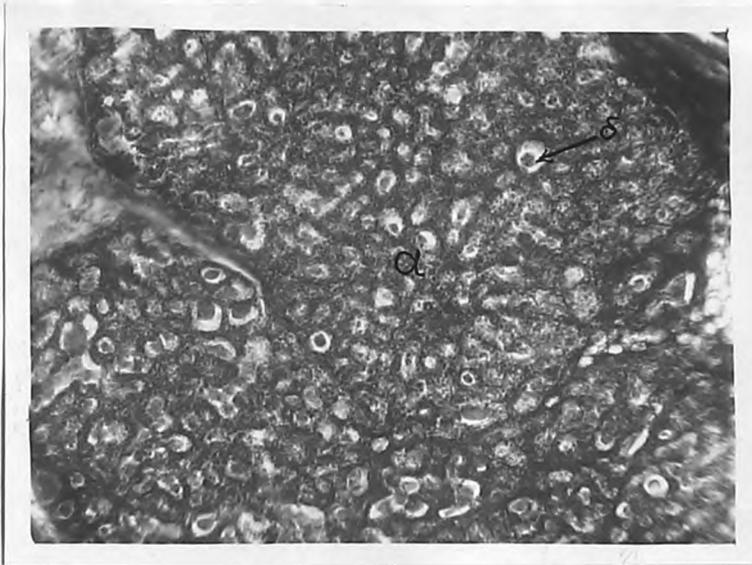
Грудные железы большие, упругие, свисающие. Сосок крупный, сильно пигментированный. На разрезе ткань желез сочная серовато-белого цвета; с поверхности разреза обильно стекает молоко.

Гистологическое исследование № 9249.

Ткань железы состоит из близко расположенных гиперплазированных долек с большим количеством альвеол, последние расширены, в просветах содержится белковый секрет.

Эпителиальные клетки крупные, в цитоплазме содержатся капельки жира. Строма железы в виде тонких прослоек из коллагеновых волокон.

На микрофотограмме № 23 показана грудная железа беременной женщины.



Микрофотограмма № 23 (малое увелич.).

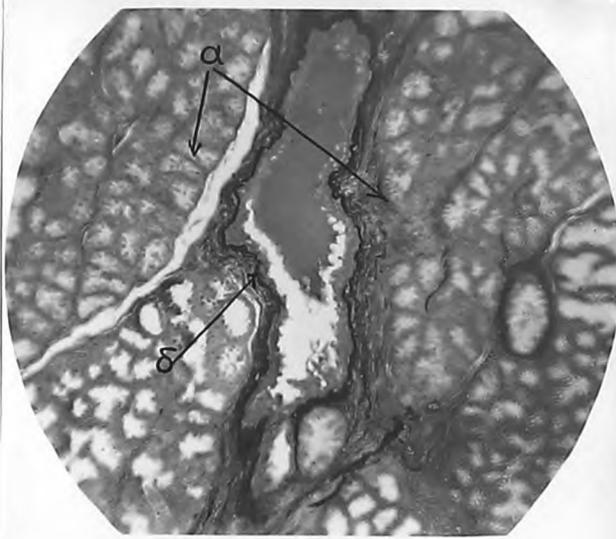
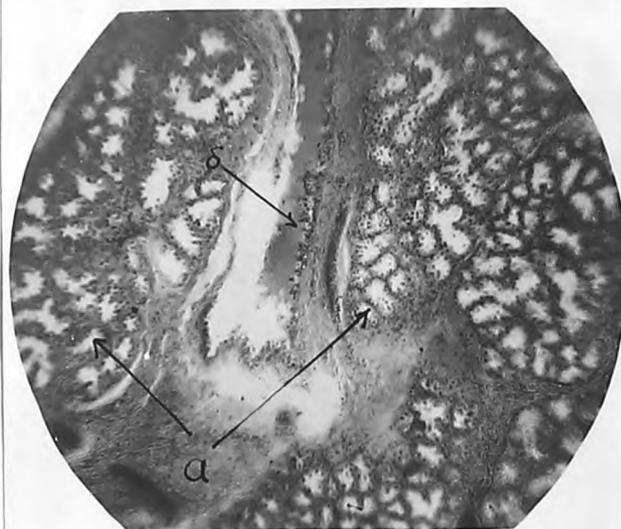
Грудная железа женщины 29л. во время беременности.

а- гиперплазированная железистая долька.

б- белковый секрет в просветах альвеол.

Гистологич.исследов. № 9149 .

При окрашивании препаратов по способу Weigert'a на присутствие эластических волокон выявилось следующее (см. микрофото №№ 24, 25).



Микрофотограмма № 24
(малое увелич.)
Грудная железа во время беременности.
(Окраска по Van Gieson'у)

Микрофотограмма № 25
(Малое увелич.).
Тот же препарат
(окраска по Weigert'у)

а-гиперплазированные железистые дольки с расширенными концевыми отделами.
б-проток, содержащий белковую жидкость с клетками десквамированного эпителия.
Гист.иссл. № 9149. - б-ная К-на С.Ф., 29 л.

а- железистые дольки с расширенными концевыми отделами
б- внутридольковый проток с выраженной сетью эластических волокон, расположенной под эпителием.

Таким образом, в грудной железе беременной женщины эластические волокна содержатся только в стенках протоков. Альвеолы - концевые отделы железистых долек так же как и во время покоя лишены эластических волокон.

Случай ЭИ. Женщина 35л. Поступила в Институт О.М.М. по поводу беременности (32 недели) и рака желудка. Произведена операция кесарево сечение, после чего больная умерла.

Больная - замужняя; имела 7 беременностей, 5 из них окончились нормальными родами. Было 2 аборта.

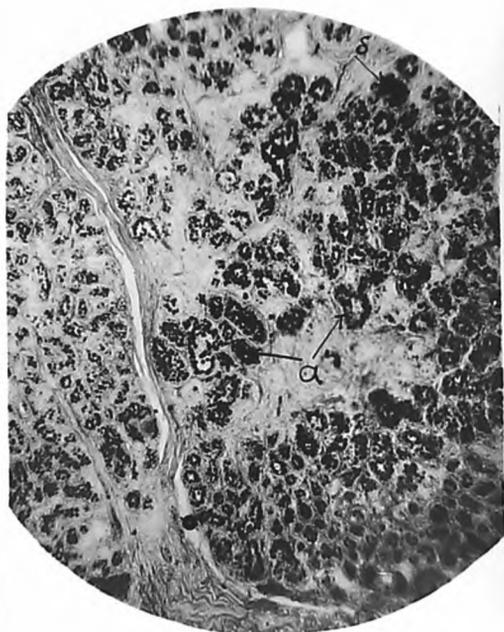
Патологоанатомический диагноз: рак желудка с метастазами в регионарные лимфатические узлы и печень.

Грудные железы большие, упругие, при надавливании из

соска выделяется молоко. Околососковое поле сильно пигментировано. Сосок крупный. На разрезе ткань железы сочная серовато-белого цвета, с поверхности разреза отекает молоко.

Гистологическое исследование № 1089.

Препараты окрашены Судан'ом III.



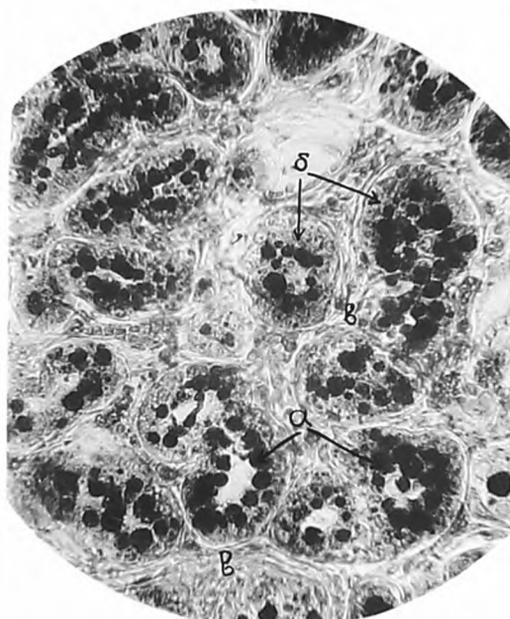
Микрофотограмма № 26
(Малое увеличение)

Грудная железа женщины
во время беременности.

а-капельки жира в эпи-
кальной части эпите-
лия альвеол.

б-капли жира в просве-
те альвеол.

Гистол.исслед. № 1089
(окраска на жир Судан'ом III)



Микрофотограмма № 27
(Большое увеличение)

Тот же препарат, что и пре-
дыдущий.

а-капельки жира в эпикаль-
лярной части эпителия аль-
веол.

б-альвеолы
в-интерстициальная соеди-
нительная ткань.

Во вторую половину беременности в грудной железе женщин 29 и 35 лет мы наблюдали резкую гиперплазию долек с вытеснением стромы. На микропрепаратах видны близко прилегающие друг к другу гиперплазированные дольки, иногда одна долька занимает все поле зрения. Форма долек, как и форма альвеол разнообразна (продольно овальная, круглая, почковидная).

Эпителий, выстилающий альвеолы, крупный, в апикальной части клеток содержатся капли жира. Просветы альвеол и протоков заполнены белковой жидкостью с каплями жира. Сеть эластических волокон в стенках протоков хорошо выражена, в концевых отделах долек она отсутствует.

Грудные железы во время лактации.

Случай 32. Женщина 27 л. Поступила в нервную клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 9.IV-1940г. по поводу менингита. Замужем. Имеет одного ребенка. Беременностей было - I. Перед заболеванием кормила ребенка грудью. 19.IV-1940г. умерла.

Протокол вскрытия № 62/II26.

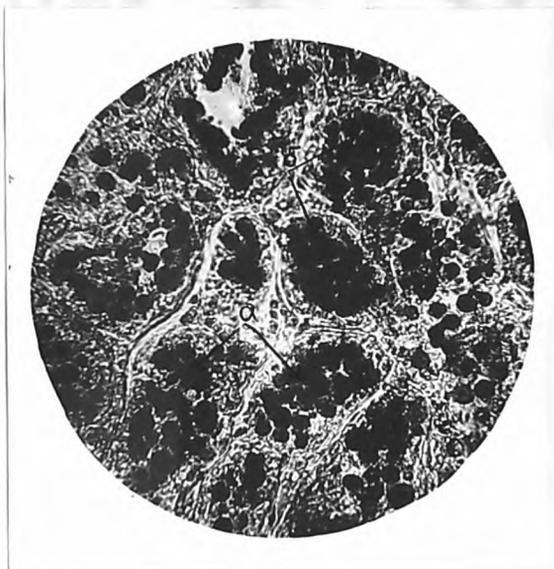
Патологоанатомический диагноз: менинго-энцефалит; двусторонняя бронхопневмония.

Грудные железы большие, упругие, чашеобразной формы, слегка отвисают. Сосок крупный, сильно пигментирован. На разрезе ткань сочная, желтовато-белого цвета, с поверхности разреза стекает молоко.

Гистологическое исследование № 9854.

Ткань железы состоит из множественных долек с большим количеством альвеол. Одна долька занимает все поле зрения. Альвеолы выстланы кубическим эпителием, апикальные отделы

клеток расширены, выполнены каплями жира. Полости альвеол заполнены белковой жидкостью с большим количеством жировых капель. Строма в виде тонких прослоек.



Микрофотограмма № 27
Грудная железа во время
лактации у женщины 27л.

а-капли жира в апикальной
части клеток.
б-альвеолы, выполненные
каплями жира.

Гистол.исследов. № 9854
(Окраска Судан'ом III).

Во время лактации мы наблюдали в грудной железе у двух женщин аналогичные изменения как в грудной железе женщины во вторую половину беременности.

Особенностью этого периода является появление большого количества капель жира в апикальных частях эпителиальных клеток альвеол и появлении большого количества капель жира в белковом содержимом альвеол и протоков.

IV-я группа. Грудные железы женщин в возрасте 40 и выше лет (период угасания половой жизни.).

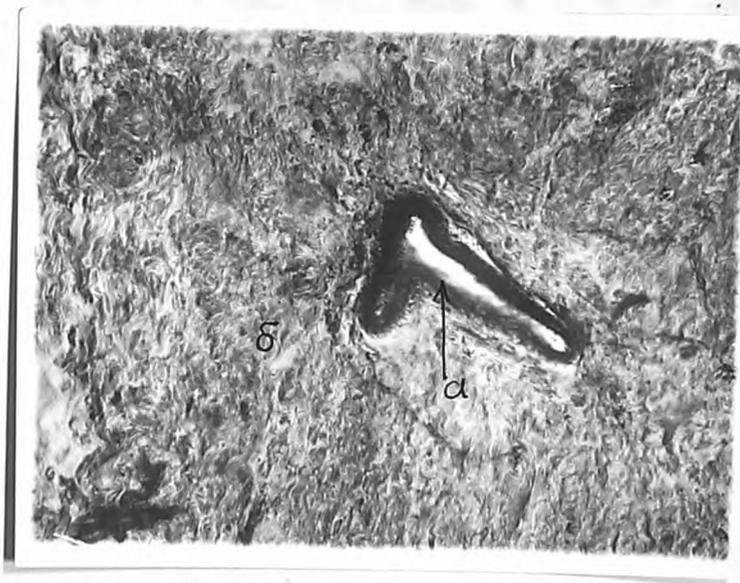
Грудных желез женщин в возрасте от 40 и выше лет было - 28.

Из них: 1) грудных желез нерожавших женщин	-	3
2) грудных желез малорожавших женщин	-	7
3) грудных желез многорожавших женщин (от 3-х до 15-ти родов)	-	18

Грудные железы нерожавших женщин.

Грудные железы небольшой величины, чашеобразной или конической формы, свисают, с маленькими сморщенными сосками и слабо выраженными околососковыми кружками. На ощупь ткань дряблая. На разрезе - однородная бледно-серого или желтовато-белого цвета с перерезанными редко встречающимися, слегка расширенными протоками.

При гистологическом исследовании у женщин до 50 лет отмечается диффузное развитие слегка истонченных разрыхленных коллагеновых волокон. Дольки отсутствуют. Встречаются единичные протоки, выстланные цилиндрическим эпителием. См. микрофотограмму № 28.



Микрофотограмма № 28.

Грудная железа нерожавшей женщины в возрасте 47 л.

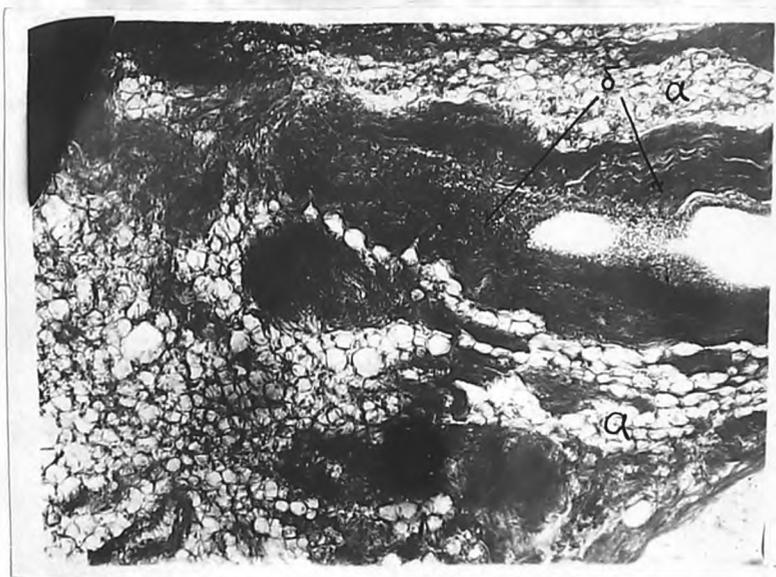
а- проток, выстланный цилиндрич.эпителием

б- истонченные, разрыхленные коллагеновые волокна.

Случ. № 33. Гистол.исслед. № 9783 .

В более пожитом возрасте (за 50 лет) отмечается полное исчезновение коллагеновых волокон стромы, на месте

их развивается жировая ткань. Перидуктальная соединительная ткань часто муфтообразно разрастается, превращается в фиброзную и гиалинизируется. См. микрофотограмму № 29 .



Микрофотограмма № 29

Грудная железа нерожавшей женщины в возрасте 53 лет.

- а- жировая ткань на месте коллагеновых волокон стромы желез.
- б- гиалиноз перидуктальной соединит.ткани.

Гистол.иссл. № 9137. Случ. № 34.

В грудных железах нерожавших женщин в возрасте свыше 40 лет мы наблюдали полное отсутствие железистых долек. Коллагеновые волокна стромы грудных желез истончаются (случ. № 33) и даже полностью атрофируются, и на месте их развивается жировая ткань (случ. № 34). Рыхлая перидуктальная соединительная ткань превращается в фиброзную или гиалинизируется.

Грудные железы малорожавших женщин в возрасте свыше 40 лет.

При гистологическом исследовании грудных желез у женщин от 40 до 50 лет мы находили истончение и разрушение

коллагеновых волокон стромы. Железистые дольки с небольшим количеством концевых отделов (10-15) встречались редко. Эпителий, выстилающий концевые отделы, был редким, мелким, каждая альвеола была выстлана не более чем 5-6-10 клетками эпителия. См. микрофотограмму № 30.



Микрофотограмма № 30.

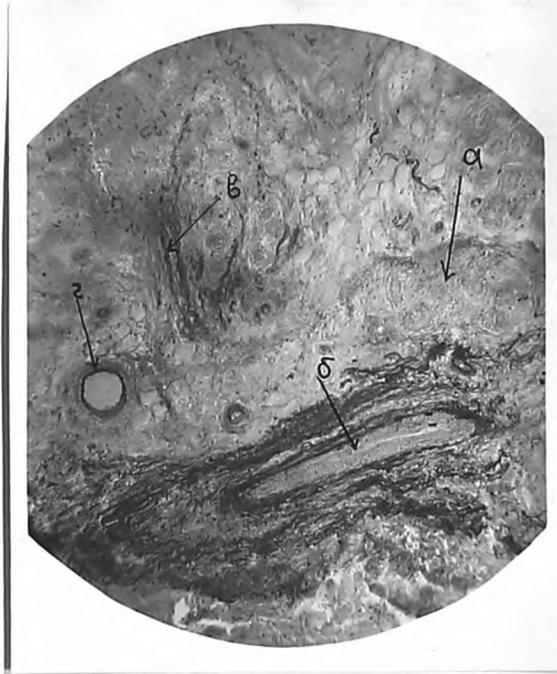
Грудная железа малорожавшей женщины 42л.

- а- железистая долька
- б- диффузное развитие истонченных, разрыхленных коллагеновых волокон.

Гистолог.исслед. № 8983. Случай 36.

В возрасте свыше 40 лет. мы наблюдали новообразование эластических волокон по ходу протоков и в строме грудной железы - вокруг и внутри железистых долек. См. микрофотограмму № 31.

В грудных железах в возрасте старше 50 лет мы отмечаем полное исчезновение коллагеновых волокон стромы. На месте их развилась жировая ткань - вакватное ожирение.



Микрофотограмма № 31

Грудная железа малорожавшей женщины 60 лет.

- а- единичные железистые дольки
- б- крупный проток с новообразованием эластических волокон в стенке
- в- появление эластических волокон в строме железы
- г- кровеносные сосуды.

Гистол.исслед. 9191. Случай № 38.

(препарат окрашен по способу Weigert'a).

Вокруг протоков и редких железистых долек разрастается интерстициальная соединительная ткань, превращаясь из рыхлой в грубую фиброзную. См. микрофотограмму № 32,33.

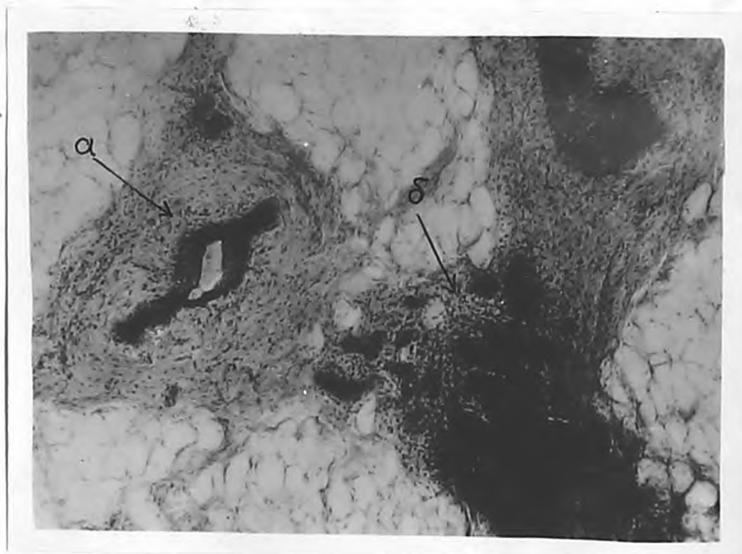


Микрофотограмма № 32 (лупное увеличение)

Грудная железа малорожавшей женщины в возрасте 52л.

а- протоки с муфтообразным развитием перидуктальной соединительной ткани,
б- жировая ткань на месте коллагеновых волокон стромы.

Случ. № 37. Гистолог. исследований. № 9631 .



Микрофотограмма № 33 (малое увеличение).

Тот же препарат.

а- проток с муфтообразным развитием перидуктальной ткани,
б- железистая долька
в- жировая ткань на месте коллаг. волокон стромы.

В грудных железах малорожавших женщин в периоде климакса в большинстве случаев (5) железистые дольки были единичными. В одном случае долек было много (гистол.иссл.№ 9395) В двух случаях дольки совершенно отсутствовали (гистол.исследование № 8787 и гист.исслед. № 9712).

Таким образом, на нашем небольшом материале в большинстве случаев у малорожавших женщин после 40 лет мы наблюдали единичные железистые дольки. Дольки состояли из концевых отделов в количестве не более 10-15.

В возрасте от 40-50л. коллагеновые волокна стромы истончились и атрофировались, в возрасте свыше 50 лет, на месте их развивалась жировая ткань - вакатное ожирение.

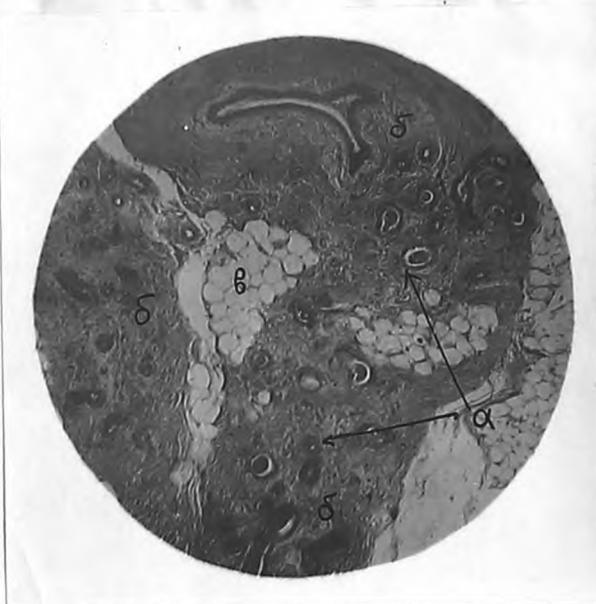
В грудных железах этой возрастной группы нами отмечено новообразование эластических волокон по ходу протоков и в интерстициальной соединительной ткани грудной железы.

Грудные железы многорожавших женщин в возрасте от 40 и свыше лет.

Форма грудных желез различна (полушаровидная, коническая). В одних случаях мы встречали большие свисающие, на ощупь тестоватые грудные железы, на разрезе с значительным отложением жира, в других железы сильно дряблые, на разрезе почти не содержат жира, ткань их дряблая серовато-белого цвета с заметными шнурообразными протоками.

При гистологическом исследовании грудных желез, богатых жиром, мы находили множество железистых долек с развитием фиброзной ткани вокруг и внутри их.

Коллагеновые волокна стромы отсутствовали, на месте их мы отмечали значительное отложение жира. См.микрофотограмму № 34.



Микрофотограмма № 34.
Грудная железа многорожавшей женщины, 55л.

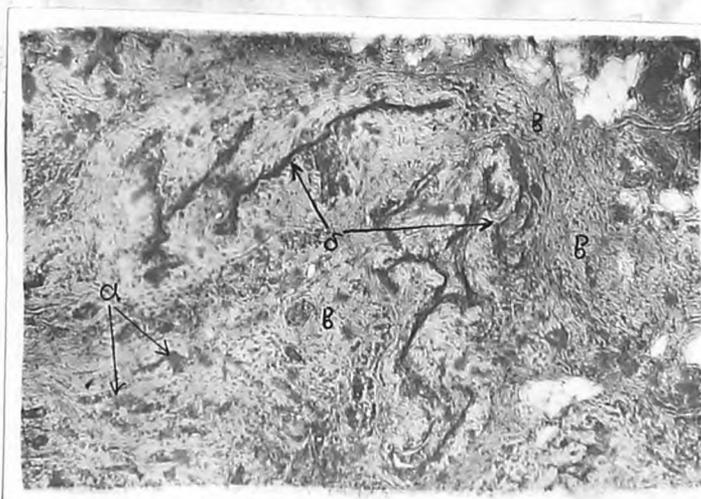
- а- железистые дольки
- б- фиброзная ткань внутри и вокруг долек.
- в- жировая ткань на месте коллагеновых волокон стромы.

Случ. № 44. Гистол.иссл. 9797.

В грудных железах, бедных жировой тканью, мы находили разрастание интерстициальной соединительной ткани, которая из рыхлой, богатой клетками, превратилась в фиброзную ткань. Среди фиброзной ткани видны множественные остатки железистых долек, состоящих из протоков, выстланных мелким редким эпителием.

В стенках крупных протоков муфтообразно разрастается перидуктальная ткань. Просветы в протоках сдавлены, их внутренняя поверхность выст-

лана мелким уплощенным эпителием. См. микрофотограмму № 35.



Микрофотограмма № 35.

Грудная железа многорожавшей женщины 53 л.

- а- остаток железистых долек,
 - б-сдавленные соединительной тканью протоки,
 - в- разрастание интерстициальной соединит.ткани
- См. № 43. Гистол.исслед. № 9911.

При окрашивании по *Weigert'y* препаратов грудных желез многорожавших женщин в возрасте свыше 45 лет. мы обнаружили исчезновение концевых отделов в железистых дольках. Дольки состояли из групп мелких протоков, в стенке которых, сразу под эпителием располагались эластические волокна (см. микрофотограмму № 36).

Количество эластических волокон в стенках крупных протоков увеличивалось. Появлялись эластические волокна также в строме желез.



Микрофотограмма № 36.

Эластические волокна в грудной железе многорожавшей женщины в возрасте 70л.

- а- крупные протоки, в стенках которых видны две сети эластических волокон.
- б- редуцированные железистые дольки из мелких протоков.
- в- новообразование эластических волокон в строме желез.

Случ. № 57. Гистол.исследов. № 8660.
(Препарат окрашен по *Weigert'y*).

В грудных железах многорожавших женщин в возрасте свыше 40 лет мы находили большое количество протоков и редуцированных железистых долек. Только в 2-х случаях из 18-ти дольки отсутствовали (гист.иссл. № 9113, гист.иссл. № 9633). Редуцированные железистые дольки состояли из мелких протоков (это становилось ясным при окраске препаратов на эластические волокна по способу *Weigerta*), концевые отделы долек атрофировались. См. микрофотограмму № 36. В одних случаях в строме желез наблюдалась атрофия коллагеновых волокон и отложение жировой ткани, в других разрасталась интерстициальная соединительная ткань.

З а к л ю ч е н и е .

Подводя итоги вышеизложенного, мы отмечаем следующие анатомогистологические изменения грудной железы в различные возрастные и функциональные периоды.

I. В возрасте от I и до 15 лет, что соответствует в среднем дремлющему периоду до появления первой менструации, грудная железа развивалась слабо, до 5 лет она представляла из себя небольшое конической формы выпячивание с выраженным околососковым кружком и маленьким соском, тело железы еще не было оформлено; ~~никогда железистые дольки не были оформлены~~; под кожей в этом участке обнаруживалось чуть заметное развитие рыхлой белесоватой ткани. При гистологическом исследовании этого участка мы находили разветвленные протоки, выстланные цилиндрическим эпителием, окруженные рыхлой богатой клетками соединительной тканью. В возрасте старше 5 лет грудные железы заметно увеличиваются, сохраняя кониче-

скую форму иногда с тенденцией округляться. Околососковое поле и сосок также несколько увеличивается. Под кожей в этом участке обнаруживалось уже более или менее очерченное тело железы. При гистологическом исследовании кусочка, взятого из тела железы, мы находили, что рост и оформление железы происходили за счет появления сочных коллагеновых волокон в строме железы. Протоки ничем не отличались от протоков раннего возраста. Характерным являлось исчезновение рыхлой богатой клетками соединительной ткани стромы и замена ее коллагеновыми волокнами. Рыхлая, богатая клетками соединительная ткань исчезла не полностью, она сохранялась вокруг протоков, образуя так называемую перидуктальную соединительную ткань - интерстициальную соединительную ткань (термин.Заварзина).

2. В возрасте от 15-17 лет, что соответствует периоду появления менструаций, отмечалось заметное развитие грудных желез. Форма грудных желез была различной - конической, полусфера. Рост и развитие грудных желез в этом возрастном периоде происходит за счет роста и развития коллагеновых волокон в строме железы, коллагеновые волокна составляли основную ткань железы. В этом периоде в большинстве случаев мы отмечали слабый рост и ветвление протоков, что проявлялось в отсутствии железистых долек. Протоки были мелкими, встречались редко, иногда они располагались группами по 4-5, образуя рудиментарные дольки. Во время менструации в одном случае у девочки 17 лет нам удалось отметить набухание перидуктальной соединительной ткани за счет отека, васкуляризации и инфильтрации ее лимфоидными клетками.

3. В возрасте от 20-40 лет, что соответствует периоду наибольшей функциональной активности, грудная железа периодически меняет свою анатомическую и гистологическую структуру в зависимости от ряда моментов: а) количества родов, б) менструации, в) беременности, г) лактации.

Грудная железа нерожавших женщин обычно средних размеров, мы чаще встречали коническую форму железы с маленьким соском. На разрезе ткань железы - сочная, желтовато-белого цвета, волокнистой структуры. При гистологическом исследовании находили структуры, аналогичные структурам предшествующей возрастной группы до 20 лет. В отдельных случаях в более старшем возрасте этой группы мы отмечали тенденцию коллагеновых волокон стромы уплотняться вокруг протоков; таким образом строма как бы расчленялась на дольки (микрофотограмма № 14).

У малорожавших женщин мы находили единичные железистые дольки.

У многоорожавших женщин (от 3 до 12 родов) грудные железы часто были большими, упругими, как правило, свисающими, то конической, то чашеобразной формы с большими пигментированными околососковыми полями и крупными сосками. На разрезе ткань железы бледно-серого цвета, сочная, мелкозернистой, местами волокнистой структуры с значительным отложением жира. При гистологическом исследовании мы находили значительное ветвление протоков и большое количество железистых долек.

При гистологическом исследовании грудной железы во время второй половины беременности мы отмечали резкую гиперплазию железистых долек, причем форма долек, как и форма концевых пузырьков - альвеол была чрезвычайно разнообразной

(продольная, овальная, круглая, почковидная). Эпителий, выстилающий альвеолы, крупный, в апикальной части клеток содержались капли жира. В просветах альвеол и протоков содержался белковый секрет с каплями жира.

В период лактации мы обнаружили изменения, аналогичные изменениям в грудной железе женщины во вторую половину беременности. Особенностью этого периода является появление большого количества капель жира в апикальной части эпителиальных клеток альвеол и появление большого количества капель жира в белковом содержимом.

4. В возрасте от 40 и свыше лет наступали инволютивные изменения в грудных железах женщин. Грудные железы уменьшались, становились дряблыми, отвислыми, на их месте у старых и истощенных женщин оставались кожные мешки.

У много и малорожавших женщин железистые дольки редуцировались, концевые отделы, атрофируясь, исчезали; эпителий в дольках становился редким, мелким. Исчезновение концевых отделов в дольках доказано препаратами, окрашенными по методу Weigerta. Микрофотограмма № 36.

Соединительнотканная строма железы, независимо от того, была ли грудная железа взята у нерожавших или много-рожавших женщин подвергалась одинаковым изменениям: в возрасте от 40-50 лет коллагеновые волокна истончались, строма железы становилась рыхлой, затем после 50 лет она инфильтрировалась жиром, и коллагеновые волокна совсем исчезали, развивалась жировая ткань, (так называемое вакатное ожирение).

Интерстициальная соединительная ткань вокруг протоков внутри и вокруг железистых долек из рыхлой превращалась

в зрелую соединительную ткань, часто фиброзную и даже глинизировалась.

Иногда у многорожавших женщин после 40 лет, интерстициальная соединительная ткань разрасталась, сдавливала и вызывала атрофию железистых долек и часто составляла основную ткань грудной железы.

Особо следует отметить нахождение и поведение эластических волокон в грудных железах женщин в различные возрастные периоды.

Эластические волокна содержатся в стенках протоков, образуя в зависимости от калибра протока, одну или две сети. В крупных протоках эластические волокна образуют 2 сети, одну сразу под эпителием, другую в интерстициальной соединительной ткани.

В протоках среднего калибра имеется одна сеть в интерстициальной соединительной ткани.

В мелких протоках имеется одна сеть эластических волокон, расположенная сразу под эпителием. В концевых отделах железистых долек эластические волокна отсутствуют, на серии препаратов нам удалось показать истончение эластических волокон по мере ветвления протоков на концевые отделы и отсутствие волокон в концевых отделах. С возрастом мы отмечали увеличение количества эластических волокон в стенках протоков - эластов. В возрасте после 40 лет мы отмечали появление эластических волокон в интерстициальной ткани железистых долек.

ФИБРОЗНО - КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ .

(диффузная дисгормональная гиперплазия).

Впервые это заболевание было описано почти одновременно в 70 годах прошлого столетия *Reclus* во Франции, *Warren* в Америке, *Schimmelbusch* и *Billroth* в Германии. С точки зрения исторической правды необходимо упомянуть, что *Benedict* еще в 1829 г. дал яркое и правильное описание анатомической и клинической картины фиброзно-кистозной мастопатии, но неправильно отнес ее в группу раков и дал ей название пузырчатого рака - *Blasenkrebs*.

В России *Иниц*, изучая это заболевание, выступил на X съезде российских хирургов в 1904г. с докладом о так называемом "катарре грудной железы" на XI-м съезде он говорит уже о кровотокающей молочной железе.

В литературе существует множество синонимов, обозначающих это страдание.

. <i>Mastitis chronica cystica</i>	<i>König.</i>
. <i>Cystadenoma mammae</i>	<i>Schimmelbusch</i>
. <i>Polykystoma</i>	<i>Krompacher.</i>
. <i>Mastopathia chronica cystica</i>	<i>Achoff.</i>
. <i>Fibroadenomatosis</i>	<i>Semb.</i>
. <i>Epithelioidfibrosis cystica</i>	<i>Askamazy</i>
. <i>Maladie cystique</i>	<i>Reclus.</i>
. <i>Cirrhosis cystica</i>	<i>Haldor.</i>
. <i>Cystenbruch</i>	<i>Boehard.</i>
. <i>Mastosis</i>	<i>Мельников.</i>
Катарр грудной железы	<i>Иниц.</i>

Изучая историю фиброзно-кистозной мастопатии, мы, как нам кажется, поняли причину этой политерминологии. Каждый автор трактовал это заболевание по различному, в зависимости:

I. от уровня знаний той эпохи, когда он жил и работал.

2. от характера того материала, с которым он работал;
3. От методов изучения этого материала.

Таким образом, появились многочисленные теории, объясняющие возникновение фиброзно-кистозной мастопатии. Необходимо дать краткий обзор этих теорий для того, чтобы лучше подойти к современному пониманию этого заболевания.

I. Воспалительная теория предложена *Königsm* в 1880 г.

Он при гистологическом исследовании препаратов пораженной грудной железы находил разрастание фиброзной ткани в ацинусах и значительную круглоклеточную инфильтрацию из лимфоцитов вокруг кистознорасширенных протоков, что характеризует хроническое воспаление и объясняет появление термина *mastitis chronica cystica*.

2. Неопластическая теория предложена *Brissand*. Он относит это заболевание к истинным опухолям, возникающим в результате пролиферации железистого эпителия.

Отсюда появились термины *cystoadenoma mammae*, *polycystoma* и т.д.

3. Воспалительная - неопластическая теория. Сторонники ее Нырпова, Луковский, *Borst*, объединяют обе вышеприведенные теории и отмечают комбинацию воспаления с неопластическим ростом.

4. Гетеротопическая теория предложена *Krompacherom*. Он считает, что болезнь развивается из крупных потовых желез, необычно расположенных в паренхиме грудной железы, из которых в дальнейшем развивается настоящая опухоль, именуемая автором - "*polycystoma*".

5. Теория врожденной слабости *Lémoine*. Он считает, что в результате врожденной слабости тубулярно-железистой структуры происходит кистозное расширение протоков и концевых пузырьков.

Все эти теории мало удовлетворяют, ибо они были основаны только на отдельных морфологических данных. При этом каждый автор выявлял одни морфологические структуры, игнорируя другие, не пытаясь сочетать их с данными клиники и экспериментов.

По этим соображениям всеобщее сочувствие получила гормональная теория возникновения фиброзно-кистозной мастопатии.

Можно сказать больше, возникновение фиброзно-кистозной мастопатии на почве гормональных расстройств можно считать уже не теорией, а аксиомой, доказанной рядом неопровержимых фактов.

К изложению этих фактов мы переходим.

Экспериментальные работы и гормональная теория.

За последние 10 лет в результате больших достижений в области изучения гормонов, мы вступили в новую фазу толкования рака и предрака грудной железы. Так, например, действие гормонов яичника и гипофиза на грудную железу регулирует рост протоков и концевых отделов, усиливая и ослабляя ее секреторную функцию.

Длительно вводя многим видам животных, особенно крысам и мышам эстрин, *Nelson* получил разрастание молочных протоков, увеличение секреции, образование кист, пролиферацию эпителия. Аналогичные изменения получили *Goormaghtigl*,

Yeschickter описал спонтанно возникшую кистозно-фиброзную мастопатию в грудной железе мыши, у которой одновременно имелась двусторонняя опухоль яичников, оказавшаяся при гистологическом исследовании гранулезоклеточной опухолью. Эту опухоль они считали причиной кистозной мастопатии.

Подобные же изменения были получены у крыс от впрыскивания эстрина (работы *Ashwood*).

Yeschickter, впрыскивая обезьянам эстрин, получил кистозную мастопатию, причем ему удалось выделить 2 формы этого процесса - 1. с образованием кист, 2. - аденом.

Lacassagne, отмечая образование кистозно-фиброзной мастопатии у мышей при введении эстрина, все же подчеркивает преимущественное появление ее у тех видов, у которых имеется наследственная склонность к развитию спонтанных опухолей грудной железы.

Сорин, получив экспериментально у крыс мастопатию, считает, что эндогенные гормональные раздражения приводят к кистозному маститу.

Таким образом, многочисленные эксперименты авторов различных стран единодушно подтверждают факт возникновения фиброзно-кистозной мастопатии после введения женских половых гормонов.

Этот факт тем более ценен, что подобные опухоли возникают не только у мышей, но и у близких человеку обезьян.

Chcattle утверждает, что макроскопические изменения в молочной железе мыши, возникающие после впрыскивания эстрина, идентичны фиброзно-кистозной мастопатии человека. Эти убедительные экспериментальные данные дали право

некоторым авторам без колебания перенести их на человека и считать гормональную природу фиброзно-кистозной мастопатии доказанной.

Мнения патологоанатомов по вопросу гормональной теории возникновения фиброзно-кистозной мастопатии.

Патологоанатомы также рассматривают фиброзно-кистозную мастопатию, как процесс, развившийся в результате нарушения равновесия гормональных воздействий. Такой точки зрения придерживается Глазунов. Он относит фиброзно-кистозную мастопатию к группе диффузных дисгормональных гиперплазий.

Абрикосов придерживается такой же точки зрения, но по его мнению, противоречащему мнению почти всех других авторов и нашему, фиброз, а не кистообразование является основным процессом, поэтому он предлагает термин фиброзная мастопатия.

Давидовский придерживается того взгляда, что болезнь Рекля развивается в связи с нарушением гормонально сексуальных циклов. Он называет ее *fibrosis mammae*, хотя признает существование двух ее разновидностей, а именно: фиброзной и кистозной.

Asehoff, являясь сторонником гормональной теории, считает, что *mastitis chronica cystica* аналогичен аденомиозу матки, гипертрофия предстательной железы, аденофиброзу щитовидной железы, а поэтому называет ее *mastopathia cystica*. Как экспериментатор, он считает, что необходимо учитывать индивидуальное предрасположение ткани железы к раздражающему действию гормона.

Мнения клиницистов по вопросу гормональной
теории возникновения фиброзно-кистозной мастопатии.

Клиницисты полностью разделяют гормональную теорию фиброзно-кистозной мастопатии.

Гормональной теории возникновения фиброзно-кистозной мастопатии придерживаются Ратнер, Кузьмина, Кромаренко, Мирер,

Кромаренко рассматривает "фиброматоз" как раннее наступление среди циклических изменений молочной железы стадии инволюции.

Мирер считает, что в патогенезе фиброзно-кистозной мастопатии надо признать роль врожденных конституциональных и эндокринных факторов.

Zemb (1937г.) пишет, что фиброаденоматоз развивается при нарушениях гормональных влияний. Он развивается чаще у женщин, нерожавших и некормивших.

У таких больных он отмечает изменения во внутренних половых органах - яичниках, матке. Появляются клинические симптомы, как-то усталость, головная боль, скудные менструации. У 20 больных он находил в моче фолликулин. В 2-х случаях был обнаружен в моче пролактин.

По мнению Whitehouse (1935 г.) в результате нарушения гормональной функции яичников, в результате возбуждающего действия эстрина возникает пролиферация эпителия концевых пузырьков и образуются кисты. При этом появляются клинические симптомы: грудная железа становится болезненной, менструации скудными, появляются нервные расстройства и головная боль. Лечение фолликулином вызывает процесс обратного развития в железе. Исчезают субъективные жалобы.

Несмотря на признание гормональной теории, количество терминов, обозначающих это заболевание, остается еще значительным, т.к. сторонники ее не могут договориться по вопросу гистогенеза и патологоанатомической сущности заболевания.

В настоящее время фигурирует в литературе много новых терминов, принадлежащих сторонникам гормональной теории.

I. Абрикосов - фиброзная мастопатия

- Давыдовский - *fibrosis mammae* . . .
. Sembo - *fibroadenomatosis cystica*.
. Ashoff - *mastopathia chronica cystica*.
. Dietrich - *mastopathia fibrosis cystica*.
. Bloodgood - *mastopathia cystica displastica*.
. Warren - *adenofibrosis hyperplastica parenchymatosa*.
. Oliver - *cyelomastopathia*.
. Асканазу - *epitheliofibrosis*.
. Hedinger, Hellner - пресенильная патологическая

инволюция.

Schwartz, Murphy - гиперплазия кормящих и беременных.

и мастодиния.

. Prosenburg - пременструальная гиперплазия

и мастодиния.

По нашему глубокому убеждению морфологические изменения сводятся к одновременному процессу кистообразования и фиброза. С этой точки зрения термин фибринозно-кистозная мастопатия отражает сущность заболевания и заслуживает

всеобщего признания.

Патологоанатомическая картина фиброзно-
кистозной мастопатии.

(по литературным данным)

В вопросах оценки патологоанатомической картины и гистогенеза этого заболевания так же, как и в вопросах этиологии, нет единого мнения.

Semb в своей монографии о кистозном фиброаденозе рассматривает этот процесс в динамике и выделяет две его формы, считая, что они являются в то же время стадиями, так как I-я предшествует второй.

1. *Fibroadenomatosis microcystica*

Наблюдается разрастание внутри и перилобулярной соединительной ткани, которая гиалинизируется; местами появляется круглоклеточная инфильтрация. Концевые пузырьки долек образуют мелкие кисты, но эпителий их остается сочным, кубическим.

В просветах более крупных кист, образованных из протоков, появляются клетки десквамированного эпителия. Эта форма наблюдается преимущественно у молодых женщин.

2. *Fibroadenomatosis macrocystica*,

К этой форме он относит *fibroadenomatosis papilloformis*. При этом кисты видны простым глазом, эпителий их пролиферирует, образуя сосочковые выросты или папиллярные аденомы. Эта форма, по мнению Semb'a, наблюдается преимущественно у пожилых и старых женщин.

Мы, также, как и Semb'a, отмечаем появление

пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии преимущественно у пожилых женщин. Мы не могли выделить формы с микроскопическими и макроскопическими кистами, так как при фиброзно-кистозной мастопатии мы наблюдали появление как мелких так и крупных кист.

Глазунов, занимаясь изучением вопроса о фиброаденоматозе, выделяет следующие формы:

1. Железистая форма, характеризующаяся значительной пролиферацией эпителия, при этом встречаются мелкие кисты и происходит разрастание гиалинизированной соединительной ткани.

2. Кистовидная форма, характеризующаяся наличием большого количества кист, часто видимых простым глазом.

3. Папиллярная форма - форма интракистозных и интрадуктальных папиллярных разрастаний, выраженных в различной степени. Эта форма может наблюдаться при предраковых состояниях, при этом рост эпителия выходит за пределы гиперплазии.

4. Фиброзная форма характеризуется наличием большого количества фиброзной ткани, расширением протоков и абортативными железистыми дольками.

Данные наших исследований также показывают, что рак может развиваться на почве папиллярных аденом протоков и внутрикистозных аденом. Мы не могли выделить кистовидную и фиброзную формы фиброзно-кистозной мастопатии. Т.к. процессы кистообразования и фиброза тесно свя-

ваны и неотделимы друг от друга. Мы также не могли разделить железистую и папиллярную формы, мы относим их к фиброзно-кистозной мастопатии с пролиферацией эпителия.

М и р е р выделяет следующие формы хронического кистозного мастита (материал взят у больных, оперированных по поводу хронического кистозного мастита).

1. Фиброматоз, когда вокруг гипертрофированных и гиперплазированных железистых долек происходит разрастание отечной богатой клетками соединительной ткани.

2. Хронический мастит. При этом вокруг протоков отмечается лимфоидная инфильтрация, некоторые протоки слегка расширены, наполнены белковой жидкостью с массой лейкоцитов и клеток слущенного эпителия. Железистые дольки гипертрофированы.

3. случай, когда среди фиброматоза и хронического мастита встречаются кисты.

4. Типичный хронический кистозный мастит. Это процесс с ясно выраженным глиниозом, фиброзом и отеком межучасточной ткани. Железистые дольки гипертрофированы. Протоки кистозно расширены. Встречаются кисты, выстланные кубическим или эозинофильным цилиндрическим эпителием.

5. Кистозный мастит с пролиферацией эпителия. Это процесс с резков выраженным фиброзом ткани и мелко круглоклеточной инфильтрацией. Железистые дольки гиперплазированы, концевые отделы кистозно расширены, выстланы кубическим эпителием.

В некоторых протоках имеется пролиферация железистого эпителия, местами заполняющего просветы.

6. Переход кистозного мастита в рак. Здесь виден переход от хронического кистозного мастита к раку.

Из вышеперечисленных форм и фиброзно-кистозной мастопатии можно отнести I, 4, 5 формы, что вполне совпадает с данными наших исследований. Что касается 2 и 3-й групп, то они относятся к воспалительному процессу и не имеют ничего общего с фиброзно-кистозной мастопатией.

Шестую форму мы рассматриваем в группе раков, развившихся на почве фиброзно-кистозной мастопатии.

Дорфман считает, что единственным верным признаком "кистозидной мастопатии" является нахождение кист, выстланных светлым эозинофильным эпителием, что же касается фиброза и наличия кист, выстланных однослойным низким эпителием, то эти изменения он рассматривает как возрастные изменения, а не как признаки "кистозидной мастопатии".

Мы считаем основными морфологическими признаками фиброзно-кистозной мастопатии образование кист из концевых отделов железистых долек и протоков и разрастание фиброзной ткани в дольках. Мы убедились, что концевые отделы железистых долек исчезают в возрасте свыше 45 лет, а поэтому образование кист из концевых отделов не являются возрастными изменениями. Появление эозинофильного эпителия нами было обнаружено во всех случаях, однако в ряде случаев мы его находили после многократных исследований кусочков, взятых из различных мест удаленной железы, таким образом, эозинофильный эпителий не является основным морфологическим признаком фиброзно-кистозной мастопатии.

Warren дает классификацию хронического кистозного мастита:

I. аденофиброз.

Микроскопическая картина зависит от продолжительности процесса.

а) ранние изменения, характеризующиеся пролиферацией эпителия концевых пузырьков, при этом пузырьки кистозно расширяются, протоки также кистозно расширяются. Отмечается пролиферация полибластов в отечной интерстициальной соединительной ткани;

б) позднее появляется пролиферация соединительной ткани в строме желез, она гиалинизируется и разделяет доли на части, число концевых пузырьков уменьшается, они атрофируются.

2. Доброкачественная паренхиматозная гиперплазия.

При ней наблюдается пролиферация эпителия концевых пузырьков и протоков. Эпителий становится многослойным, образует сосочки, лишённые стромы.

К этой группе Warren относит аденоз. Аденоз характеризуется разрастанием железистой ткани, которая образует доли. В просветах концевых отделов появляется белковый секрет. Также встречаются единичные кисты из протоков.

3. Преканкральная гиперплазия.

Эпителий кист пролиферирует, образуются папиллярные выросты и внутрикистозные папиллярные аденомы.

Некоторые протоки заполнены пролиферирующим эпителием.

Классификация, предложенная *Wattson* не дает четкого отграничения отдельных форм хронического кистозного мастита. Невозможно отграничить 2-ую и 3-ю формы, в них обеих происходит пролиферация эпителия, ведущая к образованию сосочковых выростов. Таким образом становится совершенно неясным, какие же гистологические структуры наблюдаются при прекарциноматозных состояниях.

Недостатком всех приведенных классификаций фиброзно-кистозной мастопатии является то, что авторы не принимали во внимание функциональный статус грудной железы. Мы убедились на своем материале, что грудные железы рожающих и нерожающих женщин имеют свои гистологические особенности, а поэтому патологоанатомическая характеристика фиброзно-кистозной мастопатии у них различна.

Вопрос о том, можно ли фиброзно-кистозную мастопатию считать прекарциноматозом грудной железы, в настоящее время является спорным. Хирурги до сих пор не знают, как относиться к фиброзно-кистозной мастопатии.

Некоторые авторы полагают, что это заболевание свыше чем в 50% переходит в рак. (*Konjetzny, Swiny*) и придерживаются радикальной тактики по отношению фиброзно-кистозной мастопатии.

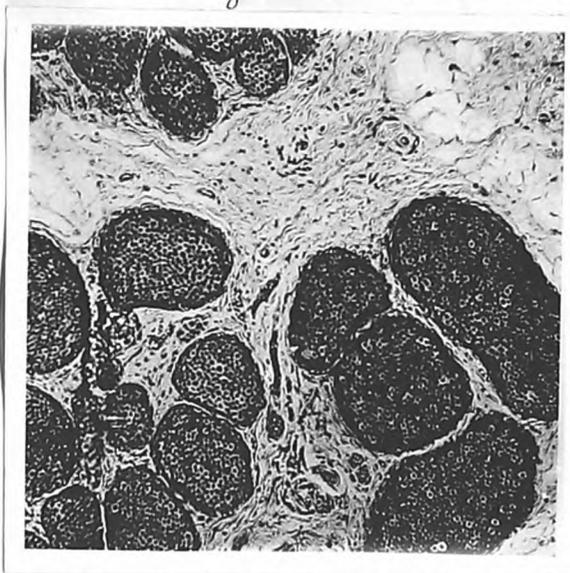
Другие авторы как *Berhing* и *Вэйскер* вычислили, что переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак наблюдается только в 8%, а потому их взгляды на лечение фиброзно-кистозной мастопатии очень консервативны. Третьи авторы, как *Фислинг*, приводят средние цифры перехода в рак в 33%. Понятно, что рядовому хирургу трудно разобраться в таких противоречивых цифрах и взглядах.

Патологоанатомы, занимаясь этим изучением этого вопроса, пытаются: с помощью хирурга и дают при исследовании биопсий предостерегающие заключения "фиброзно-кистозная мастопатия с атипической пролиферацией эпителия". "Можно думать о начале рака", "желательно больную взять под наблюдение". Наиболее решительные пишут "прекарциноматоз".

Все эти определения являются субъективными, т.к. еще нет гистологически очерченного понятия прекарциноматоза. За последнее время появляется все больше и больше работ, где авторы кистозную мастопатию в известной стадии и форме рассматривают, как процесс, часто переходящий в рак.

Ewing в своей капитальной работе о злокачественных опухолях дает несколько гистологических структур атипической пролиферации эпителия в случаях кистозной мастопатии.

Эти гистологические структуры с атипической пролиферацией эпителия он называет прекарциноматозами. Считаю необходимым привести соответствующие микрофотограммы из работы Ewing'a . Микрофотограммы № 37 и 38.



Микрофотограмма № 37
Преинкрзная пролиферация эпителия грудной железы (по Ewing'y).

В результате усиленной пролиферации эпителия железистых долек на месте концевых пузырьков образовались альвеолы из гиперхроматичных эпителиальных клеток, среди них встречается много митозов. Вокруг альвеол отмечается значительное развитие гиалинизированной ткани.

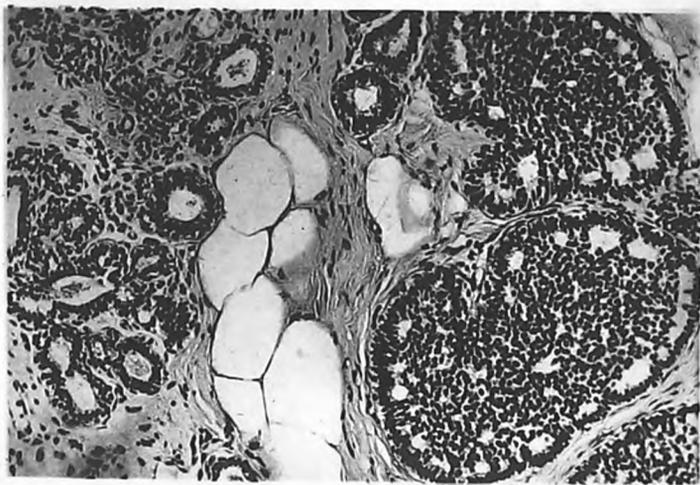
В результате усиленной пролиферации эпителия железистых долек, происходит новообразование мелких железистых пузырьков, лишенных просветов. Стенка пузырьков состоит из слоя кубических клеток. Эти железистые пузырьки образуют аденоматозные узлы, расположенные или вокруг протоков или на месте бывших концевых пузырьков железистых долек.



Микрофотограмма № 38.

Преканкротная пролиферация эпителия грудной железы (по Ewing'y).

Hertzer в своей монографии "Патология грудной железы" • *Surgical pathology of the mammary gland* 1933 г. описывает преканкротную форму хронического кистозного мастита, которая, по его мнению, может предшествовать раку.



Преканкротная форма хронического кистозного мастита (по Hertzer'y).

Микрофотограмма № 39.

На микрофотограмме № 39 видны внутрикистозные аденомы, из мелких железистых пузырьков, стенка которых состоит из слоя кубических клеток. По периферии кист виден слой цилиндрического эпителия, который местами клеточными мостиками соединяется с массой внутрикистозной опухоли (внутрикистозной аденомы). Справа видны группы протоков, выстланные сочным цилиндрическим эпителием.

Переходя к анализу собственного материала, мы должны сказать, что в изученную нами группу фиброзно-кистозной мастопатии не вошли инволютивные кисты грудной железы, или кистозная болезнь по *Warren'y*, простая эктазия больших протоков *Leschke*.

Эти кисты не имеют ничего общего с фиброзно-кистозной мастопатией, так как в этиологическом и патогенетическом отношении они совершенно различны.

Кистозная болезнь (*Warren'a*), или инволютивные кисты, появляются у старых женщин, что связывается с старческой инволюцией грудной железы.

Эти кисты доброкачественны по своей природе и не могут быть отнесены к предраковым состояниям.

При макроскопическом исследовании в грудной железе находят единичные крупные кисты; стенки их эластичны, внутренняя поверхность гладкая, в просветах кист содержится голубоватое вязкое содержимое.

При микроскопическом исследовании стенка такой кисты состоит из плотной фиброзной ткани. Эпителий, выстилающий внутреннюю поверхность кисты, атрофичен, уплощен.

Образование этих кист происходит следующим образом: перидуктальная соединительная ткань превращается в фиброзную, часто гиалинизируется, при этом она сморщивается и

вызывает растяжение протоков, в результате чего образуются ретенционные кисты.

Собственный материал.

Нами изучено 100 случаев фиброзно-кистозной мастопатии женщин, подвергшихся операции секторного иссечения грудных желез в онкологической клинике Свердловского Физиотерапевтического института и в клинике Факультетской хирургии Мединститута за время с 1931 по 1946 год.

Возраст женщин был следующий:

Т а б л и ц а № I.

До 20 л.	20-30л.	30-40л.	40-50л.	50л. и выше
5ч. - 5%	10ч. - 10%	30ч. - 30%	39ч. - 39%	16ч. - 16%

1-я возрастная группа до 20 лет соответствует периоду, когда грудная железа девушки претерпевает физиологическую гиперплазию в периоды менструации ("менструирующая грудь" *Hertzler*). Как показывает таблица № I, случаи фиброзно-кистозной мастопатии в этом возрастном периоде редки, их было 5.

2-я и 3-я группы от 20 - 40 лет.

В эти периоды грудная железа претерпевает более глубокие физиологические пертурбации в связи с беременностью и кормлением, а, следовательно, в ней наступают и более значительные гистологические изменения, когда процессы лактационной гиперплазии сменяются процессами обратного развития. Фиброзно-кистозная мастопатия в этом возрастном периоде была обнаружена в 40 случаях, причем в возрасте от

20-30л. фиброзно-кистозная мастопатия встретилась 10 раз, тогда как 30 случаев относятся к возрасту от 30-40 лет.

4-я группа соответствует климактерическому периоду, когда наступают инволютивные процессы в грудной железе; в этот период фиброзно-кистозная мастопатия обнаружена нами чаще, нежели в другие периоды - 39 раз.

5-я группа в возрасте свыше 50 лет. Это период глубоких инволютивных изменений, появляющихся в грудной железе пожилых женщин, когда функция яичников окончательно угасла, влияние их на грудную железу прекратилось. Мы видим, что и количество случаев фиброзно-кистозной мастопатии в этом возрасте резко снизилось, мы имели всего 16 таких больных.

Приведенные статистические данные до некоторой степени показывают, что фиброзно-кистозная мастопатия наблюдается в те периоды жизни женщины, когда имеются предпосылки для расстройства функций и развития патологических процессов в женской половой сфере. Таким периодом, как известно, является период расцвета наибольшей половой активности (20-40 лет) и начальный период ее угасания после 40 лет.

Обработка операционного материала производилась следующим образом: из удаленной грудной железы брались кусочки в количестве 3-4 из различных наглаз измененных мест. Кусочки фиксировались в 10% формалине, проводились через спирты, заливались в целлоидин. Препараты окрашивались след. способами:

- 1 - гематоксилин-эозином
- 2 - Van Wieron'y (инкорофуксином)

- 3 - по Weigert'y (резорцином)
4 - по Футу (азотной окислы серебром).

При гистологическом исследовании кусочков мы встретили следующие гистологические варианты фиброзно-кистозной мастопатии :

1. Фиброзно-кистозная мастопатия с незначительной пролиферацией эпителия.

При этом наблюдается образование кист из концевых отделов долек и протоков. Интерстициальная соединительная ткань пролиферирует и гиалинизируется, расчленяя дольки на группы кист.

2. Пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

Она характеризуется пролиферацией эпителия, в результате чего возникают новые гистологические структуры, папиллярные выросты в кистах и внутрикистозные папиллярные аденомы или аденоматозные узлы.

3. Фиброаденоз или аденоз.

В случаях фиброаденоза происходит диффузное новообразование железистых долек и разрастание интерстициальной соединительной ткани. Концевые отделы долек и протоки кистозно расширяются.

Во всех случаях фиброзно-кистозной мастопатии мы наблюдали появление эозинофильного эпителия (см. стр. 96..)

В количественном отношении эти три варианта распределяются следующим образом :

Т а б л и ц а № 2

Фиброзно-кистозн. мастопатия с незначит. пролиф. эпителия	Пролиферир. фиброзно-кистозная мастопатия.	Фиброаденоз	ВСЕГО :
55 - 55%	33 - 33%	12 - 12%	100 - 100%

Наибольшее число случаев приходится на кистозно-фиброзную мастопатию с незначительной пролиферацией эпителия. На 2-м месте стоят пролиферирующие формы, где пролиферация эпителия становится значительной, часто атипичной, стоящей даже на границе с раком. Наиболее редкой формой является фиброаденоз.

Мы предлагаем выделение указанных 3-х вариантов только на основании гистологического исследования. С гистологической стороны такое разделение вполне оправдано, оно также оправдано и с клинической стороны, т.к. каждый из описанных нами вариантов имеет некоторые клинические и рентгенологические особенности, что подробно изложено в работах проф. Ратнер и Гильберт. Мы не считаем себя вправе назвать варианты определенными стадиями процесса, т.к. процесс не прослежен динамически, для этого нужны эксперименты. Несомненно только, что все эти 3 варианта являются проявлением одного и того же процесса. За это говорят, кроме всех прочих данных, данные клиники, некоторые анатомо-гистологические особенности - диффузность поражения, появление возинофильного эпителия и наличие во всех трех вариантах единого морфологического признака - образования кист, что наблюдается даже в случаях фиброаденоза. По нашим данным, в грудных железах нерожавших женщин кисты встречаются в зна-

чительно меньших количествах, чем в грудных железах много-
рожавших, что является еще лишним аргументом в пользу гор-
мональной теории возникновения фиброзно-кистозной масто-
патии.

Предлагаемое нами выделение в отдельную группу случа-
ев с пролиферацией эпителия необходимо, т.к. некоторые ти-
пы пролиферации эпителия в грудной железе и в других орга-
нах, как известно, являются одним из симптомов предрака.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ. (Исключая пролиферативные
формы и фибраденос).

Случаев этого варианта было 55 (55%).

По возрасту материал распределяется следующим обра-
зом:

Т а б л и ц а № 3.

До 20л.	20-30л.	30-40л.	40-50л.	Свыше 50л.	ВСЕГО:
-	5	20	21	9	55

Наибольшее количество случаев приходилось на возраст
от 30 до 50 лет. До 30 л. случаи фиброзно-кистозной масто-
патии редки, в возрасте свыше 50 лет количество случаев
убывает.

На нашем материале мы чаще наблюдали фиброзно-кистоз-
ную мастопатию у рожавших женщин.

У рожавших - 44

У нерожавших - 11

Так как грудные железы у нерожавших и у рожавших жен-
щин имеют свои гистологические особенности, мы сочли необ-

ходимым при изучении гистологических особенностей фиброзно-кистозной мастопатии выделить фиброзно-кистозную мастопатию у

1. Нерожавших и
2. Рожавших женщин.

Фиброзно-кистозная мастопатия у нерожавших женщин.

По возрасту случаи распределяются следующим образом:

Т а б л и ц а № 4.

До 20л.	20-30л.	30-40л.	40-50л.	Свыше 50л.	ВСЕГО:
-	2	4	4	I	II

Наибольшее количество случаев приходится на возраст от 30 до 50 лет.

Продолжительность заболевания от нескольких месяцев до 4-х лет.

Суб"ективные жалобы: рост опухоли грудной железы, иногда болезненность на ощупь.

В анамнезе отмечается случайное обнаружение затвердения - опухоли в грудной железе, которая больную не беспокоит, (медленный, незаметный рост, отсутствие болезненности).

При об"ективном исследовании лечащие врачи отмечают диффузное уплотнение обеих, реже одной грудной железы. Поверхность плотного участка **узловата** (что *Cheatele* и *Kutler* об"ясняют фиброзом элементов куперовских связок). Границы уплотнения не определяются, уплотнение смещается вместе с железой, с кожей не спаяно.

На разрезе в ткани послеоперационных препаратов содержатся участки уплотнения, местами сливающиеся с окружающей тканью. Участки уплотнения - бледно-желтого цвета, волокнистого строения, с единичными кистами различной величины от просяного зерна до грецкого ореха. См. фотоснимок № 40.



Фотоснимок № 40. Макропрепарат.

Фиброзно-кистозная мастопатия у нерожавшей женщины.

а - диффузное развитие соединит. ткани
(коллаген. волокон).

б - к и с т а

Случай № 63. Гистол. исслед. № 8845.

При изучении гистологических препаратов в случаях фиброзно-кистозной мастопатии у нерожавших и малорожавших женщин мы находили полное соответствие с изменениями, описанными в макропрепаратах.

Среди диффузно развитых мощных коллагеновых волокон встречаются крупные единичные или расположенные группами

(по 2-3) кисты. Малое количество кист об"ясняется почти полным отсутствием железистых долек и слабым ветвлением протоков в грудных железах у нерожавших и малорожавших женщин. В этих случаях кисты преимущественно образуются из протоков.

На микрофотограммах №№ 41, 42 показаны кисты, образованные из протоков в грудных железах у нерожавших женщин.



Микрофотограмме № 41

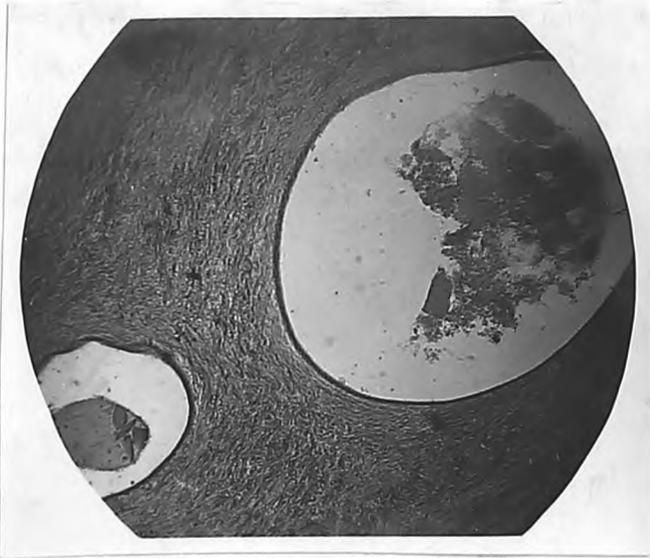
Образование кист из мелких протоков при фиброзно-кистозной мастопатии в грудной железе у нерожавшей женщины.
Случ. № 66. Гист.исслед. № II4752.

На микрофотограмме № 41 видны среди коллагеновых волокон кистозно расширенные мелкие протоки, эпителий, выстилающий их, остается сочным, цилиндрическим; в просвете протоков содержится белковая жидкость, в окружности протоков отмечается развитие грубой фиброзной ткани.

На микрофотограмме № 42 показана фиброзно-кистозная мастопатия в грудной железе у нерожавшей женщины.

Среди сочных коллагеновых волокон 2 кисты из протоков, выстланные уплощенным эпителием.

В просветах кист содержится белковая жидкость и клетки десквамированного эпителия.



Микрофотограмма № 42.

Фиброзно-кистозная мастопатия у нерожавшей женщины.

Сл. № 62. Гистол.исслед. № 2394.

В части случаев фиброзно-кистозной мастопатии у нерожавших женщин обнаружены кисты, выстланные эозинофильным эпителием. См. микрофотограмму № 43.



Микрофотограмма № 43.

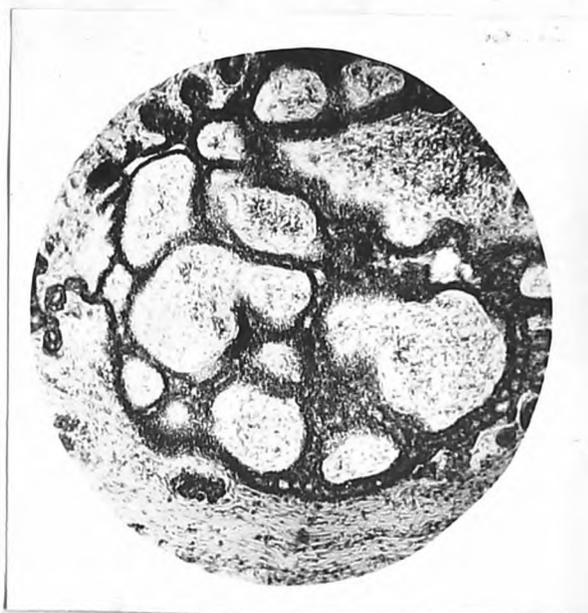
Фиброзно-кистозная мастопатия у нерожавшей женщины.

- а- диффузное развитие коллагеновых волокон
- б- крупная киста, выстланная мелким цилиндрическим эпителием.
- в- эозинофильные кисты. Эпителий их образует сочные выросты.

Случ. № 65. Гистол.исслед. № II3600.

В ткани желез при фиброзно-кистозной мастопатии могут встречаться структуры фиброаденом. У нерожавших женщин фиброзно-кистозная мастопатия с такими структурами нам встретилаась в 4-х случаях (из II).

Фиброаденомы в этих случаях были различной величины от лесного ореха до микроскопических размеров. Капсула у таких микрофиброаденом отсутствовала, она часто отсутствовала и у фиброаденом, достигающих большой величины. При гистологическом исследовании структуры их соответствовали интраканаликулярным, периканаликулярным и альвеолярным фиброаденомам.



Микрофотограмма № 44.

Интраканаликулярная фиброаденома, развившаяся на месте одной железистой дольки.

Сл. № 69. Гистол.исслед. № II348I.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ У ПНОГОРОДЯВШИХ

ЖЕНЩИН .

Возраст женщин был следующий:

Т а б л и ц а № 5.

До 20л.	20-30л.	30-40л.	40-50л.	Свыше 50л.	ВСЕГО:
-	3	15	18	8	44

Наибольшее количество случаев приходится на возраст с 30-50 лет. Количество случаев в возрасте свыше 50 лет, значительно снижено.

В возрасте от 20-30 лет, фиброзно-кистозную мастопатию у рожавших женщин мы наблюдали 3 раза.

Продолжительность заболевания :

Т а б л и ц а № 6 .

До года	До 2л.	До 3л.	До 4л.	До 5л.	До 6л.	До 7л.	и более
3	4	5	1	1	-	1	1

Длительность заболевания в большинстве наших случаев до 1 года, однако мы видим, что заболевание может протекать хронически до 7 лет и больше.

Наш материал отображает раннюю обращаемость больных, что связано с энергичной противораковой борьбой.

Суб"ективные жалобы в этих случаях, как и у больных предыдущей группы: рост опухоли, увеличение ее во время менструации , боли.

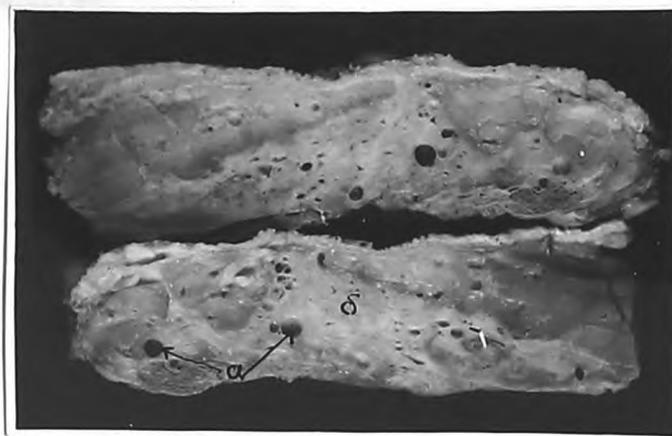
В анамнезе отмечается случайное обнаружение больными

опухли в бане, при осмотре врачом по поводу иного заболевания и т.д.

Как правило, процесс был двусторонним.

При объективном исследовании грудных желез отмечалось увеличение объема желез, но чаще они в объеме не изменялись. Сосок в больной железе был несколько приподнят. При пальпации прощупывались в ткани железы узлы различной величины, плотной или тугоэластической консистенции. В окружности узлов определялась грубая дольчатость, иногда железы как бы были нафаршированы опухолевыми узлами.

На разрезе в грудных железах обнаруживались множественные кисты величиной от просеяного зерна до горошины, рассеянные в ткани желез. См. фотоснимок № 45.



Фотоснимок № 45.

Фиброзно-кистозная мастопатия у много-
жавшей женщины.

а- мелкие кисты в ткани желез
б- фиброзная ткань.

Макропрепарат б-ной 39л.. Сл. № 106.
Гистол.исслед. № 112632 .

Часто кисты достигали крупных размеров, до лесного и грецкого ореха, вокруг кист было заметное развитие плотной

белой ткани (см. фотоснимок № 46).



Фотоснимок № 46.

Фиброзно-кистозная мастопатия у многорожавшей женщины.

а - К и с т ы

Макропрепарат б-ной 46л. Сл. № 47. Гист.иссл. № 9806.

Изучив ряд гистологических препаратов в случаях фиброзно-кистозной мастопатии (у многорожавших женщин), мы обнаружили следующее:

- 1 - Большое количество кист; в ряде препаратов нам удалось проследить процесс образования их.
- 2 - Частое сочетание фиброзно-кистозной мастопатии с структурами фиброаденомы и аденом грудной железы.
- 3 - Образование внутрикистозных папиллярных аденом.
- 4 - Полипоз кистозно расширенных протоков
- 5 - Наличие кист, выстланных эозинофильным эпителием.

Процесс кистообразования, как основной момент в ги-
стогенезе фиброзно-кистозной мастопатии.

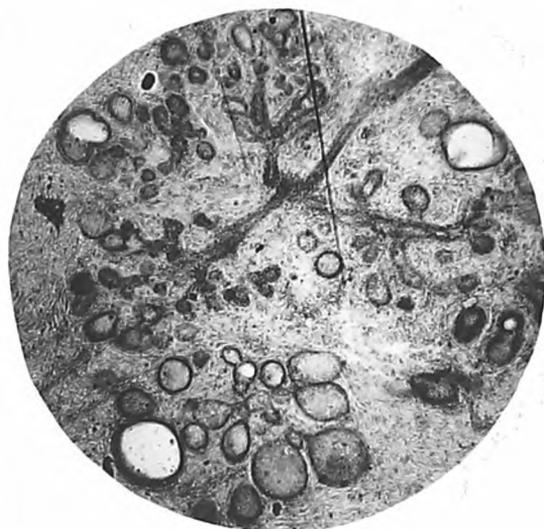
Во всех случаях фиброзно-кистозной мастопатии у рожавших женщин мы наблюдали кистозное расширение конечных отделов железистых долек. Характерной особенностью было то, что одновременно с кистозным расширением конечных отделов долек наблюдалось превращение рыхлой внутридольковой соединительной ткани в фиброзную, что приводило к отшнуровке конечных отделов; часть отшнурованных мелких кист сдавливалась и атрофировалась разрастающейся фиброзной тканью, сохранившиеся кисты увеличивались в объеме, достигая крупных размеров. Таким образом при фиброзно-кистозной мастопатии в железистых дольках происходят процессы кистообразования и фиброза.

Происхождение кист из конечных отделов железистых долек обуславливает групповое расположение кист, что достаточно убедительно отображено на наших препаратах.

На микрофотограмме № 47 видно образование кист из конечных пузырьков железистых долек.

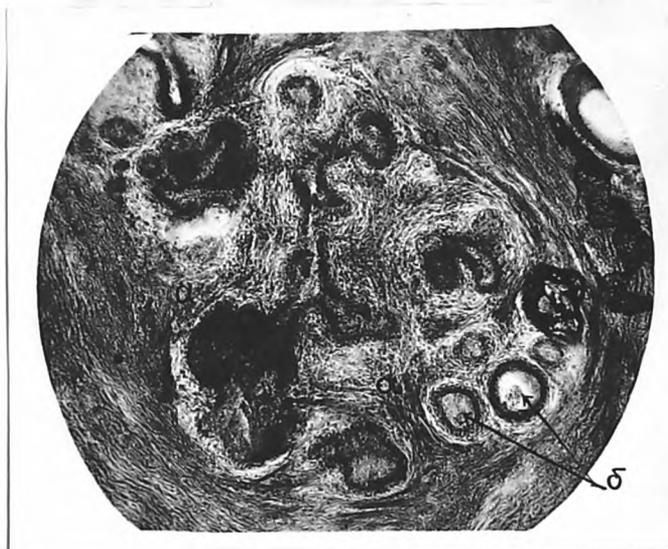
Кистозное расширение конечных пузырьков железистых долек.

Фиброзно-кистозная мастопатия.



Микрофотограмма № 47
Сл. № 76. Гистол. исслед. № 113283.

зано на микрофотограмме № 48.



Микрофотограмма № 48 .

Разделение фиброзной ткани железистой дольки на группы железистых пузырьков.

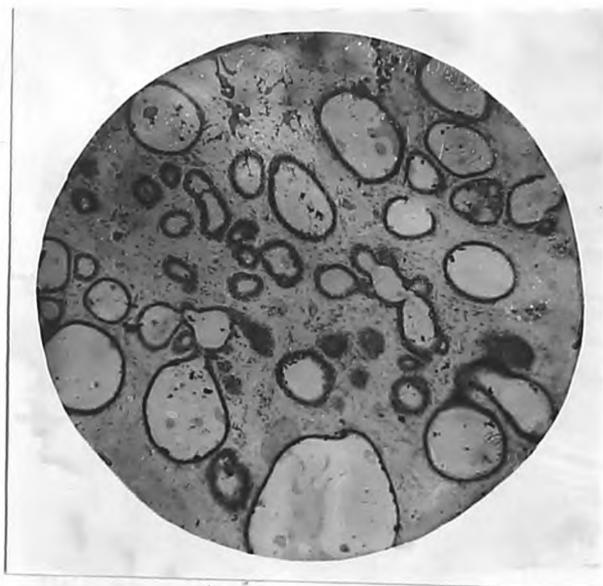
а - фиброзная ткань,

б - группы железистых пузырьков.

Случ. № 76. Гистол.исслед. № 113283.

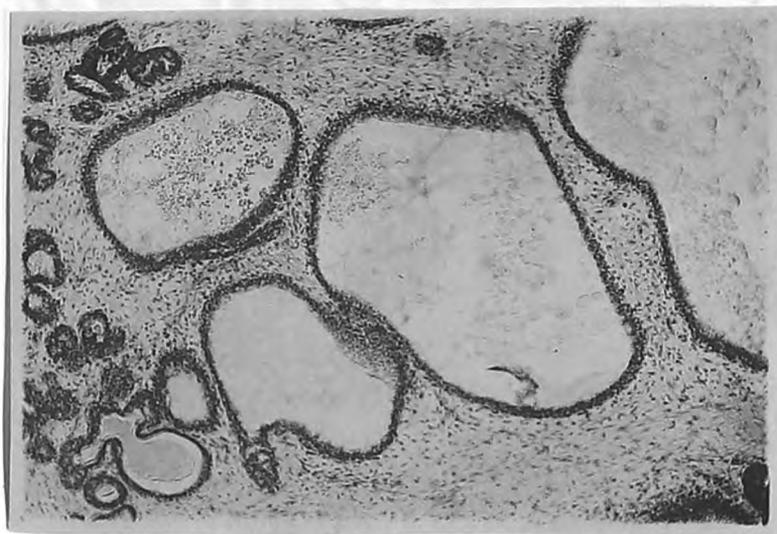
Говоря о фиброзно-кистозной мастопатии, мы оттеняем в термине развитие фиброзной ткани в грудной железе при этом процессе. Развитие фиброзной ткани занимает некоторое место в гистогенезе кист. Мы видим, что кистозно расширенные железистые пузырьки отшнуровываются фиброзной тканью, которая развивается на месте рыхлой интерстициальной соединительной ткани в железистых дольках.

На микрофотограмме № 49 группа кист различной величины и формы, расположенных на месте бывшей железистой дольки. Вокруг кист разрастание плотной, бедной клетками соединительной ткани.



Микрофотограмма № 49.

Группа кист на месте бывшей железистой дольки.
Случай фиброзно-кистозной мастопатии
Гист.исслед. № 113283.



Микрофотограмма № 50,увел.

Группа больших кист на месте железистой дольки грудной железы.
Случай фиброзно-кистозной мастопатии
№ 74.

Гистол.исслед. № 115887

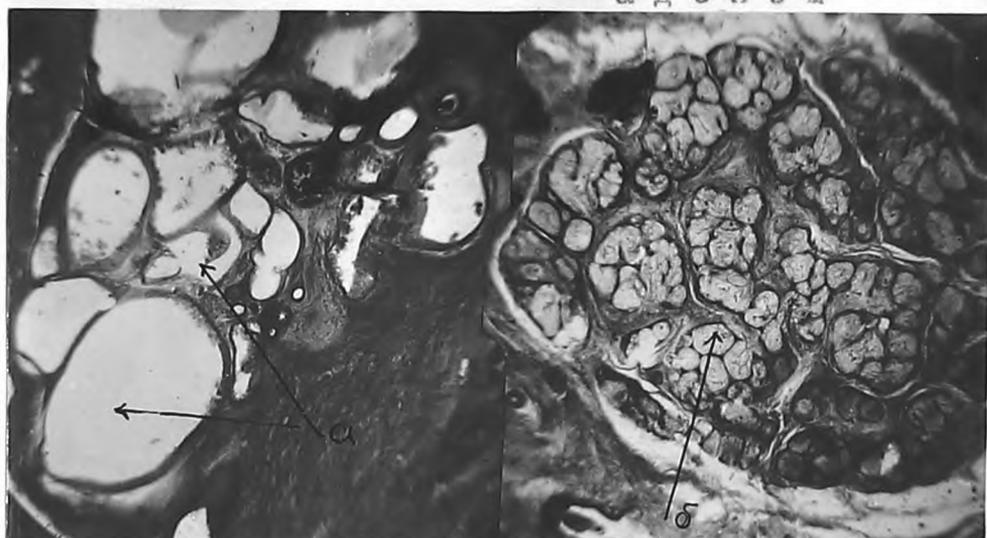
На микрофотограмме № 50 видна группа больших кист выстланных мелким цилиндрическим эпителием; в полостях кист содержится белковая жидкость и клетки десквамированного эпителия. Вокруг кист - разрастание соединительной ткани.

Итак, образование кист при фиброзно-кистозной мастопатии у многодетных женщин происходит преимущественно из концевых отделов железистых долек. Концевые пузырьки кистозно расширяются и отшнуровываются интерстициальной соединительной тканью.

В итоге имеется групповое расположение кист в ткани желез. Наряду с кистами, образованными из концевых отделов железистых долек также образуются кисты из протоков.

Сочетание фиброзно-кистозной мастопатии с структурами фиброаденомы и аденомы грудной железы.

В 15 случаях мы наблюдали сочетание фиброзно-кистозной мастопатии с структурами фиброаденомы и аденомы грудных желез (на 55 случ. мастопатии). Из них фиброаденом было - 12
аденом " - 3



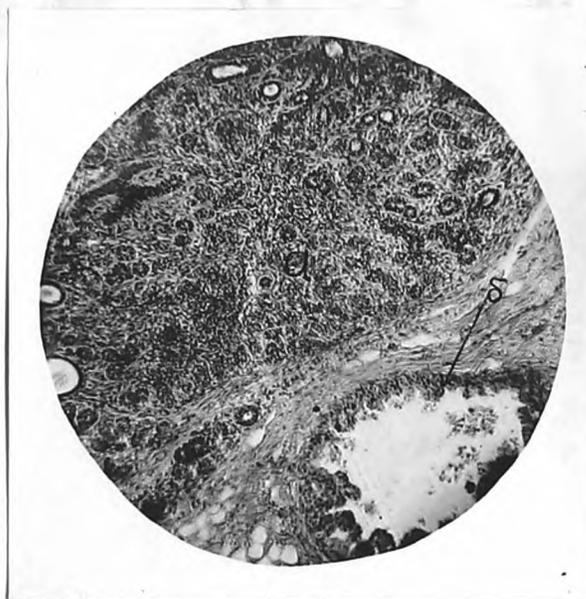
Микрофотограмма № 51.

Фиброзно-кистозная мастопатия и интраканаликулярная фиброаденома грудной железы

а - группа кист

б - интраканаликулярная фиброаденома.

Случ. № 97. Гистол.исслед. № 112688.



Микрофотограмма № 52

Фиброзно-кистозная мастопатия и аденома грудной железы.

а - аденома без капсулы

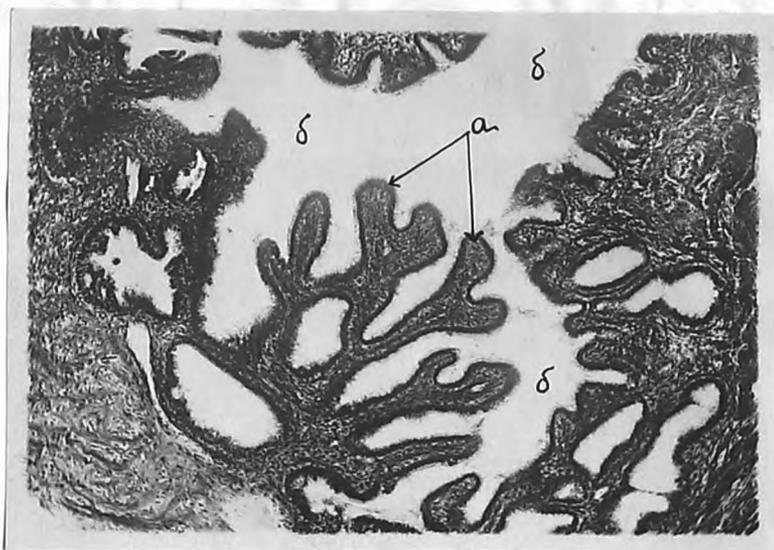
б - киста, выстланная эозинофильным эпителием, последний пролиферирует, образуя сосочковые выросты.

Случ. № 98. Гистол.исслед. № III99I.

Итак, на нашем материале мы наблюдали сравнительно частое сочетание структуры фиброаденом при фиброзно-кистозной мастопатии

Полипоз стенки протоков .

В кистозно расширенных протоках мы отмечали явления полипоза, когда на стенке протока образовывались множественные древовидно разветвленные сосочковые выросты, покрытые мелким цилиндрическим эпителием. См. микрофотограмму № 53.



Микрофотограмма № 53.

Полипов кистозно расширенного протока в случае фиброзно-кистозной мастопатии. а- полипозные выросты стенки протока б- просветы кистозно расширенного протока.

Случ. № 78. Гистол.исслед.№ II4200.

Внутрикистозные папиллярные аденомы.

Случаи с внутрикистозными папиллярными аденомами мы, как правило, относим в группу пролиферирующих фиброзно-кистозных мастопатий, т.к. папиллярные аденомы образуются в результате пролиферации эпителия.

К группе фиброзно-кистозных мастопатий мы относим только такие внутрикистозные аденомы, которые имеют толстую фиброзную ножку и мелкий атрофирующийся от давления белковой жидкостью эпителий. См. микрофотограмму № 54.



Микрофотограмма № 54.

Внутрикистозная аденома

- а - внутрикистозная аденома
- б - широкая фиброзная ножка аденомы
- в - белковый секрет в полости кисты.

Случ. № 98. Гистол.исслед. № III752.

Эозинофильный эпителий.

Говоря об эозинофильном эпителии, мы, прежде, чем приступить к изложению собственного материала, должны остановиться на морфологической характеристике клетки эозинофильного эпителия, терминологии и краткой истории вопроса.

Клетка эозинофильного эпителия по величине в $1\frac{1}{2}$ -2 раза больше клетки эпителия железистых долек и протоков.

Форма клетки цилиндрическая, иногда кубическая, протоплазма то однородная, то мелко-зернистая.

Ядро клетки большое, круглое, содержит 2 ядрышка, оттеснено к основанию. При окраске гематоксилином и эозином протоплазма клетки окрашивается эозином в интенсивно розовый цвет, тогда как при окраске по Van Gieson'y (пикро-

фуксином), протоплазма окрашивается пикриновой кислотой в насыщенно-желтый цвет.

Этот вид эпителия имеет ряд названий. "Эозинофильным" его называют *Krompacher*, *Theill*, *Waldor*, Дорфман, Мирер.

"Ацидофильным" его называет *Warren*, вследствие особой чувствительности этого эпителия к кислым краскам (эозину)

"Апокринизированным" его называют Давыдовский, Герценберг, учитывая его эмбриогенетическую связь с апокриновыми железами.

Первый описал эозинофильный эпителий *Borst*. Он обнаружил его в случаях кистозной мастопатии и считал его раковым. В 1907 г. Саар описал его в случаях хронического кистозного мастита и нашел в нем сходство с эпителием потовых желез.

Взгляды на происхождение эозинофильного эпителия различны.

1. *Mc Farland*, *Moullin*, *Dreifuss*, *Krompacher*, *Ewing* возникновение эозинофильного эпителия приурочивают к периоду эмбриогенеза, при этом дальнейшее развитие кист является простой гипертрофией

2. *Theile*, *Goldzieher*, *Waldor* проводят мысль, что это - эпителий, подвергнувшийся дегенерации, вследствие метаболических расстройств, что проявляется в накоплении альбуминов в цитоплазме.

3. По мнению *Аскапачу* эозинофильный эпителий возникает в порядке пролиферации и метаплазии эпителия грудной железы в родной ей эпителий большой потовой железы.

Дорфман склонен рассматривать появление эозинофильного эпителия, как прекарциноматоз, считая, что он возникает в результате физико-химических изменений среды, ведущих к на-

буханию коллоидов протоплазмы и увеличению размера клетки; эти физико-химические изменения среды наступают как в скрытой стадии рака, так и в стадии его видимого проявления.

Собственный материал.

Во всех случаях фиброзно-кистозной мастопатии у многодетных женщин, мы обнаруживали эозинофильный эпителий. Исследуя многочисленные препараты железы при фиброзно-кистозной мастопатии, нам удалось отметить :

1. Появление эозинофильного эпителия в железистых дольках.

2. Образование папиллярных кист, внутрикистозных папиллярных аденом и аденоматозных узлов в результате пролиферации эозинофильного эпителия.

В двух случаях мы наблюдали появление эозинофильного эпителия в железистых дольках. (Гист.иссл. №№ 9137 и 113504)

На микрофотограмме № 55 видно появление эозинофильного эпителия в железистой дольке. В верхнем полюсе дольки имеется несколько альвеол, выстланных крупным цилиндрическим эпителием, протоплазма этих клеток интенсивно окрашена в розовый цвет эозином, ядра светлые, крупнее обычных, лежат вблизи основания клеток.



Микрофотограмма № 55.

Появление эозинофильного эпителия в железистой дольке грудной железы.

а - железистая долька.

б - концевые отделы дольки, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай фиброзно-кистозной мастопатии № 113.

Гистол.исслед. № 9137.

На микрофотограмме № 56 показана железистая долька из эозинофильного эпителия. На месте концевых отделов дольки имеются аденоматозные узлы с сосочковыми разрастаниями эпителия. Клетки эпителия в $I\frac{1}{2}$ -2раза больше нормальных



Микрофотограмма № 56.

Железистая долька из эозинофильного эпителия.

Случай фиброзно-кистозной мастопатии № 80. Гистол.исслед. № 113504.

с светлой зернистой протоплазмой и крупным светлым оттенным к основанию ядром.

В других железистых долях эпителий мелкий темный, ядра его интенсивно окрашены гематоксилином.

Эозинофильный эпителий с одной стороны склонен к дегенерации и десквамации, с другой - в нем заложены дольшие гиперпластические потенции; пролиферируя, он образует папиллярные кисты, папиллярные внутрикистозные аденомы, аденоматозные узлы.



Микрофотограмма № 57.

Кисты, выстланные эозинофильным эпителием, последний в состоянии некроза и десквамации.

а - эозинофильная киста

б - некроз в эпителии кисты

в - группа кист, выстланных эозинофильным эпителием.

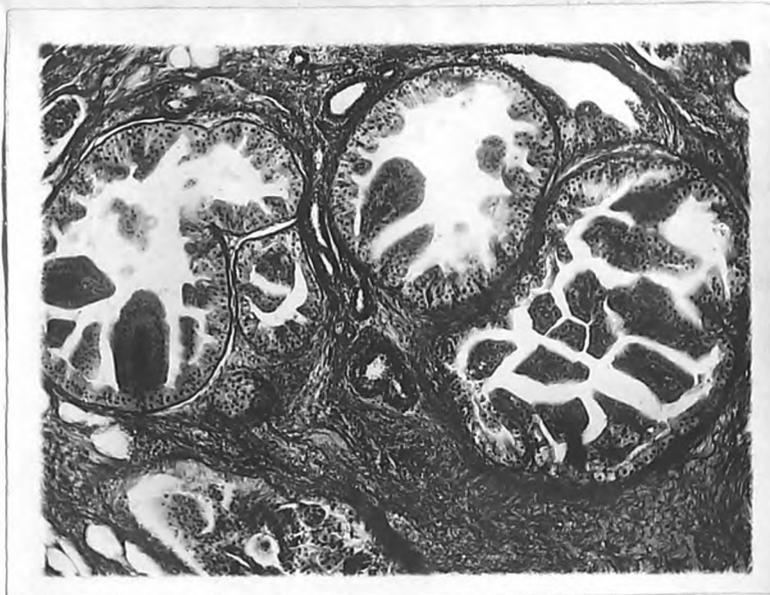
Случ. фиброзно-кистозной мастопатии № 79. Гист.исслед. № II4030.

В случае гистологического исследования № II4030 мы отметили склонность эозинофильного эпителия к дегенерации и десквамации. При этом эпителиальные клетки десквамировались. Ядра подверглись карioreкcису, протоплазма также распадалась на мелкие зерна и при этом в просветах некоторых кист, лишенных эпителия, скапливались некротические массы.

Концевые отделы железистых долек, выстланные эозинофильным эпителием, кистозно расширяются, увеличиваются в объеме, отшнуровываются; образуются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Эозинофильный эпителий пролиферирует и образует сосочковидные выросты.

На микрофотограмме № 58 видны кисты, выстланные эозинофильным эпителием. Эпителий пролиферирует и образует сосочковидные выросты. В окружности кисты происходит разрастание фиброэпителиальной ткани.



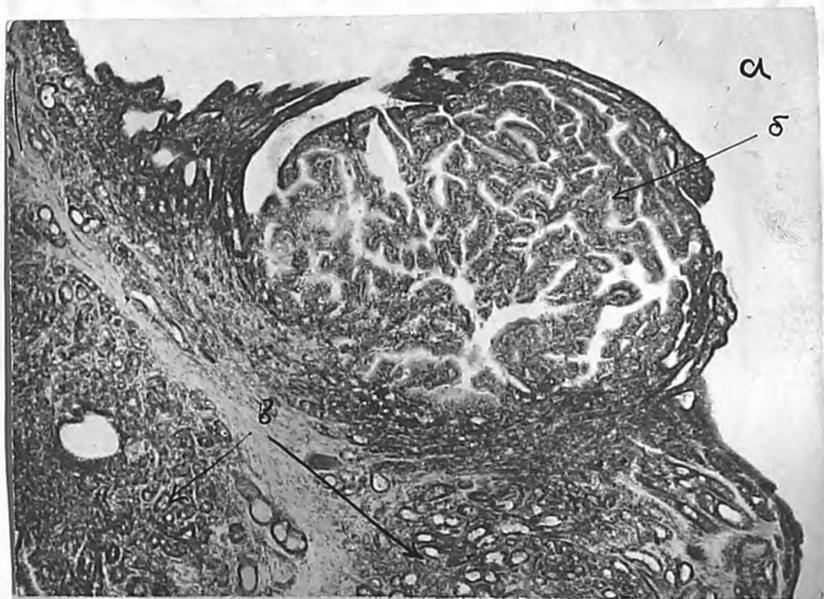
Микрофотограмма № 58.

Эозинофильные папиллярные кисты
Случай кистозно-фиброзной мастопатии № 114
Гистол. исследов. № 112245.

В дальнейшем пролиферация эозинофильного эпителия может привести к образованию папиллярных аденом и аденоматозных узлов.

На микрофотограмме № 59 представлена стенка кисты; на

внутренней ее поверхности - папиллярная аденома из эозинофильного эпителия. В окружности кисти аденоматозные узлы из мелких кистозно расширенных железистых пузырьков.



Микрофотограмма № 60.

Внутрикостозная папиллярная аденома из эозинофильного эпителия.

а - просвет кисти

б - папиллярная аденома из эозинофильного эпителия

в - аденоматозные узлы из множества новообразованных железистых пузырьков.

Случай пролиферирующей кистозно-фиброзной мастопатии № 138. Гистологич.исследов. № 9105.

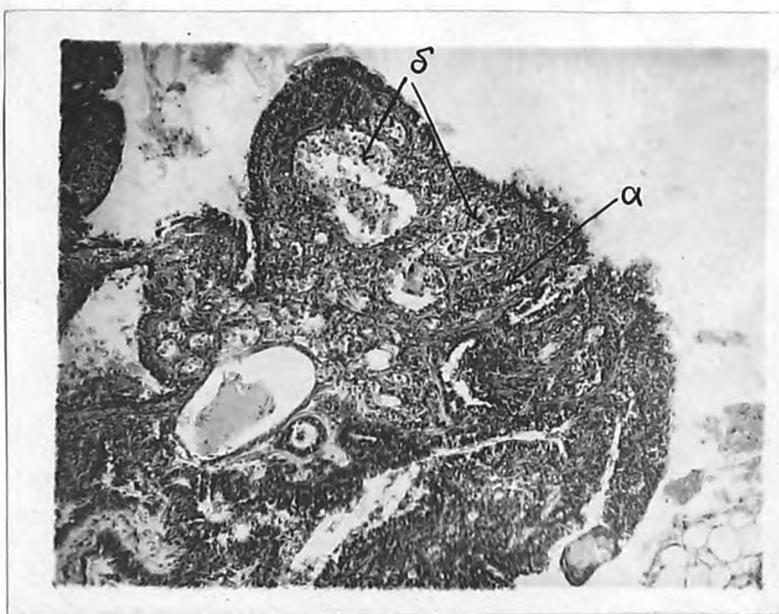
На микрофотограмме № 61 видна аденома из эозинофильного эпителия. Опухоль состоит из железистых пузырьков, выстланных эозинофильным эпителием. В окружности опухоли - развитие тяжелой фиброзной ткани.



Микрофотограмма № 61

Аденома из эозинофильного эпителия.
Случай пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии. Гистол. исслед. № 8591.

Эозинофильный эпителий может появляться в аденоматозных узлах и внутрикистозных папиллярных аденомах в процессе пролиферации эпителия.



Микрофотограмма № 62.

Внутрикистозная папиллярная аденома.
а - внутрикистозная папиллярная аденома
б - кисты, выстланные эозинофильным эпителием в ткани папиллярной аденомы.

Случай пролиферирующей кистозно-фиброзной мастопатии. Гистол.исслед. № 4775.

Учитывая противоречивость взглядов на происхождение эозинофильного эпителия и появление его при различных заболеваниях грудной железы, мы обратили на него особое внимание.

Изучение этого вопроса привело нас к следующим заключениям:

1. При фиброзно-кистозной мастопатии эозинофильный эпителий встречается часто, особенно в грудных железах рожавших женщин. Таким образом, присутствие эозинофильного эпителия является вторым основным морфологическим симптомом фиброзно-кистозной мастопатии (первый симптом - кистозное расширение концевых отделов долек).

2. Эозинофильный эпителий появляется в концевых отделах железистых долек, что ясно видно из двух приведенных микрофотограмм №№ 55 и 56.

3. В дальнейшем из концевых отделов железистых долек происходит образование кист, выстланных эозинофильным эпителием.

4. Эозинофильный эпителий кист склонен к различным патологическим процессам, как дегенеративного, так и пролиферативного характера.

5. В результате пролиферации эозинофильного эпителия образуются папиллярные кисты, внутрикистозные папиллярные аденомы, аденоматозные узлы.

6. В других случаях эозинофильный эпителий кист некротизируется и некротические массы скапливаются в полостях кист.

7. Появление эозинофильного эпителия можно наблюдать не только в железистых дольках, но и в новообразованной ткани (внутрикистозных папиллярных аденомах).

8. Мы не решаем вопроса о патогенезе эозинофильных кист, но для нас является неоспоримым фактом, что эозинофильный эпителий является видоизмененным эпителием грудной железы, и появление его не имеет отношения к периоду эмбриогенеза.

У старых женщин фиброзно-кистозная мастопатия протекает на фоне резких инволютивных процессов. См. микрофотограмму № 63.



Микрофотограмма № 63.

а - эозинофильные папиллярные кисты
б - кистозно расширенные протоки - инволютивные кисты.
в - фиброзная ткань в окружности кист.

Случ. № 92. Гистол.исслед. № II6923.

ПРОЛИФЕРИРУЮЩАЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ .

Нами изучено 33 случая пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии: из них у рожавших - 20, у нерожавших - 3;

По количеству родов материал распределяется следующим образом:

Т а б л и ц а № 7.

Возраст женщин был следующий :

Т а б л и ц а № 8.

До 20 лет	От 20 до 30 лет	От 30 до 40 л.	От 40 до 50 л.	От 50 л. и выше	ВСЕГО:
-	2	8	17	6	33

Наибольшее количество случаев приходится на возраст от 40-50 л. Сравнивая эти данные с данными, полученными нами при фиброзно-кистозной мастопатии на таблице № 3, мы получили следующее:

Т а б л и ц а № 9.

	До 20 лет	От 20 до 30 л.	От 30 до 40 л.	От 40 до 50 л.	От 50 и выше	ВСЕГО:
Фиброзно-кистозная мастопатия	-	5	20	21	9	55
Пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия	-	2	8	17	6	33

Приведенные данные показывают, что больные с пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатией приближаются к раковому возрасту.

Сравнивая нормальные и патологические процессы роста эпителия грудной железы, мы отмечаем, что в случаях пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии пролиферация эпителия происходит по типу образования недифференцированных аденомеров - железистых пузырьков.

Во всех случаях мы наблюдали новообразование множества железистых пузырьков, стенки которых состояли из слоя клеток кубического или цилиндрического эпителия; большинство

железистых пузырьков были лишены просветов.

В результате пролиферации при фиброзно-кистозной мастопатии образуются :

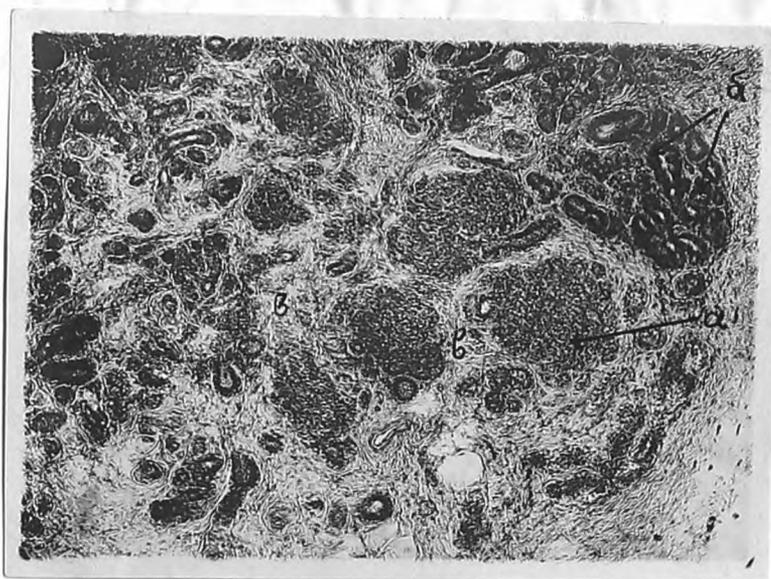
- 1) аденоматозные узлы на месте ацинусов и железистых долек;
- 2) внутрикистозные аденомы (сюда же относятся папиллярные аденомы протоков - интрадуктальная папиллома - аденома);
- 3) перидуктальный аденоматоз.

Аденоматозные узлы на месте ацинусов в железистых дольках.

Случай № 133. Б-ная 39л., замужем. Имела 3-х детей. Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Произведена операция секторного иссечения грудной железы.

Гистологическое исследование № 8571.

Патологоанатомический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия. На микрофотограмме № 64 видны аденоматозные узлы в железистой дольке, образованные из множества мелких железистых пузырьков, лишенных просвета. Стенки пузырьков состоят из ряда мелких кубических клеток.



Микрофотограмма № 64.

Аденоматозные узлы в железистой дольке.

а- аденоматозные узлы на месте конечных отделов дольки.

б- конечные отделы железистой дольки.

в- внутридольковая соединительная ткань.

Гистол.исслед. № 859I.

Аденоматозный узел на месте железистой
д о л ь к и .

Случай № 134. Е-ная 4Iг., Замужем, имела 2-х детей.

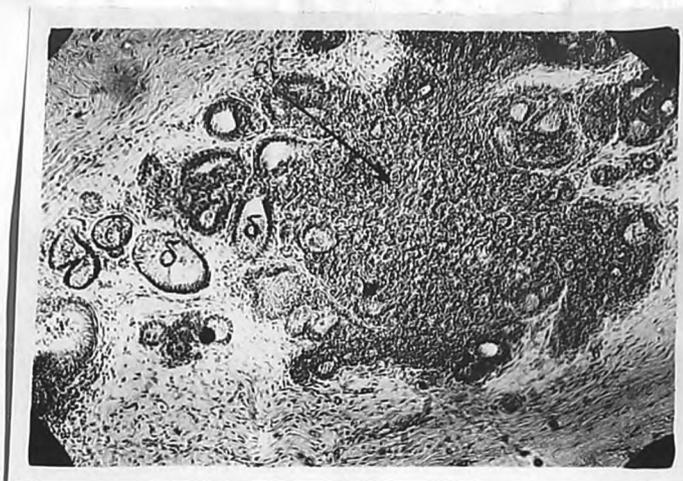
Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Произведена операция секторного иссечения грудной железы.

Гистологическое исследование № III210.

Патолого-гистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

На микрофотограмма № 65 - аденоматозный узел, образованный из множества железистых пузырьков, лишенных просветов. Стенка пузырьков образована рядом мелких клеток кубического эпителия. Железистые пузырьки, расположенные по периферии узла, кистозно расширены.



Микрофотограмма № 65.

- Аденоматозный узел
а- аденоматозный узел
б- кистозно расширенные железистые
пузырьки по периферии желези-
сто-го узла.

Внутриклеточные аденомы.

Случай № 135: Больная 51г. Замужем. Имела 4 беремен-
ности.

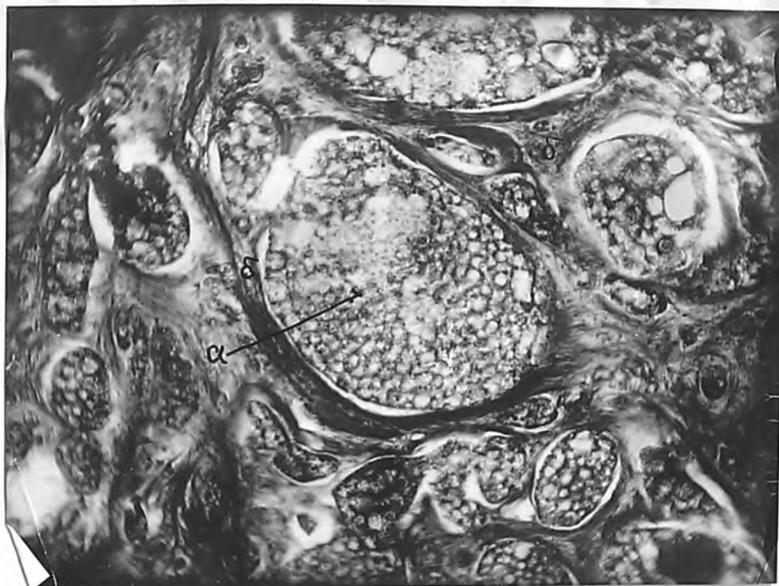
Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Произведена операция секторного иссечения грудной желе-
зы.

Гистологическое исследование № 10148.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фи-
брозно-кистозная мастопатия.

На микрофотограмме № 65: внутриклеточные аденомы,
образованные из множества железистых пузырьков, стенка ко-
торых состоит из клеток кубического эпителия.



Микрофотограмма № 66.

Внутрикистозные аденомы.

- а- внутрикистозная аденома, состоящая из множества железистых пузырьков
- б- фиброзная ткань в окружности кист.

Гистол.исслед. № 10148.

Папиллярная аденома протока.

Случай № 136. Е-ная 40л. Замужем. Беременностей не имела.

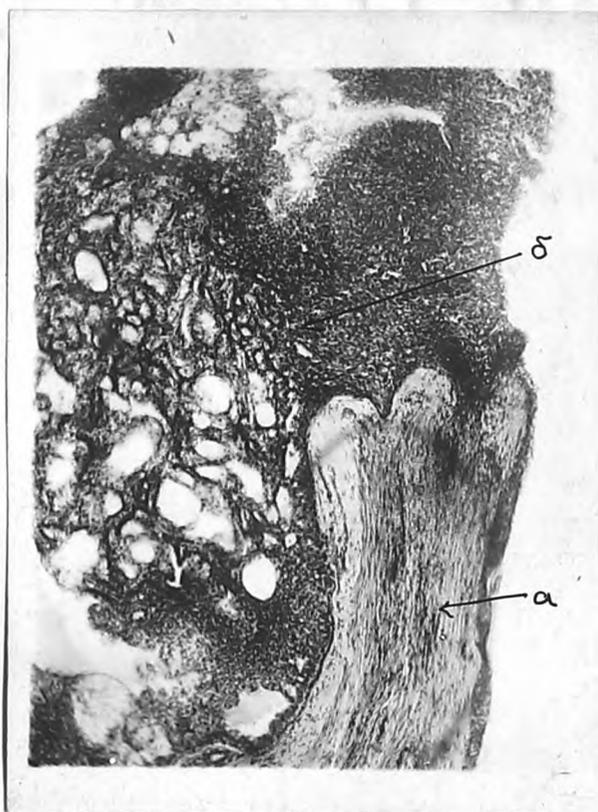
Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Произведена операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № 10004.

Патологогистологический диагноз: мастопатия с пролиферацией эпителия и образованием внутрикистозного аденоматозного полипа.

На микрофотограмме № 67 виден внутрикистозный аденоматозный полип с хорошо выраженной соединительнотканной ножкой.

Эпителий, покрывающий ножку, пролиферирует и образует множественные железистые пузырьки, лишенные просвета, местами имеются сплошные скопления клеток. По периферии железистые пузырьки кистозно расширены.



Микрофотограмма № 67.

Внутрикистозный аденоматозный полип.

а- ножка полипа

б- аденоматозная ткань полипа.

Гистол.исслед. № 10004.

Перидуктальный аденоматоз.

Случай № 137. Е-ная 39л. Замужем, было 2 беременности.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Произведена операция секторного иссечения грудной железы.

Гистологическое исследование № 10925.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия и перидуктальным аденоматозом.



На микрофотограмме № 68: сдвинутый звездообразный просвет протока, вокруг которого имеется муфтообразная "аденома", состоящая из множества мелких, местами лишенных просветов, железистых пузырьков.

Микрофотограмма № 68.

Перидуктальный аденоматоз

а- просвет протока
б- перидуктальный аденоматоз
Гистол. исслед. № 10925.

Эти типы пролиферации эпителия при наличии неблагоприятных клинических симптомов, мы считали себя вправе трактовать как предраки. В дальнейшем изложении мы приведем ряд случаев, где переход таких структур в рак не подлежит оспариванию.

"КРОВОТОЧАЩАЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ."

Говоря о неблагоприятных клинических симптомах при пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии мы должны остановиться на симптоме кровотечения из соска.

Кровотечение из соска является симптомом, внушающим тревогу больным и лечащим врачам. Большинство авторов указывают на связь этого симптома с раком или предраковыми состояниями.

Adair считает, что кровянистые выделения из соска часто указывают на рак грудной железы, большей частью на рак протоков *ductal carcinoma*.

Deaver и *McFarland* считают, что кровянистые выделения из

соска наблюдаются при внутриканальцевых папиллярных разрастаниях, которые они относят к доброкачественным процессам.

Lewis наблюдал кровавистые выделения из соска при интраканаликулярных, папиллярных цистоаденомах.

Greenough, Simmons сообщают о 20 случаях цистоаденом с симптомом кровоточащего соска, из них рак был обнаружен в 3-х случаях.

Bloodgood - нашел, что кровотечение из соска в большинстве случаев (в 80%) наблюдается при доброкачественных процессах и только в 1% - при раке грудной железы.

Cheate и Rutler не соглашаются с мнением Bloodgood'a и считают, что доброкачественно клинически протекающие кистозные процессы грудной железы при гистологическом исследовании оказываются злокачественными, и кровотечение из соска в этих случаях является первым неблагоприятным симптомом.

Stowers считает, что выделение крови из соска при отсутствии травмы большей частью обуславливается папилломой протока соска или грудной желез; в этих случаях необходима немедленная операция с проведением срочной биопсии для исключения рака.

Он рассматривает папиллому, как предрак.

Товбин предлагает при наличии кистозного мастита и кровавистых выделений рассматривать процесс, как прекарциноматоз.

Криворотов считает, что кровоточащая грудная железа длительное время может быть доброкачественным заболеванием, однако она рано или поздно переходит в рак, поэтому он предлагает эту форму заболевания называть *mastitis chronica cystohaemorrhagica maligna*.

Таким образом, большинство авторов приходит к выводу, что симптом кровотечения из соска наблюдался при предраковом состоянии или при раке грудной железы.

В 13 случаях пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии мы наблюдали симптом кровотечения из соска.

Наряду с кровотечением из соска наблюдались другие неблагоприятные клинические симптомы: рост опухоли, болезненность в пораженной грудной железе.

Клинический диагноз в этих случаях был: "кровотокающая грудная железа", "мастопатия с подозрением на начало рака", "рак".

Данные гистологического исследования и данные клинико-кишечные позволяют нам трактовать кровоточащую фиброзно-кистозную мастопатию, как предраковое состояние.

В 10 случаях источником кровотечения были внутрикистозные папиллярные аденомы и папиллярные аденомы кистозно расширенных протоков.

Привожу случаи кровоточащей фиброзно-кистозной мастопатии:

Случай № 138. Б-ная 50л. Полгода тому назад заметила появление опухоли в левой грудной железе.

За последнее время появились новые плотные узелки в обеих грудных железах, ранее обнаруженный ею узел в левой грудной железе заметно увеличился. Месяц назад появились кровянистые выделения из левого соска.

Больная поступила в Онкологическую клинику Свердловского Физioterпевтического Института. Из анамнеза установлено, что больная замужем, имела 7 беременностей, 6 из них окончилась нормальными родами, 1 - аборт. Климакс наступил

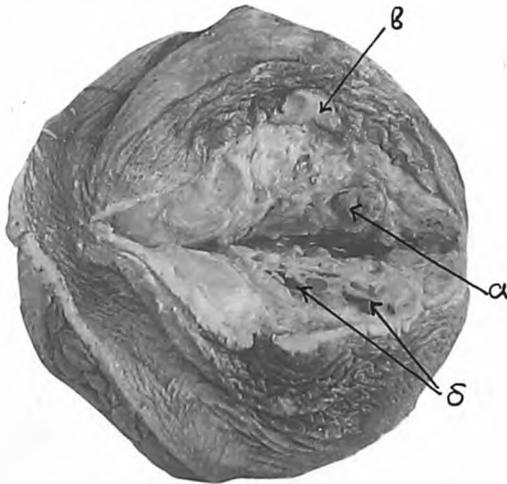
год назад.

При объективном исследовании в нижнем квадранте левой грудной железы определяется диффузная с узловой поверхностью опухоль. При надавливании на опухоль из соска левой грудной железы выделяется кровянистая жидкость. В правой грудной железе определяется грубая дольчатость.

Клинический диагноз: фиброно-кистозная мастопатия, подозрение на рак.

Произведена операция радикальной мастэктомии.

На фотоснимке № 69- удаленная грудная железа. На поверхности разреза видны множественные кисты с желеобразно-кровянистым содержимым. Полости некоторых кист заполнены опухолевидными разрастаниями.



Фотоснимок № 69. Фиброно-кистозная мастопатия с образованием внутрикистозных аденом.

а- внутрикистозная аденома
б- кисты с кровянистым содержимым
в- сосок

Гистол. исслед. № 9105.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброно-кистозная мастопатия с образованием внутрикистозных аденом (см. микрофотограмму № 70).

На микрофотограмме № 70 видны множественные кистозные полости, выстланные

полости, выполненные аденоматозными опухолевыми узлами, которые состоят из новообразованных железистых пузырьков. Стенка пузырьков выстлана слоем кубических клеток. Просветы некоторых пузырьков кистозно расширены, содержат белковую жидкость. На стенке кисти имеется опухоль из эозинофильного эпителия.



Микрофотограмма № 70.

Проллиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием внутрикистозных аденом.

а- стенка кисти

б- аденома из эозинофильного эпителия на стенке кисти.

в- внутрикистозные аденомы с кистозно-расширенными железистыми пузырьками.

(гистол.исслед. № 9105).

На основании гистологического исследования, при котором обнаружена фиброзно-кистозная мастопатия с образованием внутрикистозных аденом из пролиферирующего эпителия, но без инфильтрации эпителием стромы железы, случай можно отнести к предраковым состояниям. Это подтверждается и данными клиники: возрастом больной, ростом опухоли, кровотечением из соска.

Случай № 139. Б-ная 52л. Замужем. Было две беременности, окончившиеся нормальными родами. В течение 10 лет больная замечала сукровичные выделения из соска правой грудной железы. Сперирована в онкологической клинике Свердловского Физиотерапевтического Института по поводу кровоточащей правой грудной железы.

При исследовании удаленной грудной железы обнаружено: на стенке одного из основных кистозно-расширенных протоков имеется опухоль, величиной до 3 мм в диаметре. Поверхность опухоли зернистая.



Фотоснимок № 71.
Фиброзно-кистозная мастопатия с образованием папилломы протока.

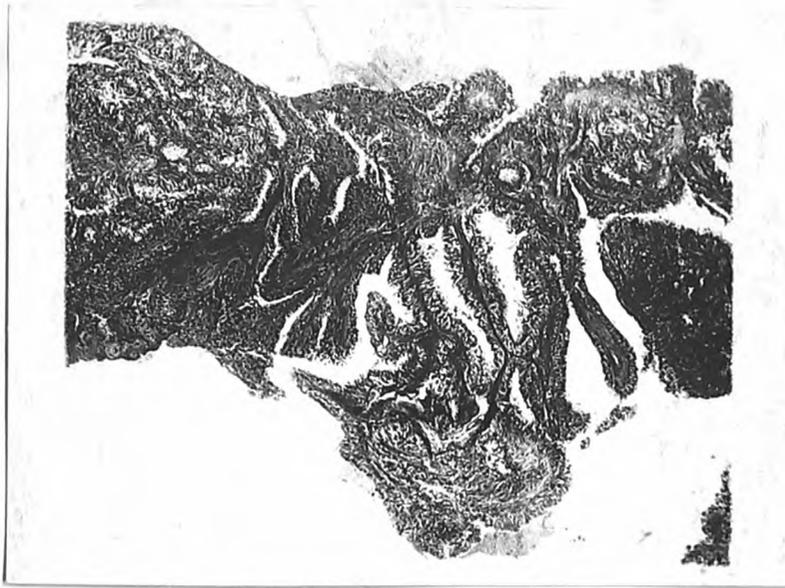
В ткани грудной железы обнаружены множественные кисты с гладкими стенками, содержащие буровато-желтую жидкость.

Гистологическое исследование № 8778.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием папиллярной аденомы протока (см. микрофотограмму № 72).

Опухоль состоит из новообразованных железистых пузырьков, местами лишенных просветов, некоторые пузырьки кистозно расширены и, располагаясь по периферии опухоли, обра-

зуют сосочковые вырости. Стенка пузырьков выстлана слоем кубического эпителия.



Микрофотограмма № 72
Папиллярная аденома протока.

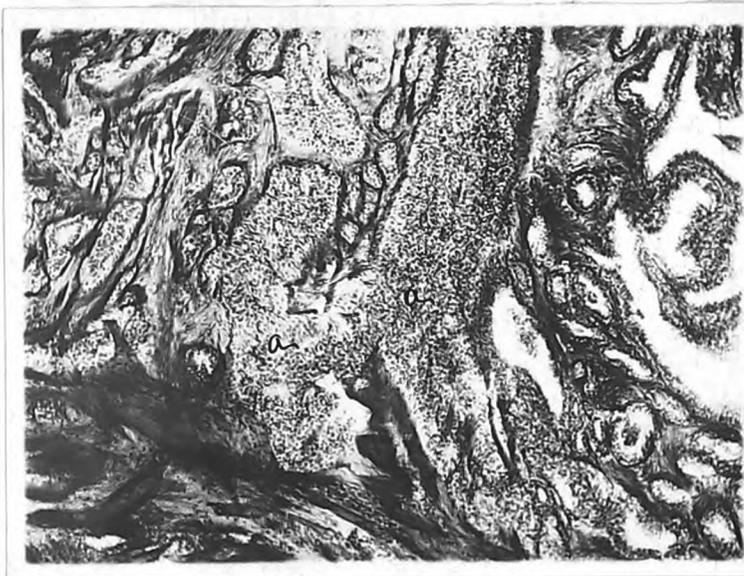
Случай № 140. Б-ная 39л. Замужем. Имела 2 беременности. Два года назад заметила опухоль в правой грудной железе. За последний год больная стала заметно худеть, опухоль стала увеличиваться, появились боли и кровянистые выделения из соска. Больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия с подозрением на злокачественность. Произведена операция радикальной мастэктомии.

Описание макропрепарата. В грудной железе в верхне-наружном ее квадранте обнаружена опухоль величиной с боб. Опухоль на ощупь мягкая, на разрезе зернистая, серо-розового цвета с хорошо выраженной капсулой. В окрестности опухоли в ткани железы обнаружены множественные различной величины

кисты с буровато-желтым содержимым. Между кистами имеется значительное развитие белой плотной ткани, среди которой то там, то здесь вкраплен жир.

Гистологическое исследование № 9711.



Микрофотограмма № 73

Внутрикистозная папиллярная аденома с атипической пролиферацией эпителия а - тяжи эпителиальных клеток.

Внутрикистозная папиллярная аденома протока из пролиферирующего эпителия. Случай можно отнести к предраковым состояниям грудной железы. Это подтверждается клиническими данными: ростом опухоли, кровянистыми выделениями из соска, похуданием больной.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием крупной внутрикистозной папиллярной аденомы.

На микрофотограмме № 73 - папиллярная аденома с значительной пролиферацией эпителия.

Кусочек взят из опухоли протоке. Опухоль состоит из множества новообразованных желез, некоторые из них кистозно расширены. Эпителий желез пролиферирует, заполняя просветы и образуя клеточные скопления, вокруг которых видны тяжи фиброзной ткани.

Случай № 141. Б-ная 28 л. Считает себя больной около 1½ лет, когда впервые заметила случайно в правой грудной железе опухоль. Опухоль не увеличивалась и только изредка при надавливании на опухоль появлялась болезненность. Два месяца назад появились из соска кровянистые выделения.

Больная незамужем. Беременностей не было. *Menses* с 16 лет, нерегулярные, часто с перерывами в 6 месяцев. Половой жизнью не жила.

Больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института.

При объективном исследовании: в правой грудной железе в верхне-внутреннем квадранте определяется подвижная, плотная, бугристая опухоль, не спаивающаяся с подлежащими тканями, величиной с грецкий орех. В левой грудной железе определяется грубая дольчатость. Лимфатические узлы без особенностей.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия.

Произведена операция секторного иссечения с последующей ампутацией грудной железы.

Данные осмотра макропрепарата. На разрезе в ткани сектора, удаленного из грудной железы, обнаружена группа кист величиной до горошины, с сочными зернистыми опухолевидными разрастаниями ткани в их просветах, на остальном протяжении ткань железы плотная с единичными мелкими кистами. Отмечается значительное развитие серовато-белой плотной ткани по ходу протоков. Протоки значительно расширены.

Гистологическое исследование № II0468.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием папиллярных аденом

просветов с значительной пролиферацией эпителия.



Микрофотограмма № 74.

Внутрикистозные папиллярные аденомы с атипической пролиферацией эпителия.

- а - стенка кисты
- б - папиллярная аденома
- в - аденоматозный узел с кистозными расширениями отдельных желез.

На микрофотограмме № 74- папиллярные аденомы протоков с значительной пролиферацией эпителия.

На основании гистологического исследования, при котором обнаружены внутрикистозные аденомы из пролиферирующего эпителия, случай можно отнести к предраковым состояниям. Это подтверждается клиническими данными, как-то: кровавистые выделения из соска.

Случай № 142. Б-ная 52л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 5.И-1944г. по поводу "кровоточащей грудной железы". В конце 1943 г. заметила сукровичные выделения из соска, последнее время выделения стали кровавистыми. Замужем. Имел 3 беременности, закончившиеся родами. Менструации отсутствуют два года.

Объективные данные: грудные железы большие, отвислые. Правая грудная железа больше левой, из соска ее выдавливается кровавистые выделения. В ткани железы прощупываются множественные узелки.

Клинический диагноз: кровоточащая грудная железа.

14.И- произведена операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № II3560. Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием фиброаденом и папиллярной аденомы протока.

На препарате много кист различной величины и формы, выстланных уплощенным эпителием, содержащих белковую жидкость. В расширенном протоке среди крови папиллярная аденома из железистых пузырьков, стенка которых состоит из кубического эпителия. На месте отдельных железистых долек узлы перидуктальной фиброаденомы. В сохранившихся железистых дольках разрастается фиброзная ткань.

Описание гистологического препарата:

Кусочек взят из внутрикистозной папиллярной аденомы. Опухоль состоит из множества кистозных полостей, местами заполненных пролиферирующим эпителием, последний образует опухоль, состоящую из мелких железистых пузырьков, в свободных кистозных полостях содержится белковая жидкость (см. микрофотограмму № 75).

На основании данных гистологического исследования, при котором обнаружена внутрикистозная папиллярная цистоаденома из пролиферирующего эпителия, случай можно отнести к предраковым состояниям грудной железы. Это подтверждается и клиническими данными.



Микрофотограмма № 75
Внутрикистозная папиллярная цистоаденома с атипической пролиферацией эпителия.
Гистол.исслед. № II3560.

Случай № 143. Е-ная 37л. Поступила в Онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 30.XI-1942 г. по поводу опухоли грудной железы. Год назад заметила опухоль в правой грудной железе, но не обратила на это внимания; в последнее время появились кровянистые выделения из соска.

Больная замужем. Имела пять беременностей, из них три закончились абортми, две - родами. Детей кормила сама.

Объективные данные: грудные железы маленькие, плоские. При массировании из левого соска выдавливается грязновато-коричневая жидкость. В обеих грудных железах прощупываются плотные множественные узелки - мастопатия.

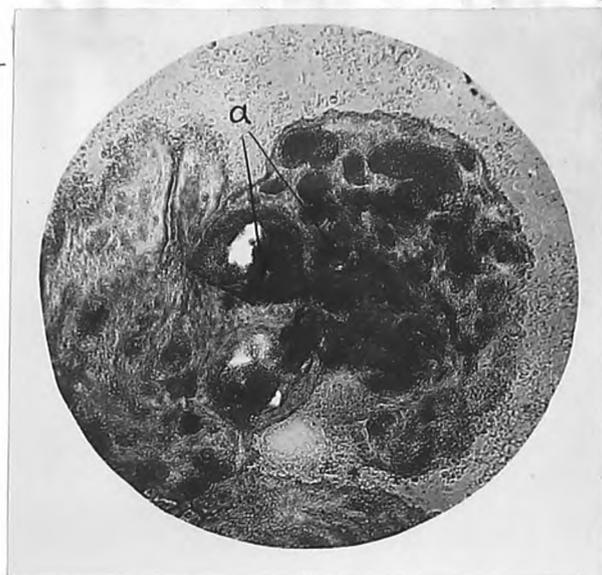
Клинический диагноз: кровоточащая грудная железа - кистозная мастопатия.

Произведена операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № 7030.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием кровоточащей папиллярной аденомы протока.

Описание гистологического препарата: среди разросшейся богатой клетками соединительной ткани множественные мелкие кисты, эпителий которых - высокий, цилиндрический, пролиферирует и образует множество железистых пузырьков, местами полностью заполняя просветы. Вокруг кист с пролиферирующим эпителием отмечается значительная круглоклеточная инфильтрация из лимфоцитов. В кистозно расширенном протоке обнаружена распадающаяся папиллярная аденома с множественными очагами кровоизлияния в массу опухоли. (См. микрофотограмму № 76).



Микрофотограмма № 76.
Кровотокающая папиллярная
аденома протока.
а - кровоизлияния в ткани
аденомы.

Гистол. исследование № 7030

Случай № 144. Б-ная 55 лет. Шесть лет назад появилась опухоль в правой грудной железе, которая начала медленно расти. Два года тому назад появились кровянистые выделения из соска, опухоль заметно увеличивалась.

Имела 15 беременностей - 13 родов, 2 выкидыша. Детей всех кормила грудью до 2-х летнего возраста. Девять лет назад наступил климакс.

Поступила в онколгическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института с жалобами на увеличивающуюся опухоль и периодические кровянистые выделения из соска. При объективном исследовании обнаружено: в наружно-нижнем квадранте правой грудной железы прощупывается подвижная, бугристая, местами эластической консистенции опухоль. При надавливании на область опухоли из соска появляются кровянисто-сукровичные выделения.

На основании данных гистологического исследования, при котором обнаружена папиллярная аденома протока из пролиферирующего эпителия с большим количеством сосудов и кровоизлияниями в ткань аденомы. Случай можно отнести к предраковым состояниям грудной железы. Это подтверждается клиническими данными - кровотоением из соска.

Клинический диагноз: рак правой грудной железы?

Произведена радикальная мастэктомия.

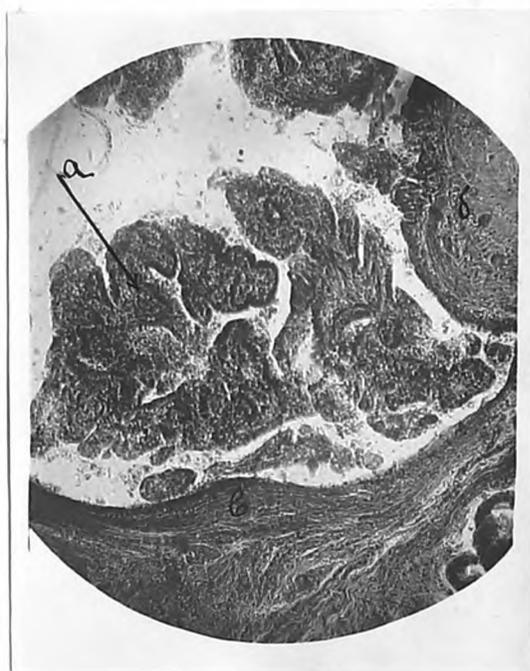
Описание макропрепарата: на разрезе в ткани удаленной железы среди бледно-желтой плотной тяжами разросшейся ткани расположены кисты, различной величины (от горошины до булавочной головки) с прозрачным буроватым содержимым. В просвете одной кисты сосочковая серо-розового цвета опухоль, величиной с горошину. Главные протоки железы вблизи соска расширены.

Гистологическое исследование № 8920.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фибро-кистозная мастопатия с образованием распадающейся папиллярной аденомы протока.

На микрофотограмме № 77 -распадающаяся папиллярная аденома протока с фиброзной широкой ножкой.

На основании данных гистологического исследования, при котором обнаружена папиллярная аденома протока из пролиферирующего эпителия, случай можно отнести к предраковым состояниям. Это подтверждается и данными клиники.



Микрофотограмма № 77.

Кровоточащая папиллярная аденома протока.
а- папиллярная аденома
б- фиброзная ножка аденомы
в- стенка протока.

Случай № 145. Б-ная 43л. Замужем. Имела 15 беременностей. Год назад заметила опухоль в правой грудной же-

лезе. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института с жалобами на увеличивающуюся опухоль, колющие боли и периодические сукровично-кровянистые выделения из соска.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия с подозрением на злокачественное превращение.

Произведена операция радикальной мастэктомии.



Фотоснимок № 78. Макропрепарат грудной железы. Фиброзно-кистозная мастопатия.

На фотоснимке № 78 видна удаленная грудная железа, на разрезе которой имеются множественные кистозные полости различной величины.

Гистологическое исследование № 8505.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием папиллярных аденом протоков.

На микротографии № 79 видна папиллярная аденома протока, состоящая из мелких новообразованных железистых пузырьков, местами видны клеточные скопления, в по оси кисти - скопление крови.



Микрофотограмма № 79.

Кровотокающая папиллярная аденома протока.

а - папиллярная аденома

б - кровь

в - стенка протока

На основании данных гистологического исследования, при котором обнаружена папиллярная аденома протока с кровоизлиянием в просвет протока, случай можно отнести к предраковым состояниям. Это подтверждается клиническими данными - кровотечением из соска.

Случай № 146. В-ная 44л. Замужем. Имела 5 беременностей, из них 4 окончились нормальными родами и одна - абортom.

10 месяцев тому назад заметила опухоль в левой грудной железе и серозные выделения из соска. Один раз выделения имели кровянистый характер, в последнее время появились постоянные боли в левой грудной железе.

Больная обратилась в онкологическую клинику Свердлов-

ского Гинекологического института. При объективном исследовании обнаружено: левая грудная железа несколько больше правой, при надавливании из соска выделяется серозная жидкость. В верхне-наружном квадранте ее определяется опухоль эластической консистенции, величиной с грецкий орех, в соседнем участке ткань диффузно уплотнена.

Клинический диагноз: фиброно-кистозная мастопатия, подозрение на начало рака.

Произведена операция радикальной мастэктомии.

Гистологическое исследование № 8034.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброно-кистозная мастопатия с образованием папиллярных аденом протоков.



Микрофотограмма № 80.

Распадающаяся кровотокащая папиллярная аденома протока.

а - распадающаяся папиллярная аденома
б - стенка протока.

В данном случае имеется предраковое состояние грудной железы.

На основании данных гистологического исследования и клинических данных, случай можно отнести к предраковым состояниям.

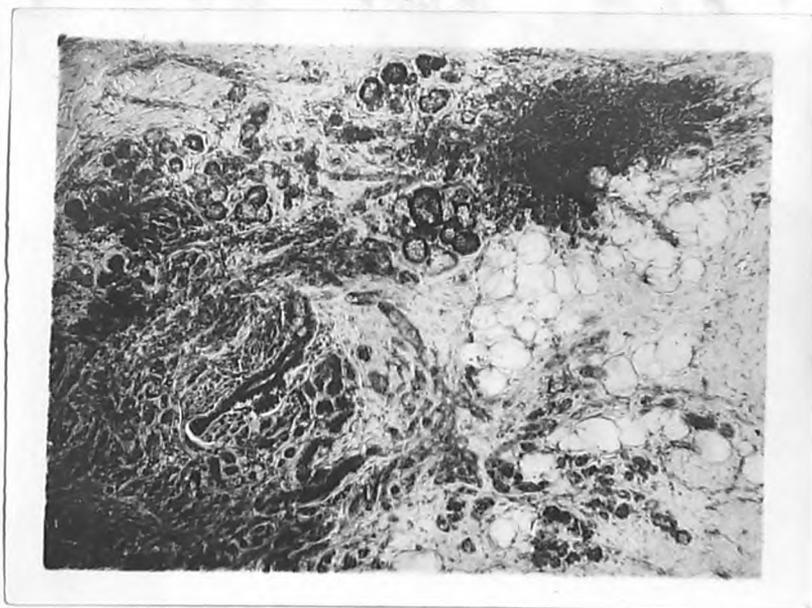
Случай № 147. Б-ная 46 лет. Замужем. Было 2 беременности. Больна около одного года, когда заметила появление опухоли в правой грудной железе, опухоль большую не беспокоила. За последнее время опухоль стала увеличиваться, появились кровянистые выделения из соска. Клинический диагноз: рак, развившийся на почве кистозной мастопатии.

27.VIII-1940г. произведена операция радикальной мастэктомии. Описание макропрепарата: в верхне-внутреннем квадранте правой грудной железы имеется многокамерная киста, величиной с грецкий орех, с гладкой внутренней стенкой, вправо от этой кисты плотный опухолевый узел без капсулы, величиной с лесной орех, бледно-желтого цвета, ячеистого строения. В ткани железы в окружности кисты узловатые бледно-желтые, плотные образования и значительное отложение жира (см. фотоснимок № 46 на стр.).

Гистологическое исследование №№ 9806, 9942.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброно-кистозная мастопатия.

На микрофотограмме № 81 - множественные новообразованные железистые пузырьки, образующие аденоматозный узел, по периферии пузырьки кистозно расширены. Местами клетки лежат одна возле другой, образуя клеточные скопления.



Микрофотограмма № 81

Пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия

Гистол.исслед. № 9806.

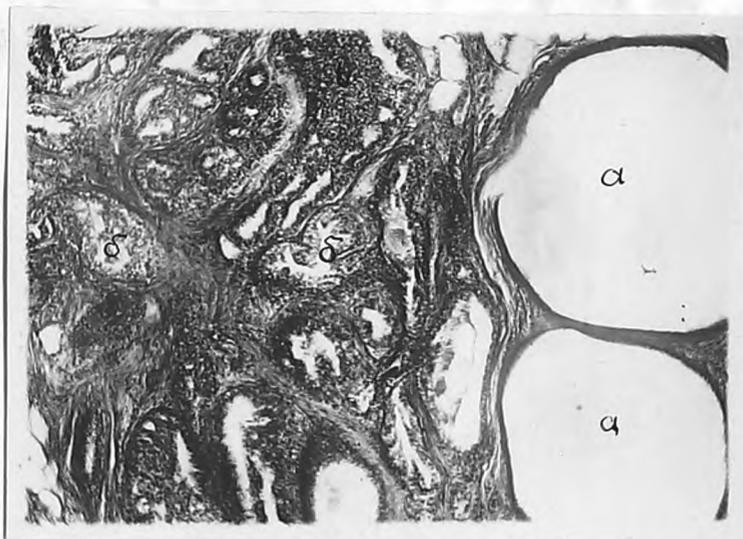
В данном случае имеется пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием аденоматозных узлов. Клинические симптомы, возраст - 46л., быстрый рост и кровянистые выделения из соска, дают основание отнести данный случай к предраковым состояниям.

Случай № 148. Б-ная 42л. Замужем. Было 3 родов. Год назад заметила появление опухолевых узлов в грудных железах, которые мало увеличивались. За последнее время больная отмечает появление сукровично-кровянистых выделений из соска правой грудной железы. Она обратилась в хирургическое отделение больницы Уралмашзавода, где был поставлен диагноз - рак правой грудной железы. Больная оперирована. Макропрепарат направлен для гистологического исследования в патолого-анатомическую лабораторию Физиотерапевтического Института.

Описание макропрепарата: в ткани железы множественные кисты различной величины, от лесного ореха до просяного зерна, в некоторых участках имеются плотные белого цвета узлы, слабо ограниченные от окружающей ткани.

Гистологическое исследование № 8846.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия (см. микрофотограмму № 82).



Микрофотограмма № 82.

Проллиферирующая кистозно-фиброзная мастопатия
а - кисты с уплощенным эпителием.
б - кисты, выстланные цилиндрическим эпителием.
в - внутрикистозные аденомы.

На микрофотограмме № 82 среди фиброзной, местами гиалинизированной ткани множественные кисты, эпителий некоторых уплощен, в некоторых эпителий пролиферирует, образуя папиллярные выросты и внутрикистозные аденомы.

На основании данных гистологического исследования, при котором обнаружена фиброзно-кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия кист, случай можно отнести к предраковым состояниям. Это подтверждается и данными клиники.



Микрофотограмма № 83.

Тот же препарат в другом участке.
а- внутрикистозные аденомы.
б- тяжи фиброзной ткани.

Гистолог. исследований № 2846.

Случай № 149. Е-ная Д. 43 л. Поступила в Онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 28.XII-1942 г. по поводу рака грудной железы. 1½ месяца назад заметила кровянистые выделения из соска.

Замужем. Имела одну беременность, окончившуюся родами. Ребенка кормила грудью.

Объективные данные: грудные железы внешне не изменены. В левой грудной железе опухоли не определяется, при надавливании на сосок выделяется кровянистая жидкость.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Произведена операция секторного иссечения грудной железы.

Гистологическое исследование № 112245.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.



Микрофотограмма № 84.

Пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия
а - внутридуктальное аденоматозное разрастание эпителия.
б - перидуктальная аденома, сдавливающая просвет протока.

На микрофотограмме № 84 - эпителий кистозно расширенных протоков пролиферирует, образуя сосочковые выросты и клеточные мостики, перекинутые через просветы протоков, местами - перидуктальные аденомы.

На основании данных гистологического исследования случая можно отнести к предраковым состояниям. Это подтверждается и данными клиники.

ФИБРОАДЕНОЗ ИЛИ АДЕНОЗ.

Мы имели 12 случаев (12%) фиброаденоза; по полу материал распределялся следующим образом:

У женщин - 9; у мужчин - 3.

У женщин по возрасту:

Т а б л и ц а № 10.

До 20 лет	От 20-30 лет	От 30-40 лет.	Свыше 40 лет
7	2	-	-

Наибольшее число случаев фиброаденоза приходится на возраст до 20 лет. От 30л. и свыше мы не наблюдали появления фиброаденоза.

Клинические диагнозы в случаях фиброаденоза были следующие: "гипертрофия грудных желез", "гинекомастия", "фиброаденома".

Гипертрофия грудных желез встречается в детском возрасте, при этом наблюдается раннее появление менструаций.

В случае Рамон де ла Сагра - девочка 1 года имела большие грудные железы и менструировала. Такой же случай описывает Галлер и Бэрнэ.

Макроскопические изменения в грудных железах при фиброаденозе.

В 5 случаях процесс был односторонним, в 4-х случаях - двусторонним.

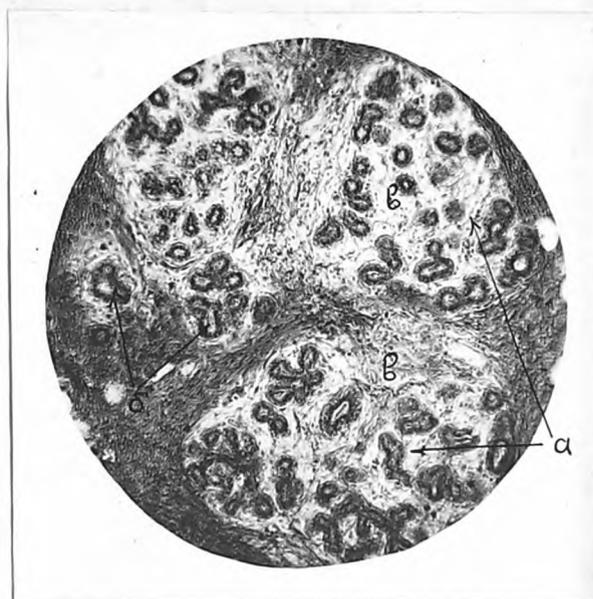
В случаях двустороннего процесса грудные железы были большие, развиты не соответственно возрасту (у детей и девушек), чрезмерно развиты у женщин. (У больной К. 14 лет грудные железы были с голову взрослого человека каждая, с выраженной подкожной венозной сетью). Ткань желез плотная, в одних случаях плотность равномерная, в других среди плотных узлов прощупываются более мягкие участки. На разрезе отмечается диффузное развитие бледно-серой ткани, имеющей мелкоячеистое строение, напоминающее строение фиброаденомы, местами видны мелкие кисты. В случаях одностороннего процесса, пораженная грудная железа была больше здоровой. На разрезе в ткани железы мы обнаруживали опухолевые узлы, занимающие большую часть железы, ткань опухолевых узлов сливалась с окружающей тканью и была мелкоячеистого строения.

При гистологическом исследовании удаленной железы в участках уплотнения мы находили структуру альвеолярной или периканаликулярной фиброаденомы. Просветы железистых трубок и концевые отделы их при альвеолярной структуре были расширены, в просветах содержалась белковая жидкость; эпителий, выстилающий их, был сочный кубический или цилиндрический. Интерстициальная соединительная ткань рыхлая, богатая клетками, разрасталась в виде муфт вокруг железистых трубок, при периканаликулярной структуре, а при альвеолярной структуре внутри и вокруг гиперплазированных железистых долек. Между отдельными железистыми дольками мы отмечали прослойки фиброзной ткани. Встречались кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

На микрофотограммах №№ 85, 86, 87.

Фиброаденоз у девушки 15 лет.

На микрофотограмме № 85 - фиброаденоз.

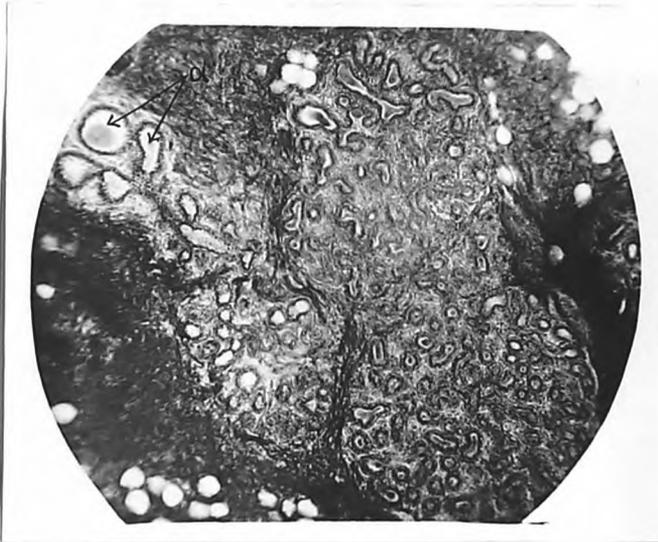


Микрофотограмма № 85.
Фиброаденоз.

- а- гиперплазированные железистые дольки.
 - б- расширенные концевые отделы
 - в- рыхлая интерстициальная соединит. ткань
 - г- прослойки фиброзной ткани.
- Случай № 151. Гистол.исслед. № 116730.

В соседнем поле зрения

На микрофотограмме № 86 фиброаденов с кистозным расширением железистых пузырьков.



Микрофотограмма № 86.

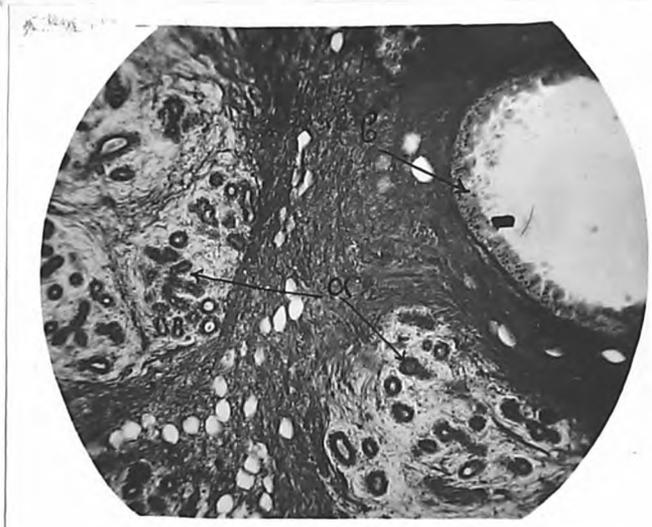
Фиброаденов с кистозно расширенными концевыми отделами.

а- кистозно расширенные концевые отделы, в просветах их содержится белковая жидкость.

Случай № 151. Гистолог.исследов. № 116730.

В соседнем поле зрения.

На микрофотограмме № 87 - среди гиперплазированных железистых долек и тяжёлой фиброзной ткани видны кисты, выстланные эозинофильным эпителием.



Микрофотограмма № 87

Фиброаденома с наличием кист, выстланных эозинофильным эпителием.

Случ. № 151.

Гистол.исслед. № 116730.

а- гиперплазированные железистые дольки. б- фиброзная ткань.

в- киста, выстланная эозинофильным эпителием.

Возникновение фиброаденоза на почве гормональных расстройств, диффузность процесса, наличие кистозного расширения концевых отделов долек и кист, выстланных эозинофильным эпителием дали нам право отнести фиброаденоз к диффузным дисгормональным гиперплазиям и рассматривать его в разделе фиброзно-кистозной мастопатии.

Состояние местной соединительной ткани при
фиброзно-кистозной мастопатии.

Фиброзно-кистозная мастопатия является болезнью не только эпителия, но и соединительной ткани. Мы наблюдали значительные изменения в интерстициальной соединительной ткани грудной железы при фиброзно-кистозной мастопатии. Соединительная ткань в железистых дольках и вокруг протоков из рыхлой превращалась в плотную. Для более полного представления об изменениях местной соединительной ткани при фиброзно-кистозной мастопатии мы исследовали ее на: эластические и аргентофильные волокна.

С этой целью нами в 25 случаях фиброзно-кистозной мастопатии было произведено изучение препаратов, окрашенных по способу Weigert'a на эластические волокна и по способу Фута на аргентофильные волокна.

Эластические волокна при фиброзно-кистозной
мастопатии.

Ряд авторов указывает на изменения эластических волокон при различных патологических процессах.

Исчезновение эластических волокон при воспалительных

процессах описывают *Meissner*, *Zustgarten*, *Kurtpassarga* (из Бухштаба.), Копылов.

Meissner отмечает исчезновение эластических волокон при сифилисе и туберкулезе, *Kurtpassarga* при гумме и проказе, *Zustgarten* в лепрозном узле.

При изучении препаратов фиброзно-кистозной мастопатии, окрашенных по способу *Weigerta*, мы отмечали: 1 - эластоз и фрагментацию волокон в стенках протоков, 2 - отсутствие эластических волокон в узлах пролиферации эпителия, 3 - отсутствие эластических волокон в стенках кист, выстланных эозинофильным эпителием.

Эластические волокна в стенках протоков.



Микрофотограмма № 88.

Эластоз в стенке кистозно-расширенного протока.

а- проток
б- эластоз в стенке протока.

Гистол.исслед. № II3504.

В стенках протоков при фиброзно-кистозной мастопатии мы наблюдали увеличение количества эластических волокон - эластоз, в результате чего рыхлая интерстициальная ткань превращалась в плотную. Микрофотограмма № 88. В некоторых случаях мы наблюдали фрагментацию эластических волокон в стенках протоков.

Микрофотограммы № 89, 91.

Отсутствие эластических волокон в внутрикистозных аденомах и аденоматозных узлах.

В узлах пролиферации эпителия, как, например, в аденомах протоков, аденоматозных узлах эластические волокна отсутствовали.

На микрофотограмме № 89 показана аденома протока. В стенке протока отмечалось наличие большого количества эластических волокон, которые подвергались фрагментации и образовывали кучки эластина.

В ткани аденомы, заполняющей просвет протока, эластические волокна не были обнаружены.

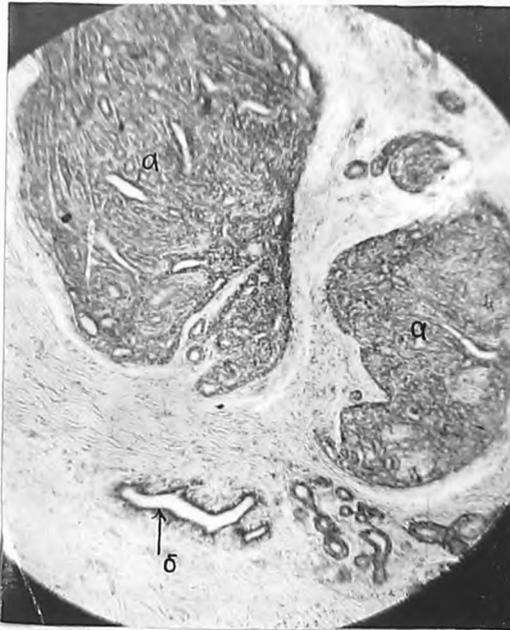


Микрофотограмма № 89.

Аденома протока

- а - аденома
- б - фрагментация эластических волокон в стенке протока
- в - отдельные кучки эластина.

Гистол.исслед. № 3032.



Микрофотограмма № 90

Аденоматозный узел в случае пролиферирующей фиброно-кистозной мастопатии
а- аденоматозный узел
б- проток грудной железы

Окраска по Van Gieson'y

Гистол.исслед. № II0468



Микрофотограмма № 91

Тот же препарат.

а- аденоматозный узел
б- проток с сетью фрагментированных эластических волокон
Окраска по Weigert'y

Гистол.исслед. № II0468

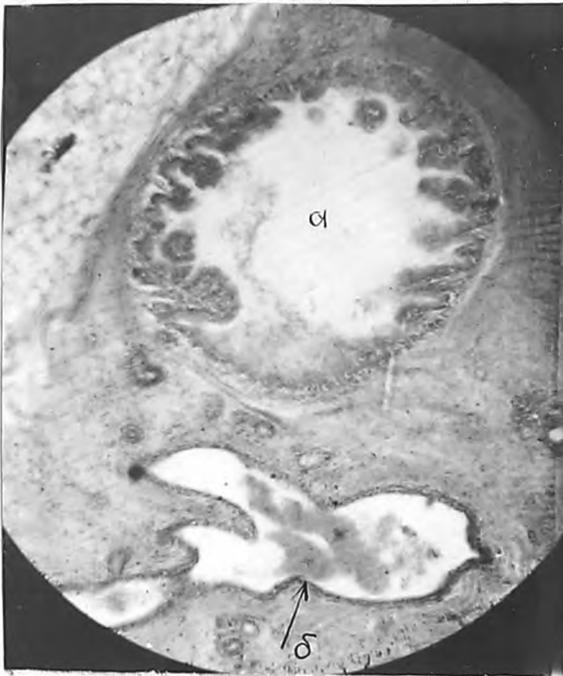
На микрофотограммах № 90 и 91 два среза взяты из одного кусочка.

Один срез окрашен по Van Gieson'y, другой - по Weigert'y, для выявления эластических волокон.

Оказалось, что аденоматозный узел, образовавшийся на месте железистой дольки из мелких железистых пузырьков, также, как и аденома протока, не содержит эластических волокон, тогда как эластические волокна хорошо выявились в стенке протока, где они подверглись фрагментации.

На основании изучения ряда препаратов, мы можем сделать заключение, что в узлах пролиферации эпителия эластические волокна не содержатся.

Эластические волокна в стенках кист, выстланных
эозинофильным эпителием.

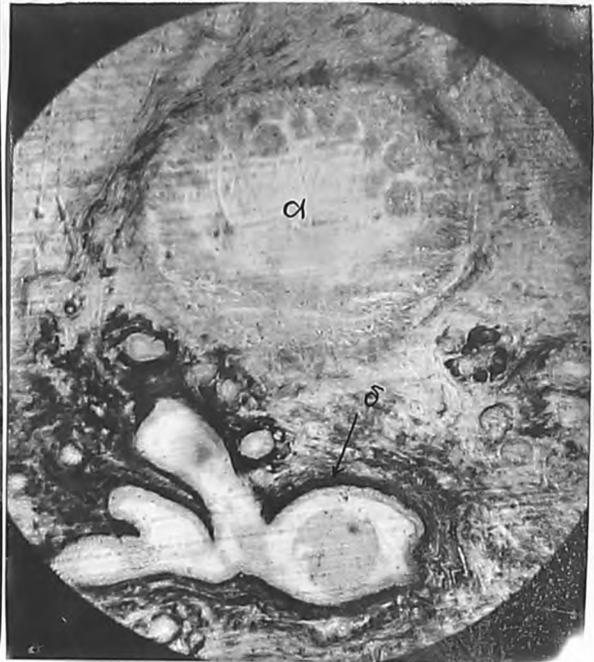


Микрофотограмма № 92.

Папиллярная киста из эозинофильного эпителия.

- а- киста, выстланная эозинофильным эпителием.
б- кистозно расширенный проток.

Окраска по Van Gieson'y.
Гистол.исслед. № 8778



Микрофотограмма № 93.

Тот же препарат.

- а- киста, выстланная эозинофильным эпителием.
б- кистозно расширенный проток с мощной сетью эластических волокон в стенке.

Окраска по Weigert'y.
Гистол.исслед. № 8778

На микрофотограммах №№ 92 и 93 два среза взяты из одного кусочка.

Наши исследования выявили, что в стенках кист, выстланных эозинофильным эпителием, эластические волокна отсутствуют, тогда как в стенках кистозно расширенных протоков они хорошо выражены и образуют мощную сеть.

Таким образом, при изучении препаратов фиброно-кистозной мастопатии, окрашенных по способу Weigert'a на

эластические волокна, мы отмечаем следующее:

1. В стенках кистозно расширенных протоков наблюдалось значительное образование эластических волокон - эластов. Рыхлая интерстициальная ткань в окружности протоков превращалась в плотную, богатую эластическими волокнами. При пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии наблюдалась также иногда фрагментация эластических волокон в стенках протоков.

2. Эластические волокна отсутствовали в стенках железистых пузырьков аденоматозных узлов, в ткани внутрикистозных аденом и в папиллярных аденомах протоков.

3. Эластические волокна отсутствовали также в стенках кист, выстланных эозинофильным эпителием.

Аргентофильные волокна при фиброзно-кистозной мастопатии.

Аргентофильные волокна в организме образуют динамическую и лабильную систему. Под влиянием ряда физиологических и патологических моментов основное аргентофильное вещество этой системы переходит из состояния геля (волоконистые структуры) в золь (аморфная масса) приведено по Смирновой - Замковой .

Этот автор описывает две аргентофильных мембраны в железистых органах: 1-я окутывает сосуды, 2-я - железистые образования.

Изучая процесс кистообразования в железистых долях, мы отмечали фиброз и разрастание интерстициальной соединительной ткани, в результате чего происходило отшнуровывание кистозно расширенных железистых пузырьков.

При изучении этих же препаратов, окрашенных по способу Фута - азотно-кислым серебром, нам удалось установить появление большого количества аргентофильных волокон в интерстициальной соединительной ткани железистых долек. При этом аргентофильные волокна коллагенизировались и образовывали мощные тяжи, расчленяющие железистую дольку на части.



Микрофотограмма № 94.

Появление большого количества аргентофильных волокон в интерстициальной соединительной ткани железистой дольки.

- а - аргентофильные волокна
- б - коллагенизация аргентофильных волокон
- в - кистозно расширенные конечные отделы дольки.

Окраска по Футу. Гист.иссл. № 3067.

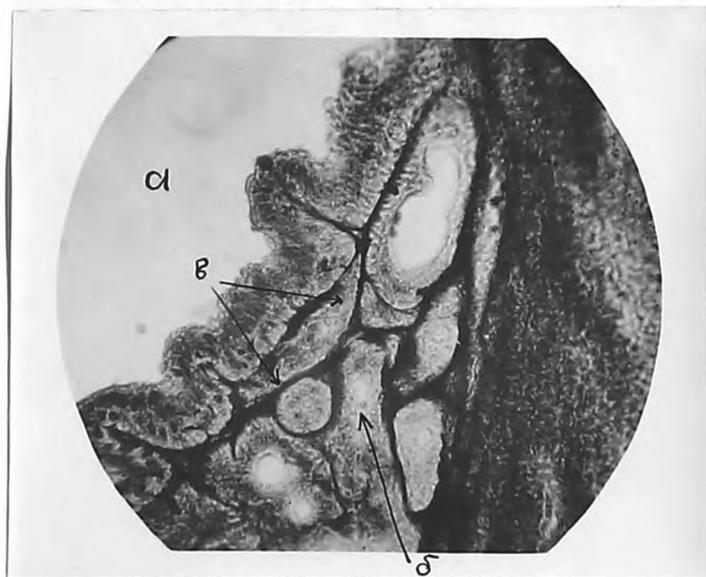
В стенках протоков мы отмечали появление нескольких сетей аргентофильных волокон. См. микрофотограмму № 95.



Микрофотограмма № 95.
Появление нескольких сетей аргентофильных волокон в стенках протоков при фибро-кистозной мастопатии.

В случаях фиброзно-кистозной мастопатии с пролиферацией эпителия мы находили следующее:

При пролиферации базофильного эпителия и образовании пристеночной аденомы, состоящей из железистых пузырьков под слоем клеток базофильного эпителия мы находили довольно грубую сеть из аргентофильных волокон. См. микрофотограмму № 96.



Микрофотограмма № 96.

Киста, выстланная пролиферирующим базофильным эпителием.

а- киста

б- пристеночная аденома из базофильного эпителия.

в- аргентофильные волокна в стенках железистых пузырьков аденомы.

Окраска по Футу. Гистол.исслед. №110468

Во внутрикистозных аденомах, образованных из железистых пузырьков, нами не были обнаружены аргентофильные волокна, тогда как в окрестности кист отмечалось появление большого количества аргентофильных волокон. См. микрофотограмму № 97.



Микрофотограмма № 97.

Внутрикистозные аденомы.

а- внутрикистозная аденома

б- аргентофильные волокна в
окружности кист.

Окраска по Футу. Гистол.иссл. № 3032

Исследуя аргентофильные волокна при фиброзно-кистозной мастопатии, мы обнаружили следующее:

1. В стенках протоков обнаруживается увеличение количества сетей аргентофильных волокон.

2. Процесс кистообразования в железистых дольках сопровождается появлением большого количества аргентофильных волокон в интерстициальной соединительной ткани. Аргентофильные волокна коллагенизируются и расщепляют дольку (в нормальной грудной железе имеется сеть аргентофильных волокон, расположенная под эпителием и оплетающая концевые отделы и протоки дольки).

3. В стенках кист, выстланных эозинофильным эпителием выявляется сеть аргентофильных волокон, расположенных сразу под эпителием. При пролиферации эозинофильного эпителия и

образовании аденомеров в стенках их под эпителием появляются аргентофильные волокна.

4. В внутрикистозных аденомах в стенках железистых пузырьков аргентофильные волокна отсутствуют.

Из всего сказанного об эластических и аргентофильных волокнах при фиброзно-кистой мастопатии, мы считаем себя вправе сделать вполне определенный вывод: фиброзно-кистозная мастопатия с морфологической точки зрения является заболеванием эпителия и местной соединительной ткани.

З а в к л ю ч е н и е .

Мы изучили 100 случаев фиброзно-кистой мастопатии.

Фиброзно-кистозная мастопатия наблюдалась нами чаще у многорожавших женщин в возрасте от 30-50 лет. Процесс, как правило, был двусторонним, диффузным. При гистологическом исследовании мы находили кисты, выстланные цилиндрическим кубическим или плоским однорядным эпителием. У многорожавших женщин кист было много, и они образовывались из концевых отделов железистых долек, у нерожавших и мало рожавших кисты были единичными и образовывались преимущественно из протоков.

Одновременно с процессом кистообразования наблюдалось развитие фиброзной, часто гиалинизированной ткани на месте коллагеновых волокон стромы и особенно в интерстициальной соединительной ткани, что приводило к отшнуровыванию кистозно расширенных концевых отделов долек.

Эпителий концевых отделов железистых долек превращался в эозинофильный, и концевые отделы кистозно расши-

рядись. Таким образом возникали кисты, выстланные эозинофильным эпителием. В ткани грудной железы наблюдалось появление структур аденом и фибroadеном. Из случаев фиброзно-кистозной мастопатии мы выделили: а - случай пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии и б - фибroadеноз.

Пролиферирующую фиброзно-кистозную мастопатию мы наблюдали преимущественно у многорожавших женщин в возрасте от 40-50 лет.

При гистологическом исследовании обнаружено, что пролиферация эпителия в этих случаях происходит по типу образования недифференцированных аденомеров - железистых пузырьков.

При этом образуются: аденоматозные узлы на месте концевых отделов и железистых долек, внутрикистозные аденомы, папиллярные аденомы в протоках и перидуктальные аденомы.

Пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия наблюдалась нами при предраковых состояниях грудной железы.

В следующей главе мы приводим примеры непосредственного перехода пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

В данной главе мы не изучаем всех форм кровотокащей грудной железы, а взяли для изучения только те слу-

чаи, где причиной кровотечения была фиброзно-кистозная мастопатия. У всех такого рода больных наблюдался пролиферирующий вариант фиброзно-кистозной мастопатии, при котором источником кровотечения являлись внутрикистозные папиллярные аденомы или папиллярные аденомы протоков.

Фиброаденоз обозначается клиницистами как "гипертрофия грудных желез", "фиброаденома", "гинекомастия", если она возникает у мужчин.

Мы наблюдали фиброаденоз у девушек до 20 летнего возраста. При гистологическом исследовании мы находили диффузный процесс со структурой, подобной альвеолярной или перидуктальной фиброаденоме, с наклоном к кистозному расширению концевых отделов железистых долек при первой и железистых трубок при второй. В ткани желез в этих случаях мы находили также кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Изучая местную соединительную ткань при фиброзно-кистозной мастопатии, мы пришли к выводу, что фиброзно-кистозная мастопатия с морфологической точки зрения является болезнью эпителия и соединительной ткани. Специальные исследования местной соединительной ткани убедили нас, что при фиброзно-кистозной мастопатии наблюдается с одной стороны эластоз, с другой - гибель эластических волокон, появление большого коли-

Г Л А В А Ш-я.

РАЗВИТИЕ РАКА НА ПОЧВЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ .

Литературные данные .

Течение фиброзно-кистозной мастопатии характеризуется чрезмерно медленным прогрессированием, иногда в течение многих лет. Некоторые авторы отмечают возможность самоизлечения (Ewing, Frelat, Réclus). Другие авторы говорят об излечении процесса после родов (Taylor) или после соответствующего лечения эндокринными препаратами. Все же обычные клинические наблюдения говорят о неизлечимости этого заболевания. Оно развивается совершенно незаметно, латентно и в конце концов может перейти в рак.

Впервые на возможность перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак указал Astley Cooper в 1845 году.

Взгляды на частоту перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак чрезвычайно различны.

. Campbell разделяет историю этого вопроса на 3 периода.

1. Ранний, относящийся главным образом к середине XIX века, когда взгляды на кистозную мастопатию основывались исключительно на клинических наблюдениях. (Paget, Birrell, Velpeau) Эта болезнь считалась вполне доброкачественной.

2. Второй период конца XIX века.

В этот период стали придавать большое значение микроскопическим изменениям и поэтому часто находили подозрительные на рак разрастания эпителия (Réclus, Gehimmelbusch).

3. Период с начала XX века до наших дней; в этот период

мнения чрезвычайно противоречивы.

. *Cheatele* считает, что в 20% рак грудной железы развивается на почве кистозной мастопатии. Он гистологически проследил всю серию изменений эпителия от десквамации, гиперплазии его и до развития рака.

. *Semb* в 77% находил рак, развившийся на почве кистозной мастопатии.

. *Morpurgo* - в 24%.

. *Rutler* считает, что 20% рака грудной железы происходит из цистиформной эпителиальной, десквамативной гиперплазии (1930г.).

. *Dietrich* считает, что в 30% случаев *fibrosis cystica* имела связь с карциномой.

. *Leschke* допускает, что в 20-30% *cystenmamma* переходит в рак.

. *Ewing* находил развитие рака на почве фиброзно-кистозной мастопатии от 7% до 50%. Клиника братьев *Mayo* во главе с *Yadd, Maccarty* рассматривает кистозную мастопатию, как предраковое состояние и рекомендует радикальную операцию в подозрительных случаях.

В нашей русской литературе также стали появляться работы, посвященные этому вопросу.

Мирер считает, что частота перехода кистозной мастопатии в рак достигает 29,5%. Крамаренко - 30%, Абрикосов - 25%. Давыдовский допускает возможность развития рака из кистозной мастопатии, но главным образом из ее фиброзной формы (*fibrosis mammae*).

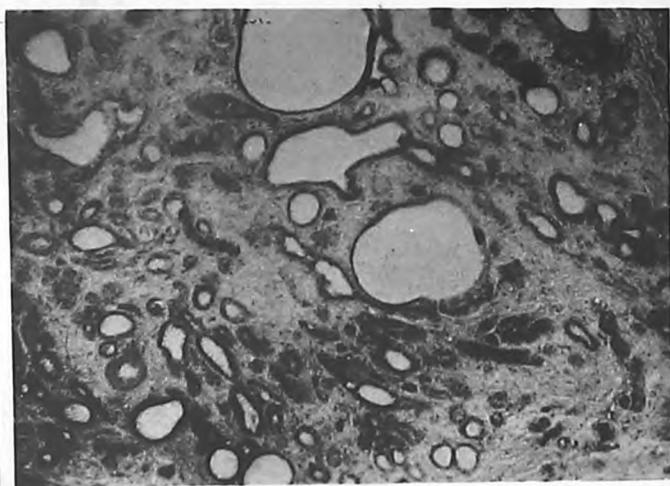
Существуют сторонники точки зрения, что кистозная ма-

стапатия никогда не переходит в рак.

. *Bloodgood* в 222 случаях кистозной мастопатии ни в одном случае не обнаружил рака ни макроскопически, ни гистологически. "Продолжительное изучение этих поражений грудных желез убедило меня, что хронический кистозный мастит во всех своих проявлениях и особенно в разновидности голубой кисты не имеет никакого отношения к раку".
Такого же мнения придерживается Штенберг: "*Cystenmastia* является доброкачественным заболеванием и никогда не предшествует раку".

. *Fraser* считает, что кистозные изменения располагаются вокруг ракового узла, а поэтому их надо относить к вторичным изменениям, а не предшествующим.

. *Johansen* в работе "Хронический кистозный мастит и рак", выпущенной из клиники проф. *Klose*, считает, возможным развитие рака на почве хронического кистозного мастита и приводит микротограмму.



На микротограмме № 98 - переход хронического кистозного мастита в рак типа *Cystoadenocarcinom*'ы

Микротограмма № 98.
Переход хронического кистозного мастита в рак / по *Johansen*'у /.

Многие авторы описывают случаи рака из эозинофильного эпителия. Герценберг считает, что в образовании злокачественной опухоли играет не последнюю роль эозинофильный или апокринизированный эпителий, особенно в форме папиллярной кистоаденомы, при этом может развиваться рак типа кистоаденокарциномы.

Krompacher описывает раки из эозинофильного эпителия, клетки этих раков остаются крупными и сохраняют наклонность интенсивно окрашиваться эозином.

Прежде чем анализировать свой материал, касающийся перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак и выводить процент перехода ее в последний, надо точно определить, что мы понимаем под именем рака, развившегося на почве фиброзно-кистозной мастопатии. Широкие колебания в цифрах перехода мастопатии в рак у различных авторов объясняются тем, что одни авторы смело и необоснованно называют переходом фиброзно-кистозной мастопатии в рак все случаи сочетания, нередко случайного, этих двух процессов. Другие авторы считают возможным ставить диагноз "Рак, развившийся на почве мастопатии" только тогда, когда имеется гистологическое доказательство этого перехода.

Если стать на точку зрения первых авторов, то % перехода должен быть очень велик: по данным *Junge* только в 17% рак был окружен тканями нормальной грудной железы, во всех остальных, т.е. в 83%, кроме рака, находились и другие опухолеподобные образования и узлы фиброаденомы. *Duruy de Brenet* также отмечает значительную частоту раковых включений в доброкачественных заболеваниях грудных желез.

Большое число таких сочетаний отметили и мы в своем материале. О них подробно указано в работе проф. Ратнер.

Мы не можем совершенно отрицать, что в случаях сочетания обоих поражений рак не развился на почве мастопатии, но не всегда можем это доказать. Поэтому мы в своей работе относимся очень осторожно к констатации перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак и приводим только те случаи, где этот переход доказан гистологическим исследованием.

Собственный материал.

Нами просмотрено 350 гистологически обработанных случаев рака грудной железы: оказалось, что в 15 из них рак развился на почве фиброзно-кистозной мастопатии, что составляет 4,6% и 16% к числу фиброзно-кистозных мастопатий (115 сл.).

Возраст женщин был следующий :

Т а б л и ц а № II

До 20л.	От 20-30л.	От 30-40л.	От 40-50л.	От 50л. и выше
-	-	4	II	I

Изучая гистогенез рака у больных с фиброзно-кистозной мастопатией, мы наблюдали развитие рака в различных центрах пролиферации эпителия:

- 1- развитие рака из внутрикистозных аденом и папиллярных аденом протоков.
- 2- Развитие рака в аденоматозных узлах.
- 3- Развитие рака из эозинофильного эпителия

Все 350 случаев рака грудной железы были гистологически обработаны. Для этого из удаленных грудных желез вырезывались кусочки, как из самой опухоли, так и из окружающей ее ткани.

Кусочки фиксировались в 10% формалине, проводились через спирт, заливались в целлоидин и окрашивались

- 1 - гематоксилин эозином
- 2 - по Van Gieson'y
- 3 - в 10 случаях по Weigert'y на эластические волокна.
- 4 - в 10 случаях по Буту на аргентофильные волокна.

Р а к из внутриклеточных аденом.

Случай 161. В-ная 48л., в 1941г. заметила плотную опухоль, величиной с горошину в правой грудной железе, опухоль большую не беспокоила, и она на нее не обращала внимания. За последний год (1946) опухоль значительно увеличилась, больная сильно покудела.

15.IX-1946г. больная обратилась в центральную клинику больницу. Из анамнеза установлено: больная замужем, менструации с 13 лет, регулярные. Имела 2 беременности, закончившиеся искусственными абортами.

При объективном исследовании обнаружено: в верхне-наружном квадранте правой грудной железы над соском имеется плотная опухоль величиной с голубиное яйцо, кожа над ней имеет вид лимонной корки, сосок втянут, подмышечные узлы увеличены, плотные.

На основании данных объективного исследования был диагностирован рак правой грудной железы, и 20.IX-1946г.

произведена операция радикальной мастэктомии.

Гистологическое исследование № 906.

Патолого-гистологический диагноз: *Cystadenocarcinoma*
scirrhalum, развившаяся на почве фиброзно-кистозной мастопатии.

Рак развился из внутрикистозных аденом.

Микрофотограммы 99, 100, 101, 102 изображают гистогенез рака.

На микрофотограмме № 99 внутрикистозные пристеночные аденомы, растущие по стенкам кист. Просветы кист еще сохранены, содержат белковую жидкость с клетками десквамированного эпителия.



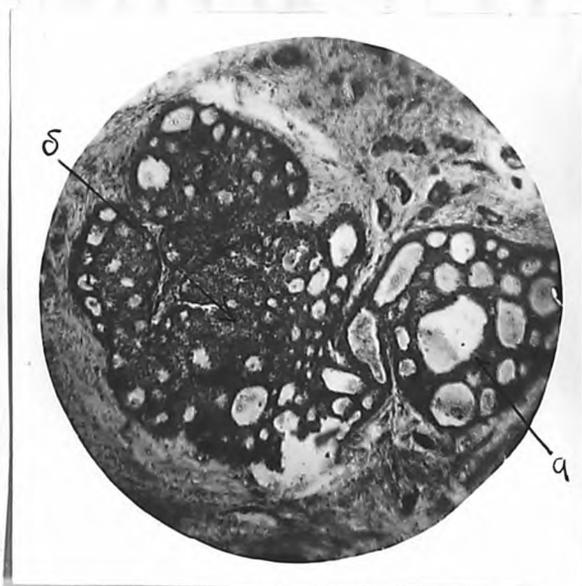
Микрофотограмма № 99.

Внутрикистозные кистоаденомы.

а- внутрикистозные пристеночные аденомы

б- сохранившийся просвет кисты с белковым содержимым и клетками десквамированного эпителия.

На микрофотограмме № 100 аденоматозные узлы, образованные на месте бывших кист.



Микрофотограмма № 100.

- а- внутрикистозная аденома с сохранившимся просветом кисты
- б- аденоматозный узел на месте бывшей кисты.

На микрофотограмме № 101 инфильтративный рост аденоматозного узла. В узле отмечается развитие фиброзной ткани.

Здесь, наряду с пролиферацией эпителия происходит разрастание фиброзной ткани и отшнуровывание отдельных железистых пузырьков.



Микрофотограмма № 101.

Разрастание аденоматозного узла.
а- группа железистых пузырьков
б- фиброзная ткань в аденоматозном узле.



На микрофотограмма № 102
Cystoadenocarcinoma sericosum
видны группы атипичных же-
лезистых пузырьков и груп-
пы раковых клеток, среди
которых разрастается фи-
брозная ткань.

Cystoadenocarcinoma sericosum.

Длительно протекающая (5 лет) фиброзно-кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия и образованием внутрикистозных аденом закончилась раком.

На серии микрофотограмм №№ 99, 100, 101 и 102 достаточно убедительно отображен гистогенез рака из внутрикистозных аденом, мы видим динамически отдельные стадии этого перехода.

Пролиферация эпителия кист привела к образованию аденоматозной ткани, которая ползет по стенкам, но не выполняет просвета кист - пристеночная внутрикистозная аденома. Позднее, когда аденоматозная ткань полностью выполняет кистозную полость, образуются аденоматозные узлы.

Аденоматозные узлы, инфильтративно разрастаясь, расчленяются соединительной тканью на тяжи и группы железистых пузырьков. В итоге развился рак с гистологической

структурой *cystoadenocarcinom'ы serichosum*.

Случай № 162. Б-ная 40л. Год назад в мае 1941г. заметила опухоль в правой грудной железе. Из-за эвакуации к врачам не обращалась.

В мае 1942г. обратилась в Онкологическую клинику Физиотерапевтического института гор. Свердловска с жалобами на похудание, слабость и рост опухоли в правой грудной железе. Замужем. Имела 4 беременности, закончившиеся нормальными родами. Детей кормила грудью.

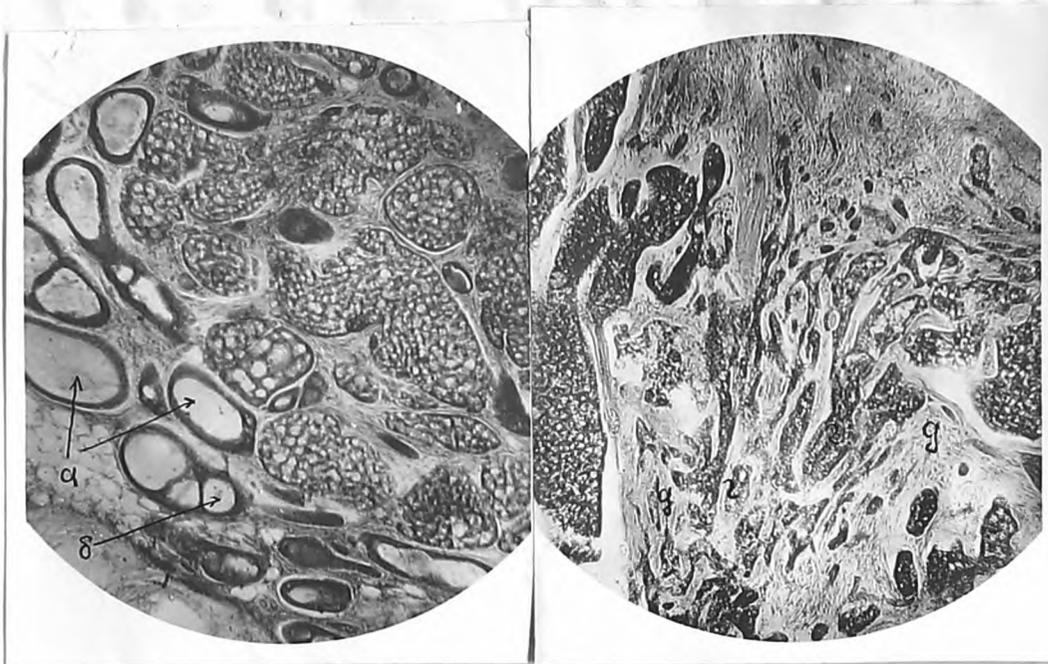
Объективные данные: в толще правой грудной железы имеется плотная узловато-кистозная опухоль величиной с кулак, контуры опухоли не определяются, ткань опухоли сливается с тканью железы. В правой подмышечной впадине прощупываются увеличенные плотные лимфатические узлы.

Левая грудная железа неравномерно плотна, грубо-дольчатая с плотными тяжами.

Клинический диагноз: рак правой грудной железы. Фиброзно-кистозная мастопатия. 29.V-1942 года после срочной биопсии больной произведена операция радикальной мастэктомии.

Гистологическое исследование № 110833.

Патологогистологический диагноз: *Cystoadenocarcinoma serichosum*, развившаяся на почве фиброзно-кистозной мастопатии. Метастазы рака в лимфатические узлы. См. микрофотограммы №№ 103, 104.



Микрофотограммы № 103 и 104 .

Переход пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

- а- кисты, выстланные мелким цилиндрическим эпителием, в просветах их содержится белковая жидкость.
- б- разделение кистозных полостей клеточными мостиками из эпителия (I-я степень пролиферации).
- в- внутрикистозные аденомы, образованные из множества мелких железистых пузырьков (II-я степень пролиферации).
- г- *Cystoadenocarcinoma scirrhosum*, среди групп и тяжей раковых клеток видны отдельные сохранившиеся железистые пузырьки - остатки внутрикистозных аденом.
- д- разрастание фиброзной ткани в раковом узле.

Пролиферация эпителия в кистах привела к образованию внутрикистозных аденом, состоящих из мелких железистых пузырьков.

Разрастание внутрикистозных аденом сочеталось с разрастанием окружающей соединительной ткани; последняя, превращаясь в рубцовую, сдавливала аденомы, отшнуровывая от них группы железистых пузырьков. Таким образом, из внутрикисто-

зних аденом развился рак с гистологической структурой *Cystoadenocarcinoma simplex*.

Случай № 163. Б-ная 50л. Два месяца назад, случайно обнаружила опухоль в левой грудной железе. В последнее время опухоль стала усиленно расти, и 27.УШ-32г. б-ная поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института.

Объективные данные: в обеих грудных железах обнаружены множественные опухолевые узлы, эластической консистенции, в левой грудной железе в верхне-наружном квадранте имеется плотная опухоль величиной с лесной орех.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия с подозрением на рак. I.IX - операция секторного иссечения; после срочной биопсии произведена радикальная мастэктомия.

Описание макропрепарата: в ткани удаленного сектора грудной железы обнаружен опухолевый узел, величиной с лесной орех, ткань узла сливается с тканью железы, на разрезе содержит группы кист, в просветах одних - видна опухолевая ткань, в других - желеобразное темно-коричневое содержимое. В окружности узла имеются множественные кисты величиной от булавочной головки до горошин.

Гистологическое исследование № 1307.

Патолого-гистологический диагноз: *Carcinoma simplex* развившаяся на почве пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии. Рак развился из внутрикистозной аденомы.

Кусочек взят из опухолевого узла.



Микрофотограмма № 105.

Рак, развившийся на почве внутрикистозной аденомы

а - киста

б - *sarcoma simplex*

видны раковые клетки с большими гиперхроматозными ядрами.

в - ткань внутрикистозной аденомы.

На микрофотограмме № 105 видны множественные кисты. Эпителий одной из больших кист пролиферирует, в результате чего образовалась внутрикистозная аденома. Эпителий аденомы, пролиферируя, местами образует клеточные скопления, видны отдельные крупные с гиперхромными ядрами клетки - *sarcoma simplex*.

Случай № 164. Б-ная 39л. 9 месяцев тому назад заметила безболезненную опухоль в правой грудной железе. Больная обратилась в амбулаторию, где лечащий врач назначил ей грелку.

За 3 месяца опухоль увеличилась, больная вновь обратилась к врачу, который назначил ей массаж. Однако улучшения не наступало. Опухоль увеличивалась, и боль-

ная стала заметно худеть. 22.П-1947г. больная обратилась во II-е хирургическое отделение 3-й Клинической больницы. Замужем. Имеет 2-х детей. При обследовании больной обнаружено: права грудная железа увеличена, достигает размера головки новорожденного, плотная, сосок втянут. В подмышечной области и над ключицей обнаружены пакеты плотных увеличенных лимфатических узлов. Левая грудная железа на ощупь неравномерно плотна, грубо дольчатая.

Клинический диагноз: рак грудной железы с метастазами в подмышечные и надключичные лимфатические узлы.

Описание макропрепарата: в правой грудной железе центрально расположен опухолевый узел, величиной с грецкий орех. На разрезе ткань узла желтовато-белого цвета с заметными прослойками белесоватой ткани. От этого узла в ткань железы отходят тяжи белесоватой плотной ткани с множественными мелкими кистами.

Гистологическое исследование № 2963.

Патологогистологический диагноз: *Scirrhus*, развившийся на почве фиброзно-кистозной мастопатии.

См. микрофотограммы №№ 106, 107, 108. Рак развился из внутрикистозных аденом.

На микрофотограмме № 106 киста с пролиферацией эпителия и образованием пристеночной внутрикистозной аденомы.



Микрофотограмма № 106.

Внутрикистозная аденома.

а - к и с т а

б - пристеночная внутрикистозная аденома

в - белковая жидкость.

На микрофотограмме № 107 внутрикистозная аденома, расчлененная тяжами фиброзной ткани на группы железистых пузырьков.



Микрофотограмма № 107.

Внутрикистозная аденома, в центре ее разрастается фиброзная ткань.

а - группы железистых пузырьков аденомы.

б - фиброзная ткань.



На микрофотограмме № 108 -
Scirrhus.....

Группы раковых клеток среди тяжелой фиброзной ткани.

Микрофотограмма № 108.

Scirrhus.....

В данном случае в результате пролиферации эпителия кист развились внутрикистозные пристеночные аденомы.

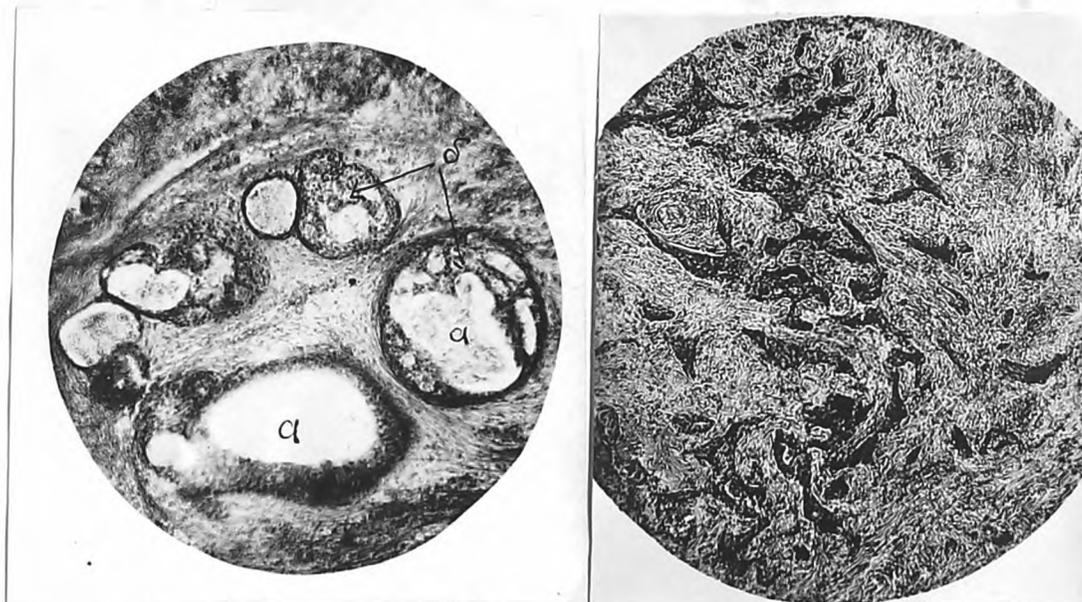
Разрастание фиброзной ткани в внутрикистозных аденомах вызвало разделение аденом на группы железистых пузырьков. В дальнейшем развился рак с гистологической структурой *Scirrh'a*.

Случай № 165. Б-ная 43л. Считает себя больной около 2-х лет, когда заметила в левой грудной железе опухоль. За последнее время опухоль стала расти, что заставило больную обратиться в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института.

При объективном исследовании в левой грудной железе в наружно нижнем квадранте имеется опухоль размером с лесной орех, плотная, относительно подвижная, с кожей не спаянная. Лимфатические узлы левой подмышечной впадины увеличены, плотные.

Диагносцирован рак грудной железы, и произведена операция радикальной мастэктомии.

При гистологическом исследовании опухоли грудной железы обнаружен *Scirrhus*, развившийся на почве фиброзно-кистозной мастопатии. Гистологическое исследование № 114013.



Микрофотограмма № 109
Продлиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с образованием внутрикистозных аденом.
а - кисты
б - внутрикистозная аденома:

В соседнем участке.
Микрофотограмма № 110
Scirrhus...

У женщины 43л. на почве пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии развился рак - скирр.

Рак, развившийся из папиллярных аденом протоков.

Случай № 166. Б-ная 41г. поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 4.III-1943г. с жалобой на растущую опухоль в правой грудной железе.

Больная 2 года, когда заметила опухоль в правой грудной железе.

Год назад появились кровянистые выделения из соска.

Замужем, беременностей не было. Менструации с 16 лет, регулярные, по 3 дня с болями внизу живота.

Объективные данные: правая грудная железа несколько приподнята, в нижне-наружном квадранте ее прощупывается плотная подвижная опухоль, величиной с боб, при надавливании из этого уплотнения из соска выделяется кровянистая жидкость.

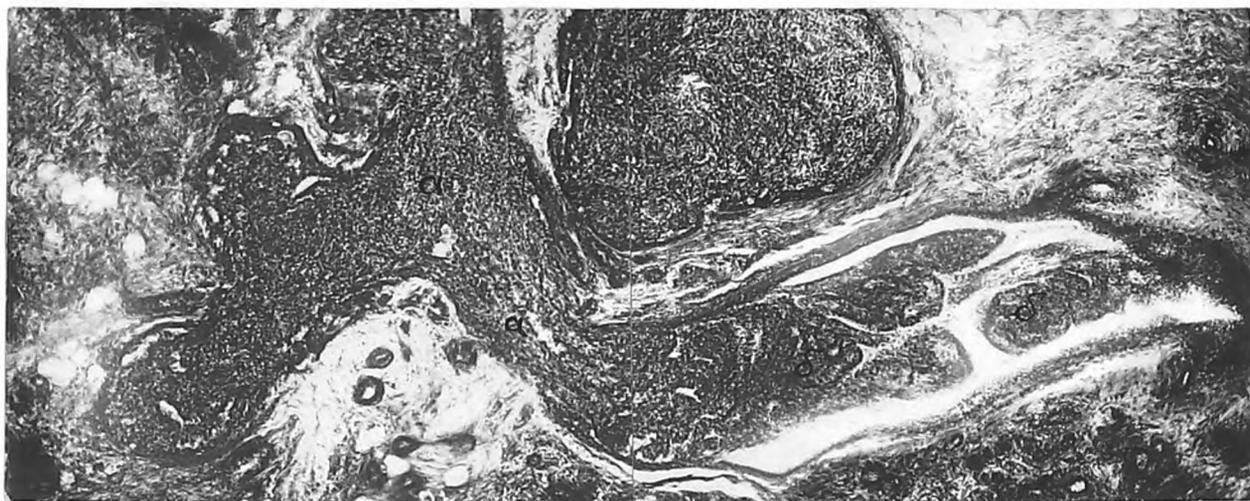
На остальном протяжении ткань грудной железы грубо дольчатая.

Клинический диагноз: кровоточащая грудная железа.

8.XII-1943 г. операция - секторного иссечения грудной железы.

Гистологическое исследование № II3301.

Патолого-гистологический диагноз: *Carcinoma simplex*, развившаяся на почве папиллярной аденомы протока.



Микрофотограмма № III

Carcinoma simplex, развившаяся на почве разветвленно-папиллярной аденомы протока.

а - *Carcinoma simplex*

б - папиллярная аденома.

Гистологическое исследование № II3301.

На микрофотограмме № III показана разветвленная папиллярная аденома протока с переходом в *carcinoma simplex*.

В просвете протока видна выполняющая его просвет опухоль. Опухоль, разрастаясь в протоке, разветвляется одновременно с ветвлением протока.

Ткань опухоли состоит из множества новообразованных железистых пузырьков, лишенных просветов. Местами клетки атипичны, лежат беспорядочно близко одна возле другой, образуя клеточные скопления и инфильтрируют строму желез - *carcinoma simplex*.

Случай № 167. Б-ная 32л. Несколько месяцев назад обнаружена опухоль в правой грудной железе. З.УП-40г. поступила в хирургическую клинику 3-й Клинической больницы.

Объективные данные: обе грудные железы увеличены, на ощупь грубо дольчатые. В правой грудной железе во внутренне-верхнем квадранте прощупывается узловатая опухоль, величиной с лесной орех.

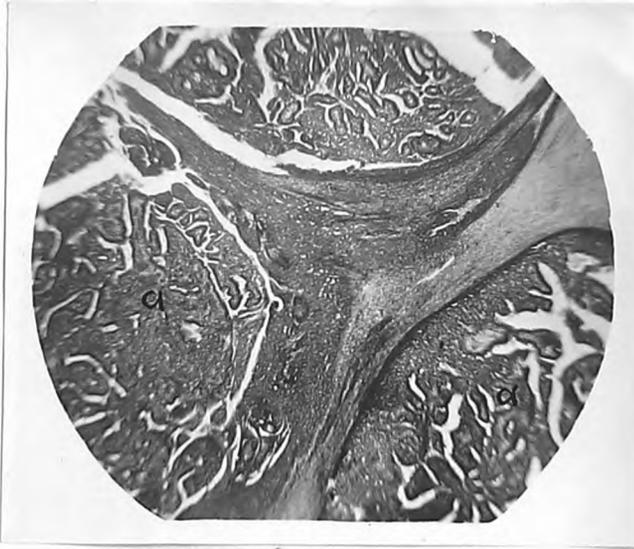
Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия, подозрение на развитие рака.

4.УП-40г. операция радикальной мастэктомии.

Описание макропрепарата: среди плотной, трудно режущейся белесоватой ткани множественные кистозно-расширенные протоки. В одном месте кисти располагаются группами и образуют узлы. В просветах некоторых кистозно расширенных протоков сочная серо-розового цвета опухолевая ткань.

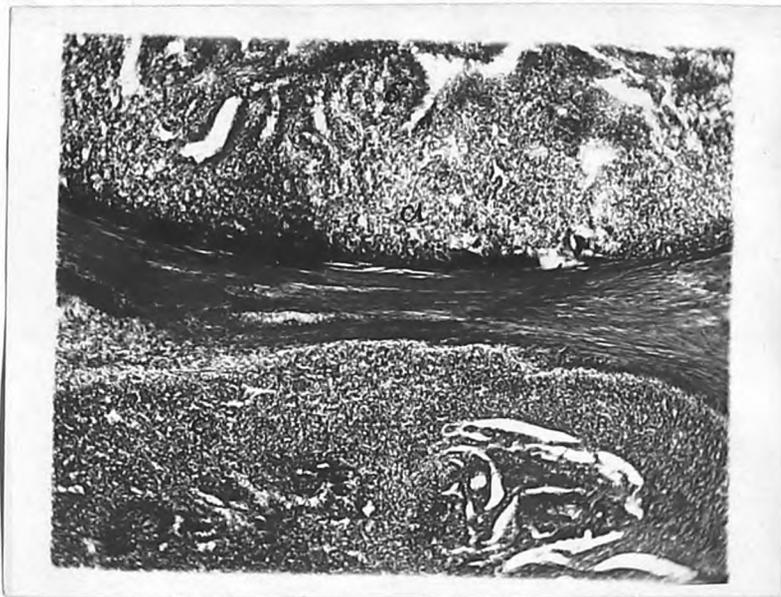
Гистологическое исследование № 9759.

Патологогистологический диагноз: *Carcinoma simplex* развившаяся на почве папиллярных аденом протоков.



Микрофотограмма № 112 (дупное увелич. У)
Carcinoma simplex....., развившаяся на почве
папиллярных аденом протоков.

- а- папиллярные аденомы протоков.
- б- *Carcinoma simplex* - инфильтрация раковыми
клетками соединит. тканной стромы железы.



Микрофотограмма № 113.
Carcinoma simplex., развившаяся на почве
папиллярных аденом протоков.
а- *Carcinoma simplex*.
б- сохранившиеся участки папиллярной аденомы.

У сравнительно молодой женщины, 32л. рак развился на почве папиллярных аденом - протоков.

Рак имеет строение *carcinomae simplex*.

Случай № 168. Больная 43л., 2 года назад заметила опухоль в левой грудной железе, которая ее не беспокоила. За последнее время опухоль стала расти, что заставило больную обратиться к врачам.

2.VI она поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института.

Объективные данные: в наружно-нижнем квадранте левой грудной железы имеется плотная подвижная опухоль, размерами с лесной орех. Ткань обеих желез на ощупь грубо дольчатая.

Подмышечные лимфатические узлы увеличены, проросли опухолью.

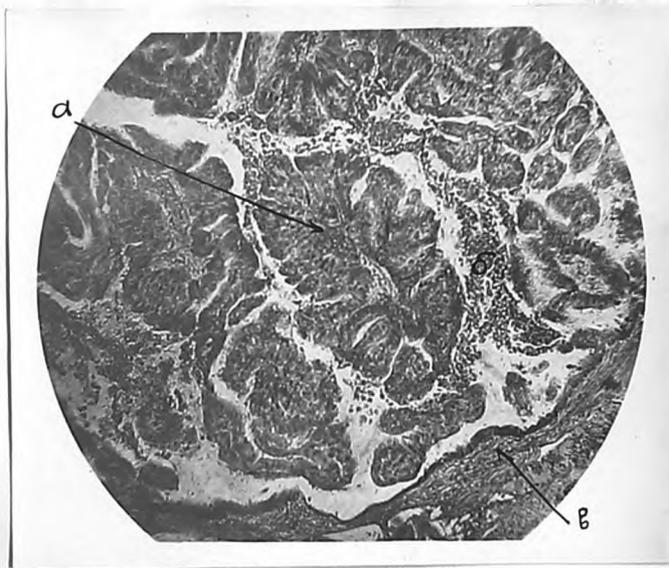
Клинический диагноз: рак левой грудной железы.

7.VI произведена операция мастэктомии по поводу рака грудной железы.

Описание макропрепарата: в грудной железе в кистозно-расширенном протоке обнаружена сосочковая распадающаяся опухоль размерами с горошину. Ткань железы вокруг опухоли плотная желтовато-серого цвета с мелкими чуть заметными кистами и прослойками плотной белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № II4013 (кусочек взят из опухоли протока).

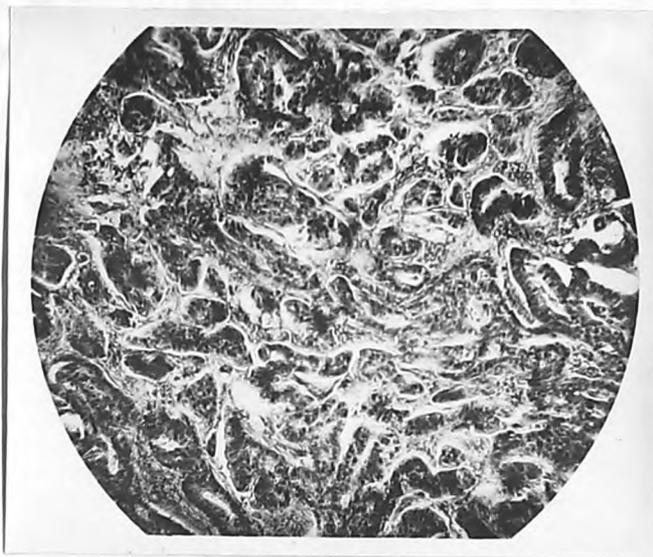
Патологогистологический диагноз: *Аденокарцинома*, развившаяся на почве папиллярной аденомы протока в случае пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии.



Микрофотограмма № II4.
Папиллярная аденома кистозно расширенного протока.

- а - папиллярная аденома
- б - инфильтрация из лимфоцитов
- в - стенка кисты, выстланная уплощенным эпителием.

В соседнем поле зрения



Микрофотограмма № II5.
Аденокарцинома, развившаяся в массе папиллярной аденомы протока.

- а - атипичные аденомеры.

У женщины 43 лет на почве папиллярной аденомы протока в случае пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии развился рак с гистологической структурой *аденокарциномы*.

Рак, развившийся из аденоматозных узлов

Случай № 169. Гольная 37 л. Три года назад, в апреле 1929 г. случайно заметила опухоль в правой грудной железе, опухоль большую не беспокоила, но увеличивалась во время менструации.

В июне м-це 1932 г. больная обратилась в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института г. Свердловска по поводу увеличения опухоли и болей в правой руке. Замужем. Детей не имела.

Данные об'ективного исследования:

Обе грудные железы несколько увеличены, правая меньше левой. В наружно-нижнем квадранте правой грудной железы определяется неподвижная, плотная, бугристая, не спаянная с кожей и подлежащими тканями опухоль величиной с лесной орех.

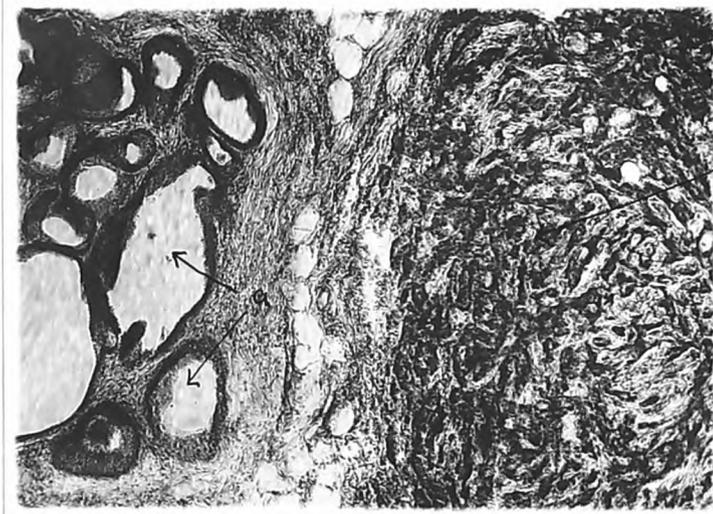
В окружности опухоли ткань желез грубодольчатая с отдельными эластической консистенции опухолевыми узлами, величиной от горошины до лесного ореха. Сосок втянут. В правой подмышечной впадине имеются плотные увеличенные лимфатические узлы. В левой грудной железе также определяется грубая дольчатость.

Клинический диагноз: Рак правой грудной железы и фиброзно-кистозная мастопатия.

Произведена операция радикальной мастэктомии.

Гистологическое исследование № 681.

Патологогистологический диагноз: *Scirrhus* грудной железы, развившийся на почве фиброзно-кистозной мастопатии. Метастазы рака в лимфатические узлы. См. микрофотограммы №№ 116 и 117.



Микрофотограмма № 116.
Скирр грудной железы и фиброзно-кистозная мастопатия.
а - группа кист
б - узел рака - скирра
Гистол. исслед. № 681.

На микрофотограмме № 116 узел рака с гистологической структурой скирра, рядом с ним расположена группа кист. Эпителий кист уплотнен, вокруг кист развитие фиброзной ткани. Подобная картина не говорит о переходе фиброзно-кистозной мастопатии в рак: Здесь мы имеем сочетание двух процессов.

На микрофотограмме № 117 - переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

Аденоматозный узел, состоит из кистозно расширенных железистых пузырьков, последние инфильтративно разрастаясь, сдавливаются, деформируются и расщепляются растущей соединительной тканью, превращаясь в тяжи и группы раковых клеток.



Микрофотограмма № 117

Переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

- а - разрастающийся аденоматозный узел, состоящий из кистозно расширенных железистых пузырьков.
 - б - скирр-в скоплениях раковых клеток видны сохранившиеся, но деформированные железистые пузырьки.
- Гистол. исследований. № 681.

В течение трех лет фиброзно-кистозная мастопатия протекала благоприятно (по указанию больной), в результате пролиферации эпителия образовались аденоматозные узлы, состоящие из мелких железистых пузырьков. Разрастание аденоматозных узлов сопровождалось разрастанием окружающей соединительной ткани. Последняя превращаясь в рубцовую, сдавливала аденоматозные узлы, отшнуровывая и деформируя группы железистых пузырьков. В результате разрастания эпителия и соединительной ткани развился рак с гистологической структурой *scirrhosa*.

Случай № 170. Б-ная 48л. заболела в декабре м-це 1946г. когда появилась опухоль в левой грудной железе. Последнее

время опухоль стала быстро расти, и больная 17.1-47 г. обратилась в Онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института.

Больная замужем, имела 2 беременности, окончившиеся родами.

При объективном исследовании в наружно-нижнем квадранте левой грудной железы пальпируется подвижная, слабо контурированная плотная опухоль, величиной с лесной орех, не спаянная с кожей и подлежащими тканями. В окружности опухоли ткань грубо дольчатая. В правой грудной железе пальпируется два опухолевых узла, величиной до горошины, ткань железы также грубо дольчатая. Подмышечные лимфатические узлы не прощупываются.

Клинический диагноз: фиброзная мастопатия, подозрение на развитие рака в левой грудной железе.

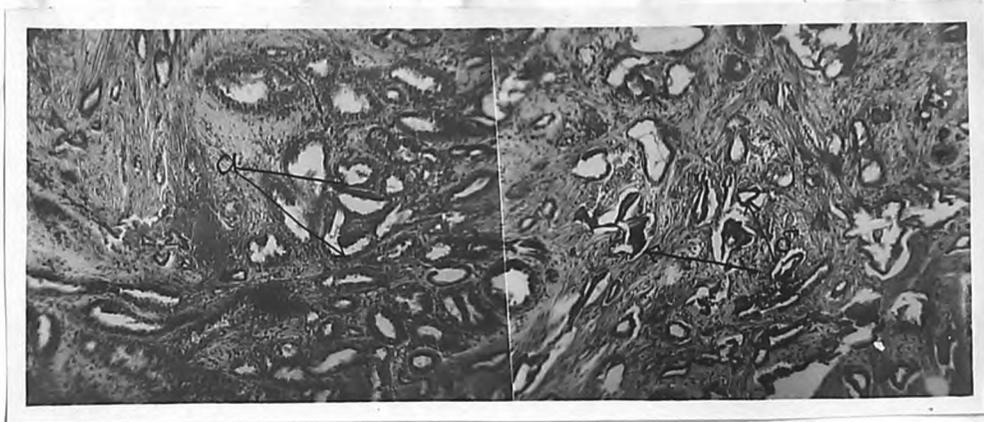
27.1 произведена операция секторного иссечения левой грудной железы, после срочной биопсии обнаружен рак, и грудная железа была радикально удалена.

В ткани удаленного сектора левой грудной железы отмечается значительное развитие плотной белесоватой волокнистой ткани, среди которой видны мелкие кисты, величиной с булавочную головку, в центре удаленного сектора имеется опухолевый узел величиной с горошину, слабо контурированный, плотный, на разрезе с радиарно расположенными прослойками белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № II7483.

Патологогистологический диагноз: *Cystoadenocarcinoma scirrhosum*, развившаяся на почве фиброзно-кистозной мастопатии.

См. микрофотограмму № II8 (кусочек взят из опухоли).



Микрофотограмма № 118.

Переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак

а - группы кист

б - *систоаденокарцинома scirrhusum*.

Гистол.исслед. № 117483.

На микрофотограмме № 118 виден переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

Группы кист, выстланные сочным цилиндрическим эпителием, образуют кистозно-аденоматозный узел; последний, разрастаясь, инфильтрирует окружающую ткань; фиброзная ткань, разрастаясь, сдавливает и, деформирует кистозно расширенные железистые пузырьки. Последние имеют различную форму и величину, местами они чрезмерно мелкие, местами среди тяжелой фиброзной ткани видны группы атипичных эпителиальных клеток.

В данном случае у пожилой женщины 48 л. при фиброзно-кистозной мастопатии в результате пролиферации эпителия появился кистозно-аденоматозный узел. На почве кистозно-аденоматозного узла развился рак с гистологической структурой *систоаденокарцинома scirrhusum*...

Случай № 171. Б-ная 46л. Замужем. Было 3 беременности, окончившиеся нормальными родами. Около двух лет назад обнаружила в правой грудной железе опухоль, на которую не обрача-

ла внимания. За последнее время опухоль стала увеличиваться, женщина сильно похудела.

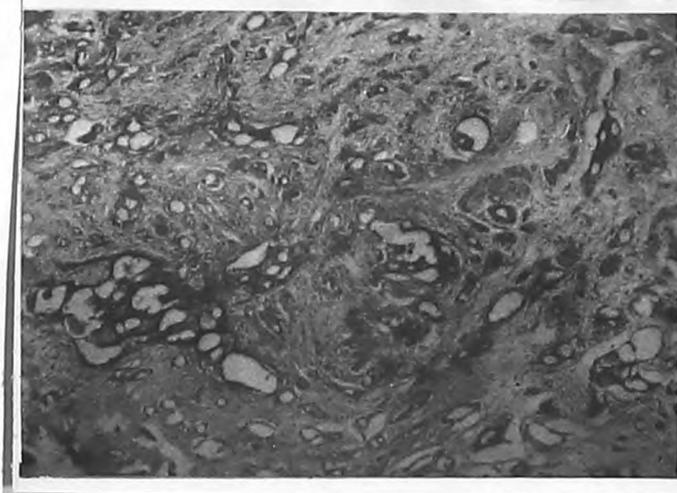
31.XII-1940г. поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института. При объективном исследовании в верхне-наружном квадранте правой грудной железы обнаружена плотная бугристая опухоль, величиной с куриное яйцо, опухоль с кожей не спаянная. Ткань железы грубо дольчатая. В правой подмышечной впадине прощупываются плотные лимфатические узлы.

Клинический диагноз: рак правой грудной железы.

8.I-1941г. произведена операция радикальной мастэктомии. Описание макропрепарата: в правой грудной железе в верхне-наружном квадранте обнаружен плотный слабо контурированный, величиной с лесной орех, узел. На разрезе узел желтовато-белого цвета с прослойками белесоватой ткани: В окружности узла ткань плотная с множественными мелкими кистами величиной до булавоочной головки. В других отделах железы видны кистозно расширенные протоки, содержащие желеобразное желтовато-коричневое содержимое.

Гистологическое исследование № 10467.

Патологогистологический диагноз: *Cystadenocarcinoma sericobasium* развившаяся на почве фиброзно-кистозной мастопатии.



Микрофотограмма № II9.

Переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак
Cystoadenocarcinoma scirrhusum
Гистол.исслед. № I0467 .
(Кусочек взят из опухолевого узла).

На микрофотограмме № II9' виден переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

Среди Средине разрастающейся фиброзной ткани видны множественные кисты различной величины и формы, расположенные группами, местами они очень мелкие, местами видны тяжи и группы раковых клеток.

Рак развился из кистозно-аденоматозного узла у больной с фиброзно-кистозной мастопатией.

Случай № I72 . Б-ная 43 л. Осенью 1944 г. заметила опухоль в правой грудной железе. Опухоль постепенно увеличивалась, но больная к врачам не обращалась. В марте 1945г. больная стала отмечать болезненность в грудной железе, опухоль стала плотной, больная похудела .

25:III-1945г. обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института.

При объективном исследовании обнаружено: в правой грудной железе в верхне-наружном квадранте имеется плотная опухоль величиной с куриное яйцо, опухоль нечетко ограничена от окружающей ткани, спаяна с кожей. Ткань железы в окружности опухоли грубо дольчатая. Лимфатические узлы в правой подмышечной впадине увеличены, плотные.

Клинический диагноз: рак правой грудной железы.

26.IV-45 г. произведена операция радикальной мастэктомии.

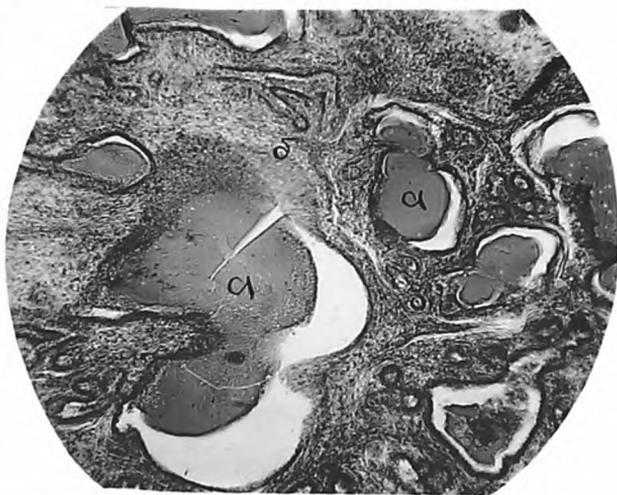
Описание макропрепарата: в удаленной железе опухолевый узел величиной с грецкий орех, границы узла слабо выражены. Ткань узла плотная, серовато-желтого цвета, с мелкими кистами и радиарными прослойками белесоватой ткани:

Гистологическое исследование № II5181 (кусочки взяты из опухолевого узла).

Патологогистологический диагноз: *Cystadenocarcinoma scirrhosu*

развившаяся на почве фиброзно-кистозной мастопатии. Рак развился в центре кистозно-аденоматозного узла.

На микрофотограмме № 120 фиброзно-кистозная мастопатия с множеством различной величины и формы кист, эпителий их мелкий, кубический, местами цилиндрический. В просветах кист содержится белковая жид-



Микрофотограмма № 120.
Фиброзно-кистозная мастопатия
а - кисты, выстланные цилиндрическим эпителием, в просветах их белковая жидкость.
б - развитие соединительной ткани.

кость с десквамированными эпителиальными клетками. В окрестности кист видно развитие фиброзной ткани, значительно инфильтрированной лимфоидными клетками.

В соседнем поле зрения.

На микрофотограмме № 121 *Cystoadenocarcinoma scirrhosum* Видны кистозно расширенные железистые пузырьки, часть из них атипичной причудливой формы и различной величины. В кистозно-аденоматозном узле разрастается соединительная ткань.

Рак развился в центре кистозно-аденоматозного узла у больной с фибрино-кистозной мастопатией.

В гистогенезе рака следует отметить атипичный инфильтративный рост кистозно-аденоматозного узла и разрастание соединительной ткани, в результате чего развился рак с гистологической структурой - *Cystoadenocarcinoma scirrhosum*...



Микрофотограмма № 121. Переход фибрино-кистозной мастопатии в рак *Cystoadenocarcinoma scirrhosum*...
а - мелкие кисты
б - тяжи и группы раковых клеток
в - беспорядочное разрастание соединительной ткани.

Случай № 173. Е-ная 35л., 4 месяца назад в ноябре 1936 г. обнаружила в правой грудной железе безболезненную опухоль величиной с грецкий орех. Опухоль заметно стала расти и 28.III-1936г. больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского физиотерапевтического института.

Объективные данные. грудные железы расположены несимметрично. Правая на 2 см. стоит выше левой. В толще правой грудной железы в центральном отделе имеется плотный безболезненный подвижный узел, величиной с грецкий орех. Подмышечные лимфатические узлы увеличены, плотные.

Клинический диагноз: рак правой грудной железы.

3.IV-1937 г. операция мастэктомии по поводу рака.

Описание макропрепарата: в правой грудной железе имеется опухолевый узел величиной с лесной орех, границы узла слабо различаются, ткань узла плотная, на разрезе с множественными белесоватыми прослойками и мелкими с булавоочную головку единичными кистами. В окружности узла видны мелкие кисты и тяжи белесоватой плотной ткани.

Гистологическое исследование № 3835.

Патологогистологический диагноз: рак *Scirrhus*, развившийся на почве фиброзно-кистозной мастопатии.

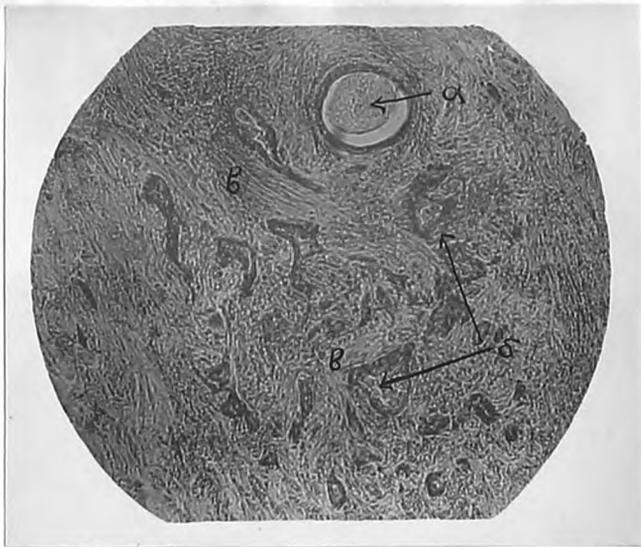


Микрофотограмма № 120.

Фиброзно-кистозная мастопатия с сосочковой пролиферацией эпителия кист.

а - кисты с сосочковой пролиферацией эпителия
б - развитие тяжей фиброзной ткани.

Гистол. исслед. № 3835.



Микрофотограмма № 123.
Переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак. *Scirrhus.*

- а - к и с т ы .
- б - атипичные аденомеры, и группы раковых клеток.
- в - разрастание соединительной ткани.

Гистол.исслед. № 3835.

На микрофотограммах № 122, 123 показан переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

Рак развился в центре кистозно-аденоматозного узла.

В гистогенезе рака следует отметить атипичный инфильтративный рост аденоматозного узла и разрастание соединительной ткани, в результате чего развился рак с гистологической структурой скirrа.

Случай , 174. Б-ная 46 л. Заметила опухоль в левой грудной железе год назад.

Опухоль больную не беспокоила, и она к врачу не обращалась. Но несколько месяцев назад опухоль стала заметно увеличиваться, и больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института.

Менструации с 10 лет, по 3-4 дня, регулярные. Замужем. была одна беременность, закончившаяся родами. Ребенка кор-

мила грудью.

Объективные данные: грудные железы большие, отвисшие, в левой грудной железе в наружно-верхнем квадранте прощупывается плотная подвижная, величиной с 5-ти копеечную монету с бугристой поверхностью опухоль, от которой отходят плотные тяжи.

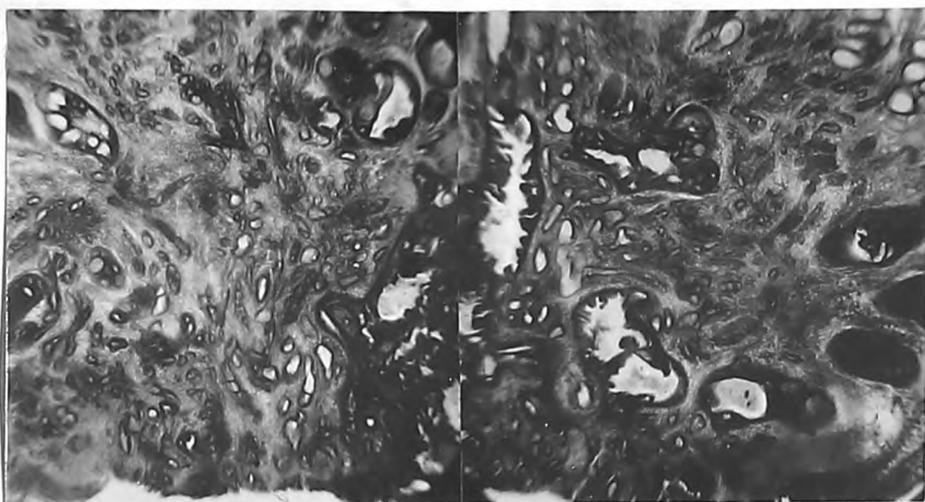
В левой подмышечной впадине плотные лимфатические узлы.

Клинический диагноз - *Ср. стадия*... ? После срочной биопсии произведена операция радикальной мастэктомии.

Описание макропрепарата: на разрезе ткань железы с множеством кист различной величины от просыаного зерна до горошин, заложены в плотную желтовато-белую ткань. В наружно-верхнем квадранте обнаружена плотная опухоль величиной с лесной орех. Опухоль капсулы не имеет, от нее в ткань железы радиарно отходят тяжи белесоватой плотной ткани.

Гистологическое исследование № ПЗ162.

Патологогистологический диагноз - *Cystoadenocarcinoma seriphosum*



Микрофотограмма № 124
Cystoadenocarcinoma seriphosum....., развившаяся на почве фиброно-кистозной мастопатии.

В центре препарата множественные кисты различной величины и формы, выстланные сочным цилиндрическим эпителием, по сторонам от них имеются множественные мелкие атипичные железистые пузырьки, среди которых разрастается развеединительная ткань.

В данном случае рак развился на почве пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии по периферии кистозно-аденоматозного узла.

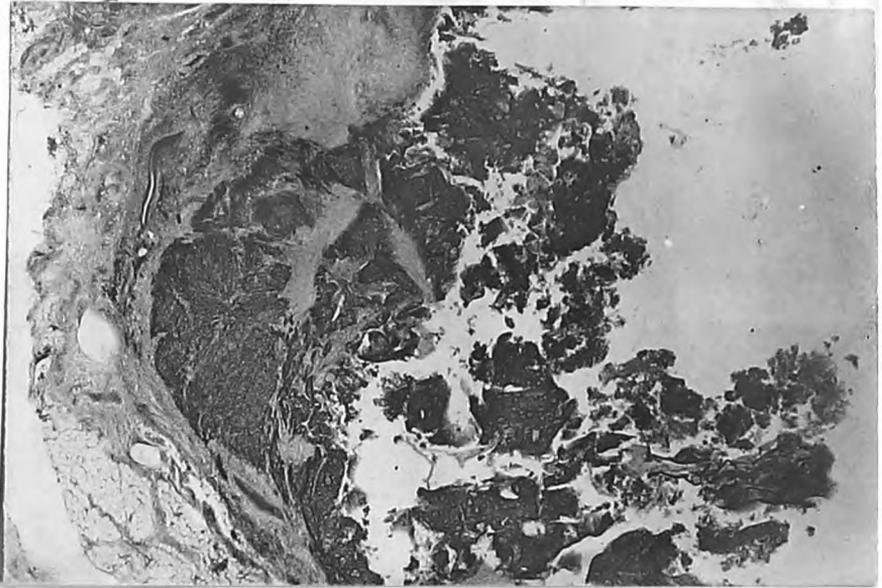
Множественные раки .

Случай № 175. Б-ная 46л. В 1939 г. заметила опухоль в левой грудной железе. В мае 1940 г. поступила в хирургическую клинику 3-й Клинической больницы г. Свердловска, где ей произведена операция мастэктомии по поводу рака.

Описание макропрепарата. в ткани железы много кист различной величины, в просвете кистозно расширенного протока распадающаяся сосочковая опухоль, величиной с горошину. Встречаются узлы белесоватой плотной ткани, с мелкими кистами, в центре одного, наиболее плотного узла, величиной с горошину видны белесоватые лучеобразные тяжики. Подмышечные лимфатические узлы слева увеличены, проросли опухолью.

Гистологическое исследование № 10290.

Патологогистологический диагноз: множественный рак (carcinoma simplex et scirrhus....) грудной железы.



Микрофотограмма № 125. (лупное увелич.)
(кусочек взят из опухоли протока).

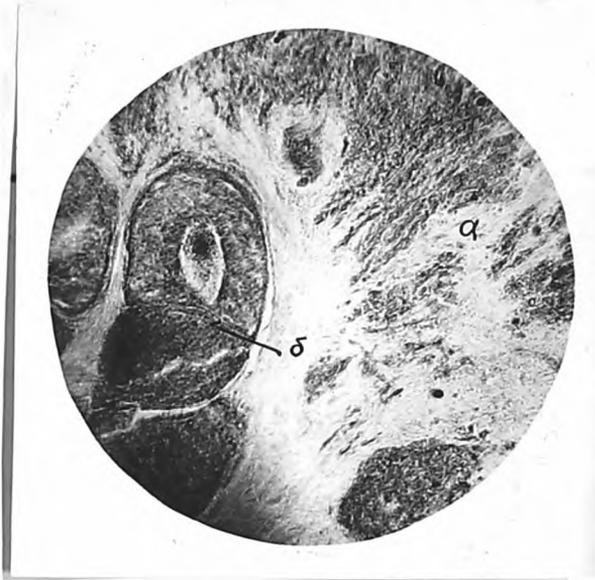
Рак (*Carcinoma simplex*), развившийся из
папиллярной аденомы протока.

Кусочек взят из плотного опухолевого узла.



Микрофотограмма № 126.
Внутрикистозные аденомы.
а- кисты с внутрикистозными пристеночными
аденомами.
б- аденоматозные узлы.

В соседнем участке.



Рак, скирр, развившийся на почве пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии из внутрикистозных аденом.

Микрофотограмма № 127.

- а - скирр, в центре узлов сохранились просветы кист с белковой жидкостью.
- б - внутрикистозные аденомы.

У пожилой женщины 46л. на почве пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии развился множественный рак грудной железы. Рак развился одновременно в нескольких центрах пролиферации эпителия.

- а - из папиллярной аденомы протока развилась *carcinoma simplex*.....
- б - из внутрикистозных аденом - *scirrhus*.....

Случай № 176. В-ная 45л. В мае 1936 г. случайно обнаружила опухоль в правой грудной железе, но не обратила на нее внимания. В сентябре 1936г. обратилась к врачу по поводу болей в желудке и резкого похудения. Врач обнаружил опухоль в грудной железе и направил больную в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института.

Объективные данные: Обе грудные железы увеличены, на ощупь - грубо дольчатые, в правой грудной железе имеется бугристая подвижная опухоль, величиной с грецкий орех. Правые подмышечные лимфатические узлы увеличены, плотные.

Клинический диагноз: рак правой грудной железы.

7.XI - произведена операция.

При гистологическом исследовании обнаружен множественный рак (scirrhus), развившийся на почве аденоматозного узла и carcinoma simplex в центре внутрикистозной папиллярной аденомы).

Гистологическое исследование № 4086.



Микрофотограмма № 128 (лупное увел.).
Рак-скирр, развившийся на почве фибронокистозной мастопатии.

- а - участок scirrhus'a...
- б - внутрикистозная папиллярная аденома
- в - распадающаяся внутрикистозная папиллярная аденома с участками..... carcinoma simplex.

У женщины 45 л. рак развился на почве пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии.

Рак развился одновременно в нескольких центрах пролиферации:

- а - на почве аденоматозного узла, в ткани железы развился *Scirrhus*.
- б - на почве внутрикистозной папиллярной аденомы развилась *Carcinoma simplex*

Р а к из эозинофильного эпителия.

Случай № 177. Б-ная 40л. 8.VI-1934г. обнаружила опухоль в левой грудной железе. 27.IX-37г. поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института по поводу быстро растущей опухоли в левой грудной железе и появившихся кровянистых выделений из соска.

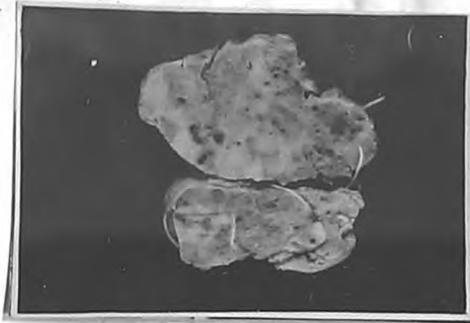
Клинический диагноз: рак грудной железы, мастопатия.

29.IX-1937г. ей произведена операция радикальной мастэктомии.

Описание макропрепарата. Среди тяжелой плотной бледно-желтой ткани видны множественные кисты, величиной от булавочной головки до горошины. Местами ткань имеет моздреватый вид. В некоторых кистах содержится кровянистая жидкость на стенках таких кист видны мелкие папилломы.

Гистологическое исследование № 5297.

Патологогистологический диагноз: рак, развившийся из эозинофильного эпителия.



Фотоснимок № 129.
Рак, развившийся на почве фиброзно-кистозной мастопатии из эозинофильного эпителия. (Макропрепарат).



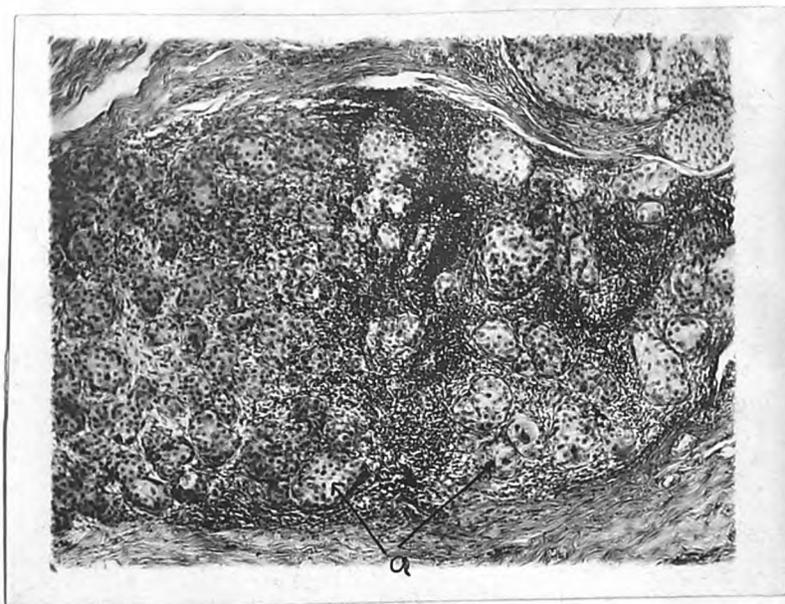
Микрофотограмма № 130.

Проллиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

а - железистая долька, на месте концевых отделов ее альвеолы из эозинофильного эпителия,

б - кисты, выстланные пролиферирующим эозинофильным эпителием.

В соседнем участке.



Микрофотограмма № 133

Рак *carcinoma alveolare*. из клеток
эозинофильного эпителия
а - альвеолы из раковых клеток.

У женщины 40 лет на почве длительно протекающей (3 года) фиброзно-кистозной мастопатии развился рак *carcinoma alveolare*... из клеток эозинофильного эпителия.

Гистогенез рака достаточно убедительно отображен на микрофотограммах 130, 131, 132, 133.

Эозинофильный эпителий появился в концевых отделах железистых долек, в результате пролиферации его на месте концевых отделов образовались альвеолы из клеток эозинофильного эпителия, а также кисты с папиллярными выростами, микрофотограммы №№ 131 и 132.

На месте альвеол из эозинофильного эпителия развилась *carcinoma alveolare*..., раковые клетки остались крупными с интенсивно окрашенной эозином, зернистой протоплазмой.

Состояние соединительной ткани в
раковой опухоли.

Изучая случаи перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак мы убедились, что этот переход сопровождается не только разрастанием эпителия, но и соединительной ткани.

В литературе основное внимание уделялось и уделяется изменениям соединительной ткани во всем организме так называемым общим изменениям мезенхимы в раковом организме (Богомолец, Улезко-Строганова, Гаршин). И только последний из цитированных авторов уделяет некоторое внимание изменениям местной соединительной ткани в раковой опухоли. Гаршин пишет: "Условия вызывающие инфильтративный и деструктивный рост эпителия, являются местными, притом узко местными".

Эти местные условия сводятся к существованию системы эпителий-соединительная ткань с корреляцией их роста.

На основании своих вышеизложенных наблюдений над переходом фиброзно-кистозной мастопатии в рак мы также пришли к твердым выводам, что понятие рака, как болезни эпителия, должно быть вытеснено понятием рака, как болезни эпителия и соединительной ткани. Мы считаем себя вправе сделать такое заключение не только на основании предыдущих исследований, но и на основании, правда, немногочисленных специальных исследований местной соединительной ткани в раковой опухоли, эти исследования, как нам кажется, дали очень убедительные результаты.

Нами изучено поведение эластических и арентофильных

волокон в 10 случаях рака грудной железы.

С этой целью в каждом случае мы окрашивали гистологические срезы на эластические волокна по способу *Weigert's* и на аргентофильные волокна по способу *Сута*.

Изменение эластических волокон в раковой опухоли.

Ряд авторов отмечает гибель эластических волокон в раковой опухоли. Исчезновение эластических волокон в раковой опухоли описывает *Riel*, он считает, что опухоль как бы выталкивает эластические волокна.

Rochemonta предполагает, что эластические волокна всасываются клетками опухоли. Улезко-Строганова отмечает исчезновение эластических волокон в области раковой язвы шейки матки.

Нами изучено поведение эластических волокон в случаях раков, развившихся на почве фиброзно-кистозной мастопатии.

При изучении гистологических препаратов мы отмечали изменения эластических волокон.

1 - в раковой опухоли

2 - по периферии раковой опухоли.

В раковой опухоли мы отмечали полное исчезновение эластических волокон.

Исчезновение эластических волокон происходило путем:

1 - истончения эластических волокон в стенках протоков, при разрастании опухоли в их просветах. См. микрофотограмму. № 134.

2 - разволокнения и истончения эластических волокон в

стенке протока при инфильтрации последней раковыми клетками. (см. микрофотограмму № 135).

3. Фрагментации эластических волокон и вытеснения фрагментов растущей опухолью, в результате чего по периферии опухоли скапливаются кучки крошковатых масс и фрагментов эластина. См. микрофотограмму № 136.



Микрофотограмма № 134.
Истончение и выпрямление эластических волокон в стенках протоков при разрастании в их просветах раковой опухоли - *Sarcinans in alveolae*

- а - раковые клетки в протоках
б - истончение эластических волокон в стенках протоков.

Гистол.исследов. № 10407.

Окраска по Weigert'a



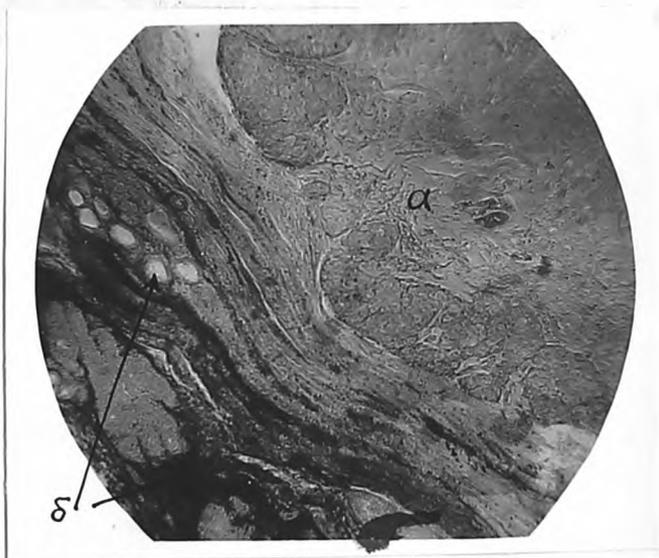
Микрофотограмма № 135.
Истончение и разволокнение эластических волокон стенки протока в месте инфильтрации последней раковыми клетками.
а - разволокнение эластических волокон.
Гистол.исследов. № 3067
Окраска препарата по Weigert'y...



Микрофотограмма № 136.
Фрагментация эластических волокон в раковой опухоли.
а - фрагменты эластических волокон
Гистол.исслед. № 3032...
Окраска препарата по Weigert'y.....

По периферии раковой опухоли мы отмечали следующие изменения эластических волокон:

- 1 - новообразование эластических волокон - эластов в местах развития волокнистой соединительной ткани. См. микрофотограмму № 137.
- 2 - фрагментацию и полное исчезновение эластических волокон в местах инфильтрации из лимфоцитов. См. микрофотограммы №№ 138, 139, 140, 141.



Микрофотограмма № 137.

Новообразование эластических волокон - эластов по периферии ракового узла.

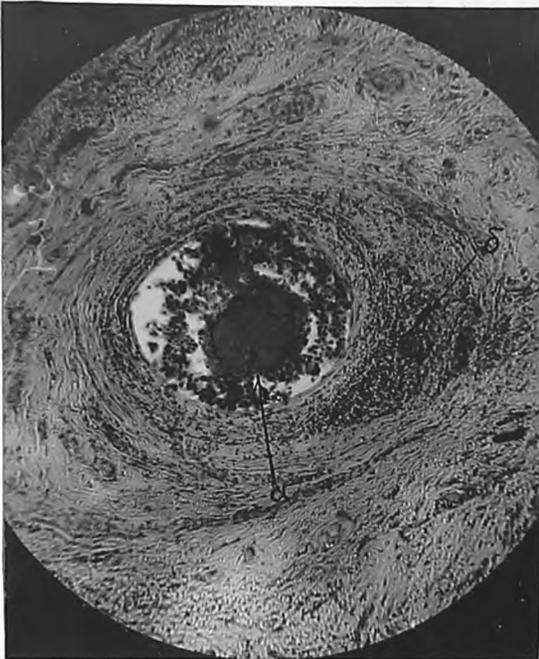
а - раковый узел

б - мощное развитие эластических волокон по периферии ракового узла.

Гистол. исслед. № 3063.

Новообразование эластических волокон по периферии ракового узла происходит преимущественно по ходу протоков, а также в массе фиброзной ткани.

Исчезновение и фрагментация эластических волокон в местах инфильтрата из лимфоцитов показано на микрофотограммах №№ 138, 139, 140, 141.



Микрофотограмма № 138
Лимфоидная инфильтрация
стенки протока, выполнен-
ного раковой опухолью.

- а - раковые клетки в про-
свете протока.
- б - лимфоидный инфильтрат
стенки кистозно рас-
ширенного протока.

Гистол.исслед. № 906.

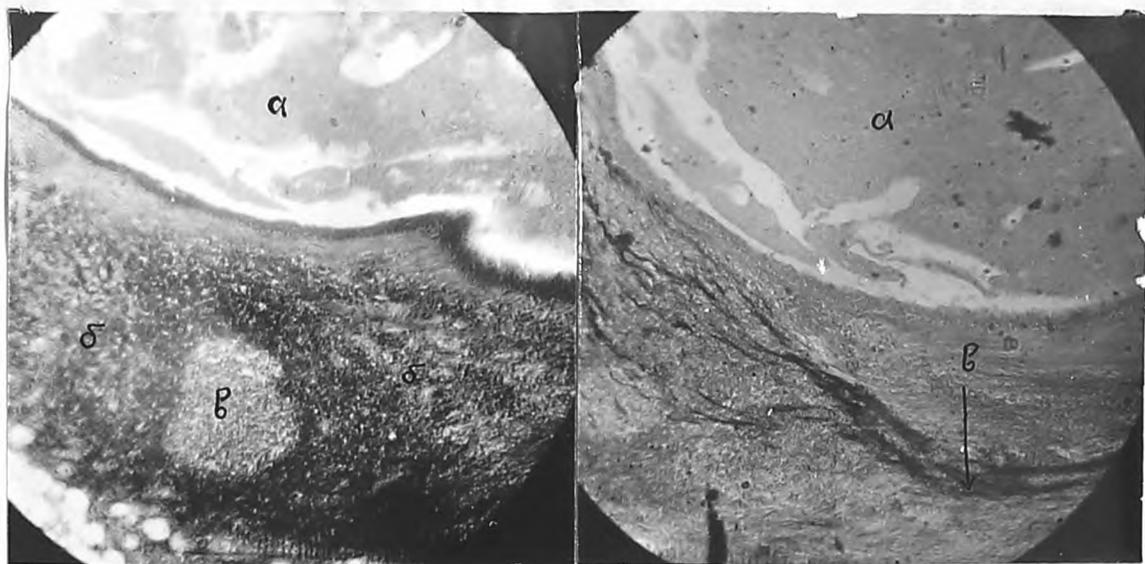
Окраска по *Van. Gieson* "у



Микрофотограмма № 139 .

Тот же препарат, окрашен
по *Weigert* "...у.

- а - раковые клетки в про-
свете протока.
- б - сеть эластических воло-
кон в стенке протока
- в - исчезновение и фрагмен-
тация эластических воло-
кон, соответственно ме-
сту инфильтрата из лим-
фоцитов.



Микрофотограмма № 140

Инфильтрация лимфоцитами стенки кистозно расширенного протока, расположенного по периферии раковой опухоли грудной железы.

а - просвет кистозно расширенного протока с белковыми содержимым.

б - лимфоидная инфильтрация стенки протока образованием фолликула из лимфоидных клеток.

в - фолликул из лимфоидных клеток:
Окрашено по Van Gieson'y.

Гистол.исслед. № 10290.

Микрофотограмма № 141

Тот же препарат, окрашенный по Weigert'y..

а - просвет кистозно расширенного протока с белковыми содержимым.

б - исчезновение и разволокнение сети эластических волокон протока соответственно месту лимфоидного инфильтрата, с образованием фолликула.

в - сеть эластических волокон в стенке протока.

Таким образом, мы отмечаем исчезновение и фрагментацию эластических волокон в стенках кистозно расширенных протоков в местах лимфоидного инфильтрата.

На основании вышеизложенного мы пришли к следующим выводам:

- 1 - эластические волокна гибнут в раковой опухоли
- 2 - эластические волокна разволокняются и исчезают в местах лимфоидноклеточных инфильтратов, соответственно

последним в стенках протоков появляются участки выпадения эластических волокон - "плеши".

3 - По периферии раковой опухоли в местах реактивного развития фиброзной ткани увеличивается количество эластических волокон.

Аргентофильные волокна в раковой опухоли.

Ряд авторов указывает на гибель аргентофильных волокон в раковой опухоли.

Смирнова - Замкова отмечает гибель аргентофильных волокон в злокачественных опухолях, при этом основное вещество аргентофильных мембран переходит из состояния геля в золь - расплавляется и на препаратах видны обрывки аргентофильных волокон.

В работе Краснянской указано, что при раке грудной железы происходит гибель коллагеновых волокон, при этом растворяется коллагеновая субстанция волокна и обнажается аргентофильный остов, последний раздвигается и разволокняется раковыми клетками.

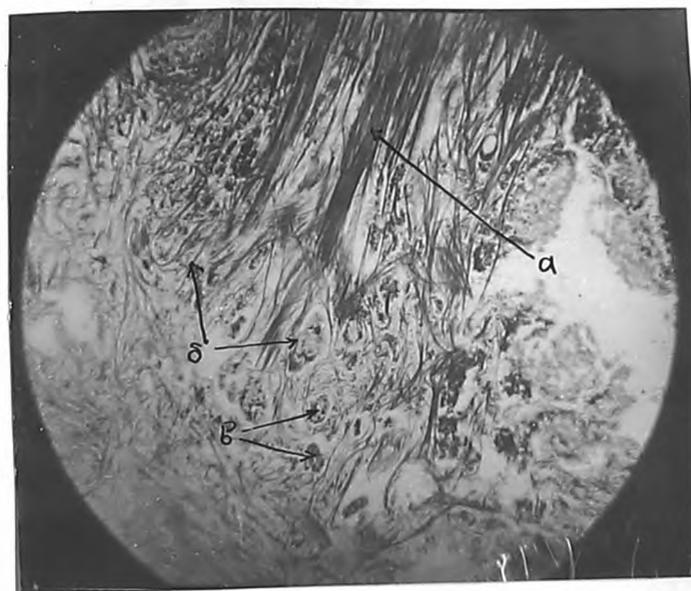
Изучая аргентофильные волокна в раковой опухоли, мы остановились на следующих моментах:

- 1 - изменение коллагеновых волокон в грудной железе при раке
- 2 - состояние аргентофильных волокон при различных формах рака.
- 3 - Состояние аргентофильных волокон в случаях перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

Изменение коллагеновых волокон в грудной железе
при раке.

При прорастании раковой опухоли стромы грудной железы, мы обнаруживали деколлагенизацию и обнажение аргентофильного остова коллагеновых волокон. Можно предполагать, что в раковой опухоли одновременно с процессом деколлагенизации происходит коллагенизация аргентофильных волокон, как это мы наблюдали при фиброзно-кистозной мастопатии в железистых дольках (см. стр. 143..). Эти два процесса переходят один в другой и могут встречаться одновременно.

Деколлагенизация коллагеновых волокон и обнажение аргентофильного остова показаны на микрофотограмме № 142.



Микрофотограмма № 142.

Деколлагенизация коллагеновых волокон
и обнажение аргентофильного остова
грудной железы при раке.

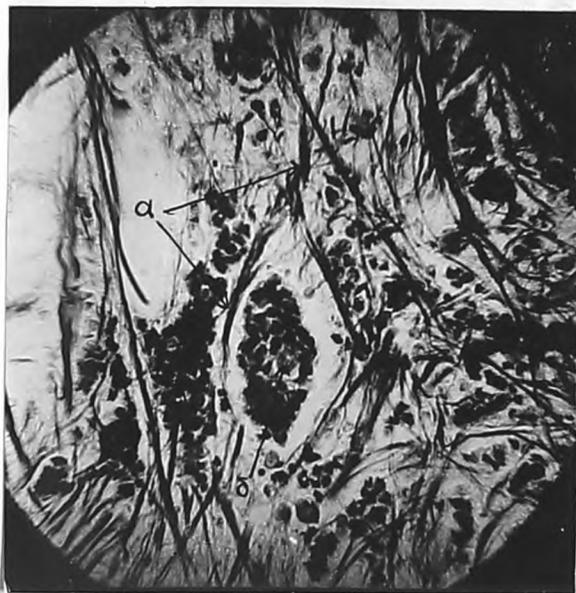
а - коллагеновые волокна
б - аргентофильный остов
в - раковые клетки.

Гистол.исследов. № 2963. Препарат окрашен по Футу.

Состояние арентофильных волокон при различных
формах раков грудной железы.

Изучая различные гистологические формы раков грудной желез, мы отмечали разное состояние арентофильных волокон.

В скirrosных формах раков количество арентофильных волокон увеличивалось, волокна предрасполагающего арентофильного остова разволокнялись раковыми клетками.



Микрофотограмма № 143

Аргентофильные волокна в раковой опухоли (scirrhus)

- а - аргентофильные волокна.
- б - группы раковых клеток

Гистол.исслед. № 2963
окраска по Футу.

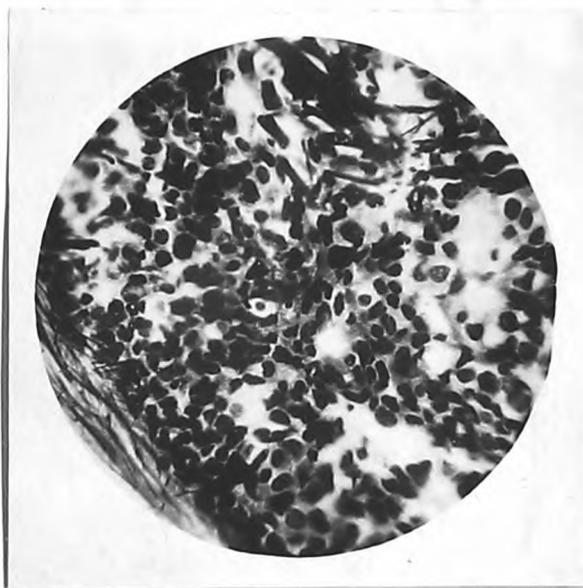


Микрофотограмма № 144.

Аргентофильные волокна в раковой опухоли.
(cystoadenocarcinoma scirrhosum)

- а - раковая железа
 - б - аргентофильные волокна
- Гистол.исслед. № 3032..
Окраска по Футу.

При альвеолярном раке мы отмечали в почти полное отсутствие аргентофильных волокон в раковых альвеолах, состоящих из скоплений раковых клеток.



Микрофотограмма № 145.

Альвеола из раковых клеток, среди которых видны единичные аргентофильные волокна.

Гистол.исслед. № 18467... Препарат окрашен по Буту.

При исследовании мозговидных форм рака *carcinoma simplex*.... мы отмечали гибель аргентофильных волокон, что проявлялось в огрубении и появлении зернистости в толще волокна и распаде волокна на фрагменты.

Микрофотогр. №№ 146, 147

см. н/сл. стр.



Микрофотограмма № 146.

Мозговидная форма рака, среди раковых клеток видны грубые толстые аргентофильные волокна. Местами волокна распадаются на фрагменты.

Гистол.исследов. № 3063.
Препарат окрашен по Футу.



Микрофотограмма № 147.
Тот же препарат - большее увелич.

Набухшие аргентофильные волокна с зернистой протоплазмой, местами видна фрагментация волокон.

Окраска по Футу.

Изучая случаи перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак, мы отмечали несомненное участие аргентофильных волокон в процессе развития рака из внутрикистозных аденом.



Появление большого количества аргентофильных волокон деформирует внутрикистозные аденомы. (См. микрофотографию № 148).

От последних отшнуровываются группы железистых пузырьков (см. микрофотографию № 149).

Микрофотограмма № 148.
Деформация внутрикистозной аденомы аргентофильными волокнами.
а - внутрикистозная аденома
б - аргентофильные волокна

Гистол.исслед. № 3032..
Окраска по Фугу.



Микрофотограмма № 149.
отшнуровывание аргентофильными волокнами групп железистых пузырьков аденомы.
а - группы железистых пузырьков
б - аргентофильные волокна.
Гист.исслед. № 3032..
Окраска по Фугу.

Таким образом, мы констатировали глубокие изменения аргентофильных волокон при раке грудной железы.

Замечательно; что эти изменения различны, а иногда и противоположны в различных формах рака; гибель аргентофильных волокон мы отмечали в мозговых раках, как при *Carcinome Simplex*..., наоборот, при скirrosных формах раков количество аргентофильных волокон увеличивается. Мы не позволили себе строить на основании указанных изменений каких-нибудь окончательных выводов, мы только отмечали, что количество аргентофильных волокон увеличивается при переходе про- фиброзно-кистозной мастопатии в рак.

З а к л ю ч е н и е .

Подводя итоги этой главы, мы должны сказать, что при далеко зашедшем раке доказать его связь с фиброзно-кистозной мастопатией невозможно. Считать все сочетание рака с фиброзно-кистозной мастопатией за раки, развившиеся на почве фиброзно-кистозной мастопатии было бы неправильно, хотя в каждом случае такого сочетания можно высказать предположение, что один из очагов фиброзно-кистозной мастопатии превратился в рак, в то время как остальные еще сохранили свой доброкачественный вид. Такое предположение тем более допустимо, что и в желудке и в прямой кишке мы имеем нередко сочетание совершенно доброкачественных полипов, полипов с начальным раком и раков без ясных следов полипа, да и в самой грудной железе, особенно при пролиферирующей форме фиброзно-кистозной мастопатии мы нередко встречаем сочетание очагов совершенно доброкаче-

ственной фиброзно-кистозной мастопатии с очагами атипической пролиферации и раком.

Все же мы предпочли в настоящей главе не приводить тех раков грудной желез, гистогенез которых не вполне ясен, и где связь с фиброзно-кистозной мастопатией может оспариваться.

Мы привели только совершенно безупречные, по нашему мнению, случаи, где возникновение рака на почве фиброзно-кистозной мастопатии ясно видно на микротограммах.

Мы убедились, что все варианты пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии могут переходить в рак. Так, например, мы наблюдали раки, развившиеся из внутрикистозных аденом, из папиллярных аденом протоков, из аденоматозных узелов. Наконец, мы наблюдали случай рака, развившегося из розинифильного эпителия.

В приведенных случаях мы наблюдали все гистологические структуры рака грудной желез, а именно:

1. <i>Cystoadenocarcinoma scirrhosum</i>	- 6
2. <i>Scirrhus</i>	- 4
3. <i>Carcinoma simplex</i>	- 3
4. Множественный рак	- 2
5. <i>Adenocarcinoma</i>	- 1
6. <i>Carcinoma alveolare</i>	- 1

Наиболее частой гистологической формой рака, развившегося на почве фиброзно-кистозной мастопатии, является *cystoadenocarcinoma scirrhosum*, на втором месте стоит *scirrhus*.

Все 3 случая *carcinom'ы simplex* развились из па-

пилярных аденом протоков.

В одном случае мы имели рак, развившийся из эозинофильного эпителия.

Наши гистологические исследования показывают, что при раке грудной железы наблюдаются значительные изменения не только эпителия, но и соединительной ткани грудной железы.

При переходе фиброно-кистозной мастопатии в рак, соединительная ткань претерпевает следующие изменения: появляется большое количество аргентофильных волокон, которые расчленяют узлы пролиферации эпителия и образуют строуму рака.

В раковой опухоли состояние соединительной ткани меняется в зависимости от гистологической структуры рака.

В скirrosных раках количество аргентофильных волокон увеличивается, в мозговидных раках они фрагментируются и исчезают. Эластические волокна фрагментируются и исчезают при всех формах рака.

Эта глава лишний раз подтверждает, что фиброно-кистозная мастопатия может наблюдаться как предраковое состояние грудной железы, в то же время мы можем отнести к прекарциномам только те ее варианты, где имеется пролиферация эпителия. Такие выводы имеют большое практическое значение.

Г Л А В А I V .

УЗЛОВАТАЯ ДИСТОРМОНАЛЬНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ (ФИБРОАДЕНОМА) И ЕЕ ОТНОШЕНИЕ К РАКУ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .

В настоящее время большинство ученых придерживается старой точки зрения *Ribberta* и *Borst'a* об опухолевой природе фиброаденом (*Kleinschmidt* , Абрикосов, Давыдовский). Но уже в 1911 г. *Seitz* впервые высказал мнение о возникновении фиброаденом на почве гормональных расстройств. Таким образом, создавалась гормональная теория возникновения фиброаденом. Взгляды *Seitz'a* не получили распространения. *Можкович* в 1927 г. вновь высказал ту же мысль, что и *Seitz* : он рассматривал фиброаденому как процесс гиперпластический, получающий импульс для своего развития из яичников.

Из русских ученых гормональной теории возникновения фиброаденом придерживается Глазунов. В работе "фиброаденома грудной железы и ее место в системе новообразовательных процессов" (1938г.). Глазунов высказывает мнение, что аденома грудной железы в чистой форме или в форме варианта фиброаденомы не является истинной опухолью и относит ее к псевдоопухолевым процессам, а именно, к узловатым дистормональным гиперплазиям. "Основным возражением против ее истинной опухолевой природы является не анатомическая и гистологическая ее характеристика, а отсутствие автономности роста и зависимость ее от гормонов яичника, вот почему фиброаденомы чаще встречаются в период наибольшей активности половой жизни, в детском возрасте отсутствуют, в климактерическом периоде встречаются реже" (Глазунов).

Большим подкреплением этой теории являются многочисленные выше цитированные работы Lacassagne, Geschickter'a, и др. В этих работах достаточно отчетливо показано, что после введения мышам гормонов яичника может развиваться не только фиброзно-кистозная мастопатия, но и фиброаденома грудной железы.

Наши наблюдения над фиброаденомами убедили нас в том, что существуют так называемые фиброаденомы, опухолевая природа которых является сомнительной. Эти фиброаденомы дают нам право высказаться в пользу их Гормонального происхождения. К подобному заключению мы пришли на основании некоторых клинических данных, теоретических соображений и на основании данных гистологического исследования.

По Ribbert'у главными признаками, характеризующими доброкачественную опухоль, являются: 1) ограниченность роста, 2) автономность, 3) несвязанность с протоками, 4) гистологическая структура. Эти положения рассматриваются Глазуновым в его работе о фиброаденоме.

Имея достаточный собственный материал по этому вопросу, мы решили остановиться на нем.

По нашим наблюдениям в ряде случаев фиброаденомы не имели характерных признаков опухоли, указанных Ribbert'ом, так, например:

I. Ограниченность роста и наличие капсулы мы наблюдали далеко не во всех случаях фиброаденом. В 55 случаях фиброаденом капсула отсутствовала (из 80), опухоль не имела четких границ, и ткань ее незаметно сливалась с тканью железы.

П. Уле Bloodgood отчасти опроверг признак автономности и независимости роста фиброаденом. Он описывает аденомы беременных и кормящих, эти аденомы, также, как и нормальная ткань грудной железы, вырабатывают молоко. Подобные лактирующие фиброаденомы описаны Geschickter'ом, Moran, Schilze, Trima.

Наблюдения Свердловской онкологической клиники также позволяют нам отвергнуть мнения об автономности некоторых фиброаденом. Многие женщины с фиброаденомами грудной железы отмечают увеличение опухоли, болезненность ее во время менструации и уменьшение в постменструальном периоде. Во время беременности опухоль всегда быстро растет. Мы также наблюдали случаи лактирующих фиброаденом. Так как в отечественной литературе мы не встретили описаний таких фиброаденом, то считаем целесообразным привести эти случаи с макро- и микрофотограммами.

Случай "лактирующей фиброаденомы" № 178.

Б-ная 23 лет. 6 месяцев тому назад во время беременности заметила опухоль в левой грудной железе. После родов опухоль стала резко увеличиваться, что заставило больную обратиться в хирургическую клинику Мед.института.

Больная замужем. Имеет 2-х месячного ребенка. Ребенка кормит грудью. Объективные данные: левая грудная железа заметно больше правой, соски симметричны.

В наружно-верхнем квадранте левой грудной железы определяется плотная опухоль величиной с куриное яйцо. Опухоль подвижная, с кожей не спаяна.

Клинический диагноз: опухоль левой грудной железы.

13.VI-47г. произведена операция секторного иссечения левой грудной железы и удалена опухоль.

Описание макропрепарата (см. фото № 150): в иссеченном секторе грудной железы обнаружена опухоль величиной с грецкий орех, с хорошо выраженной капсулой; с поверхности разреза опухоли стекает в большом количестве густое молоко. Ткань опухоли сочная, ячеистого строения с мелкими кистозными полостями, наполненными жирными желтовато-белого цвета массами.

Гистологическое исследование, 3020.

Патологогистологический диагноз: периканаликулярная фиброаденома с участками аденоматозной ткани, напоминающей ткань нормальной лактирующей грудной железы.

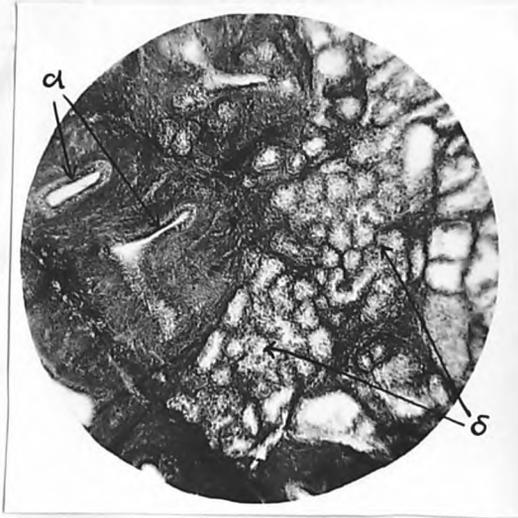
На микрофотограмме № 151 150 периканаликулярная фиброаденома; вокруг несколько расширенных железистых трубок отмечается муфтообразное развитие соединительной ткани, среди которой разбросаны участки аденоматозной ткани, состоящей из групп гипертрофированных железистых пузырьков, выстланных крупными светлыми клетками кубического эпителия; эти участки напоминают нормальную ткань лактирующей грудной железы.



Фото макропрепарата № 150.
Лактирующая фиброаденома.

При окраске препаратов лактирующей фиброаденомы Sudanom III

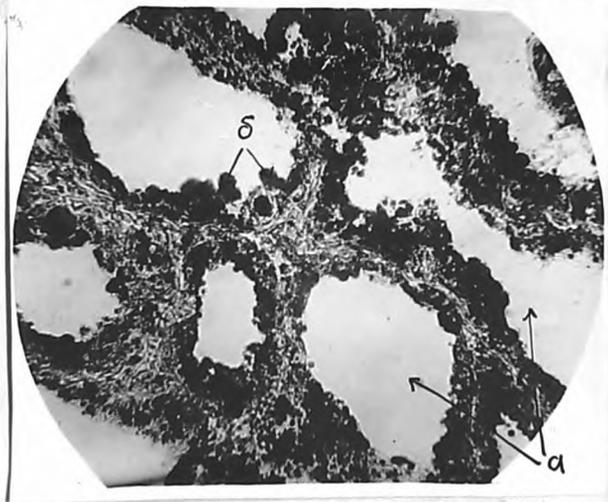
на жир обнаружены в участках аденоматозной ткани в эпителиальных клетках капли жира; вместо многих эпителиальных клеток мелкозернистый жировой детрит (см. микрофотограмму № 150).



Микрофотограмма № 151

Лактирующая фиброаденома

- а - участки периканаликулярной фиброаденомы
 - б - участки аденоматозной ткани, напоминающие грудную железу во время лактации.
- Гистол.исслед. № 3020.



Микрофотограмма № 152

Лактирующая фиброаденома.

а- альвеола

б- капли жира и детрит

Гистол.исслед. № 3020. Преп.окрашен *Sudan III*

Случай лактирующей фиброаденомы № 179.

Б-ная 26л. Поступила в хирургическую клинику Мединститута с жалобами на опухоль в левой грудной железе.

1½ месяца назад во время кормления ребенка грудью заметила в левой грудной железе опухоль величиной с воложский орех, опухоль заметно увеличивалась.

Больная замужем. Имеет одного ребенка, которого кормит грудью. Роды были 3 месяца назад.

Объективные данные: грудные железы большие, тугие на ощупь, при легком надавливании из сосков брызжет молоко.

В левой грудной железе в наружно верхнем ее квадранте пальпируется плотная опухоль величиной с грецкий орех. Опухоль подвижная, с кожей и подлежащими тканями не спаяна. Подмышечные и надключичные лимфатические узлы не пальпируются.

Клинический диагноз: фиброаденома.

10 октября 1947 г. больной произведена операция секторного иссечения грудной железы.

Описание макропрепарата:



Фотоснимок № 153

Макропрепарат лактирующей фиброаденомы.

а- фиброаденома.

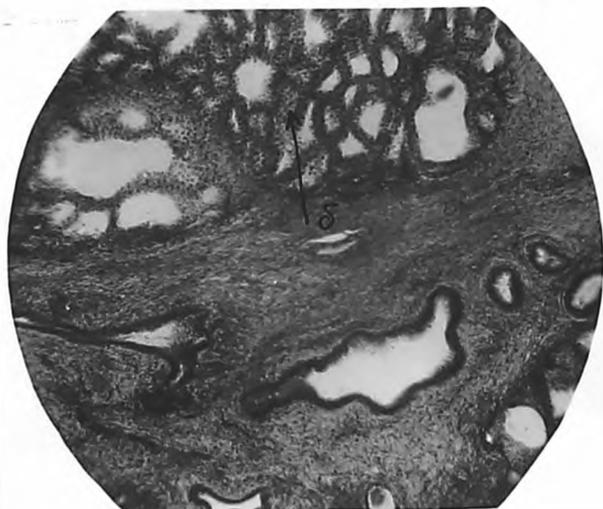
В ткани удаленного сектора грудной железы обнаружена слабо контурированная опухоль величиной с вишню, опухоль на разрезе бледно-желтовато-серого цвета, зернистого строения с мелкими чуть заметными кистами; полости кист заполнены бледно-желтыми жироподобными массами.

На разрезе в ткани железы в окружности опухоли выступают множественные мелкие капли молока. См. макропрепарат на фотоснимке № 153.

Гистологическое исследование № 3077.

Патологогистологический диагноз: фиброаденома с участками аденоматозной ткани, напоминающей ткань нормальной лактирующей грудной железы.

На микрофотограмме № 154 фиброаденома, состоящая из железистых трубок, в окружности которых имеется значительное развитие фиброзной ткани; встречаются также участки аденоматозной ткани, состоящей из множества железистых пузырьков, выстланных крупным светлым кубическим эпителием.



Микрофотограмма № 154.

Лактирующая фиброаденома

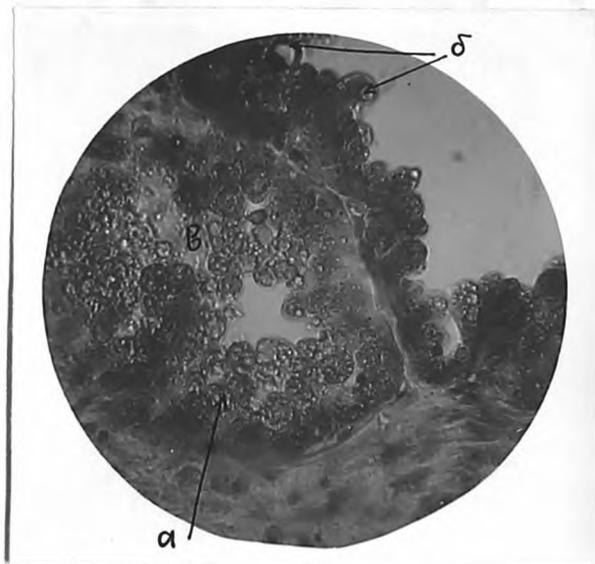
а- фиброаденома

б- участки аденоматозной ткани, напоминающие ткань грудной железы во время лактации.

Гистол. исследов. № 3077.

При окрашивании препаратов Sudan's III обнаружено: в

участках аденоматозной ткани, в эпителиальных клетках, выстилающих железистые пузырьки, содержатся капли жира, последние также содержатся в просветах железистых пузырьков. См. микрофотограмму № 155.



Микрофотограмма № 155.

Лактирующая фиброаденома.

- а- железистый пузырек
- б- капли жира в эпителиальных клетках, выстилающих железистые пузырьки.
- в- капли жира в просветах железистых пузырьков.

Гистол. исследование № 3077.
Окраска *Sudan'ом.ш*.....

Если автономность и независимость роста являются одним из кардинальных признаков опухоли (Ribbert), то секреция фиброаденом во время беременности и кормления ребенка грудью отрицает этот кардинальный признак опухоли. Таким образом, опухолевая природа лактирующих фиброаденом становится сомнительной.

В наших случаях фиброаденомы грудной железы в период лактации характеризовались следующими особенностями:

I. В ткани фиброаденомы мы находили участки аденоматозной ткани, напоминающие ткань нормальной грудной железы во время лактации. Подобных включений мы не встретили ни в одной исследованной нами фиброаденоме, удаленной из грудной железы в период покоя.

2. Фиброаденомы во время лактации вырабатывали молоко, так же, как и сама грудная железа.

Процесс выработки молока был установлен путем осмотра макропрепаратов (на поверхности опухоли выделялось молоко) и методом гистологического исследования (при окрашивании препаратов опухоли на жир Sudan'om III). Выработка молока нами не отмечалась в фиброаденомах, удаленных из грудных желез во время покоя.

III. Несвязанность с протоками не является абсолютным признаком опухоли. Мы убедились на большом материале фиброэно-кистозных мастопатий, что отшнуровка кистозно расширенных концевых отделов долек при этом процессе является частым явлением, на почве воспаления в грудной железе могут также образовываться ретенционные кисты.

Глазунов, отмечая наличие протоков в ткани фиброаденомы, указывает, что для него остается неясным, выделяют ли эти протоки секрет или не выделяют, однако, он считает маловероятным, что секрет всасывается покровным эпителием.

Мы во многих фиброаденомах находили протоки. Окрашивая препараты по Weigert "у", мы отмечали наличие вполне дифференцированных протоков с сетью эластических волокон. Велес и Фриша также указывает на наличие протоков в ткани фиброаденом.

Приводим микрофотограммы №№ 156 и 157.



Микрофотограмма № 156.

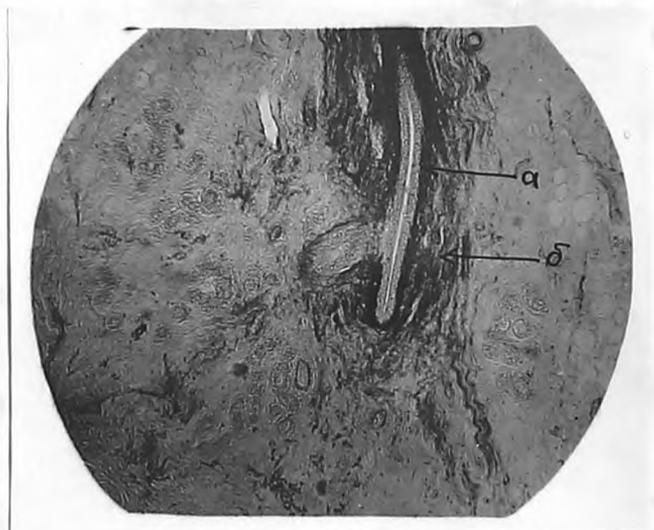
Альвеолярная фиброаденома (окраска по Weigert "у").

- а- паренхима опухоли, состоящая из концевых отделов железистых долек.
- б- протоки с сетью эластических волокон в стенке.

Гистол. исследов. № II 5109.

Имеются указания, что в соединительнотканых опухолях происходит образование эластических волокон (Вухштаб, Капылов). Мы также наблюдали появление молодых эластических волокон по ходу протоков в соединительной ткани фиброаденом.

Микрофотогр. № 157 см. на сл. стр.



Микрофотограмма № 157.

Появление молодых эластических волокон по ходу протока.

а- железистый проток.

б- молодые эластические волокна в окружности протока.

Гистол.исслед. № II6734.

IV.. Гистологическая структура фиброаденомы

Изучая препараты фиброаденомы и фиброзно-кистозной мастопатии, мы убедились, что некоторые детали гистологической структуры достаточно ярко подчеркивают близость этих двух процессов, до сих пор считающихся разнородными. К этим деталям относятся: 1) кистообразование, 2) появление эозинофильного эпителия.

Кистообразование и появление эозинофильного эпителия нами часто наблюдалось при всех нижеописанных вариантах фиброаденомы, но далеко не всегда они были одинаково выражены. Иногда кисты были единичными и очень маленькими, в других случаях их было много, и они образовывали опухоль, называемую кистоаденомой.

Эта "гистологическая" близость особенно выражена ме-

жду фиброаденозами (вариант фиброзно-кистозной мастопатии и фиброаденомами с альвеолярной гистологической структурой. Появление эозинофильного эпителия в фиброаденомах, а также при фиброаденозах мы наблюдали редко, что, повидимому, связано с возрастом больных.

Микрофотограммы, показывающие кистообразование и появление эозинофильного эпителия, приведены ниже. Изученные нами некоторые моменты гистогенеза микрофиброаденом и фиброзно-кистозной мастопатии (см. страницу 91, микрофотограмма 48). показывают, что начало процесса роста в обоих случаях связано с долькой железы и проявляется в разрастании концевых отделов и пролиферации интерстициальной соединительной ткани. Разница в том, что при фиброзно-кистозной мастопатии соединительная ткань, разрастаясь, быстро стареет, превращается в фиброзную и подвергается гиалинозу, тогда как в случаях фиброаденом она сохраняет свою сочность и только очень редко, много лет спустя, гиалинизируется, сдавливает железы, что вызывает „удушение“ и атрофию эпителия фиброаденомы.

Концевые отделы железистых долек в обоих случаях вначале кистозно расширяются, но в дальнейшем процесс кистообразования при фиброзно-кистозной мастопатии является основным, ведущим, тогда как при фиброаденомах он прекращается. Возможно, это связано с поведением соединительной ткани, которая не вызывает отшнуровывания концевых отделов и секрет продолжает выделяться протоками. При фиброзно-кистозной мастопатии дальнейший рост кист, повидимому, связан с растягиванием их секретом, который накапливается, но не выделяется в результате отшнуровки

кист от протоков. Вот почему в случаях фиброкистозной мастопатии эпителий концевых отделов в начальных стадиях их расширения бывает сочным кубическим или цилиндрическим, тогда как в крупных отшнурованных кистах он резко уплощается от давления секретом. В ряде случаев в фиброаденомах происходит дальнейшее образование и увеличение объема кист, совершенно аналогичное образованию кист при фиброзно-кистозной мастопатии.

Гистогенез микрофиброаденом в ряде случаев мы наблюдали под микроскопом. При этом микрофиброаденомы развивались из железистых долек, железистые дольки гиперплазировались, концевые отделы несколько расширялись, интерстициальная рыхлая соединительная ткань превращалась в фиброзную и окружала концевые отделы желез (см. микрофотограмму № 158). В процессе дальнейшего развития железистая структура, на фоне фиброзной ткани, выявлялась более отчетливо, и развивалась периканаликулярная фиброаденома на месте бывшей железистой дольки (см. микрофотограмму № 159).

(Микрофотограммы №№ 158 и 159 см.
на сл.стр.)



Микрофотограмма № 158

Гиперплазированная железистая долька. На месте рыхлой интерстициальной ткани появилась фиброзная ткань, окружающая концевые отделы.

- а- концевые отделы
- б- фиброзная ткань на месте рыхлой интерстициальной ткани

Гист.исслед. № II5I4I.



Микрофотограмма № 159.

Фиброаденома на месте железистой дольки.

Гистол.исслед. № II5I4I.

Если аналогичный процесс одновременно развивался в нескольких железистых дольках, то возникла альвеолярная фиброаденома.

Морфологическая характеристика фиброаденом.

Aschoff признает две гистологические формы фиброаденом:

- 1- *Фиброаденома pericanaliculare*, когда одновременно с разрастанием железистых трубок вокруг них муфтообразно разрастается интерстициальная ткань.
- 2- *Фиброаденома intracanalicularis*, когда интерстициальная ткань врастает в виде узлов в просветы железистых трубок;

просветы сдавливаются, на месте их видны щели, покрытые уплощенным мелким эпителием.

Если соединительная ткань принимает отечный, миксоматозный или липоматозный характер, то развиваются *Adenomyxofibroma*, чаще *Adenolipofibroma*.

Kaufmann относит фиброаденомы к смешанным фиброэпителиальным опухолям и называет их фиброзными аденомами или фиброаденомами; в тех случаях, когда в них преобладает эпителиальная ткань, он называет их адено-фибромами, в случаях, когда опухоль построена из множества железистых пузырьков и тонких прослоек соединительной ткани, он говорит об аденомах. Он различает альвеолярную или ангионозную фиброаденому, состоящую из групп железистых пузырьков, и тубулярную фиброаденому, состоящую из протоков. По его мнению, в большинстве случаев имеются смешанные структуры фиброаденом.

Абрикосов относит фиброаденомы к истинным опухолям, которые развиваются самостоятельно или на почве фиброзной мастопатии. На основании гистологической картины он различает две разновидности фиброаденом: 1 - периканаликулярную фиброаденому, 2 - интраканаликулярную фиброаденому. Он, так же, как и *Aschoff*, выделяет фибромиксоаденому и фибролипоаденому. В тех случаях, когда аденома построена из железистых трубок, он называет ее тубулярной аденомой, когда она состоит из групп железистых пузырьков - альвеолярной аденомой. В случаях, когда в железистых пузырьках развиваются сосочки, Абрикосов называет опухоль сосочковой аденомой, а при кистозном расширении желези-

стых полостей - кистоаденомой; последние могут быть со-
сочковыми.

Сказанное дает нам право выделить следующие вари-
анты фиброаденом:

- I - аденофибромы
- 2 - фиброаденомы
 - а) периканаликулярные
 - б) интраканаликулярные
 - в) тубулярные
 - г) альвеолярные
- 3 - кистоаденомы.

В зависимости от характера строения фиброаденомы могут
быть: 1) фиброаденомами, 2) миксоаденомами, 3) липоадено-
мами.

Такой классификацией мы пользовались при анализе соб-
ственного материала.

О нашем материале фиброаденом можно получить ясное
представление из нижеприведенной таблицы. В этой табли-
це мы отмечаем возраст больных, количество беременностей
и родов, патогистологический вариант фиброаденомы, на-
личие или отсутствие капсулы, кист и эозинофильного эпи-
телиа.

См. табл. на сл. стр.

Отдельные клинические и морфологические данные
изученных нами фиброаденом.

Т а б л и ц а № II

№№ по пор.	№№ слу-чаев	№№ гистол.иссл.	Возраст	Колич. бр.		Патолого-гистологический диагноз	Отдельные морфологические данные		
				Ро-дов	Абор-тов.		Нали-чие кист	Нали-чие эози-ноф. эпит.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	180	II4185	28	Нет	Нет	Интра и перика-наликулярная фиброаденома	-	+	Име-ется
2	181	II369I	26	I	I	Фиброаденома, местами аде-нома.	-		
3	182	II3684	40	I	Нет	Интраканалик. миксо-фибро-аденома	+		
4	183	II4617	22	Нет	Нет	Интраканалик. альвеолярн. фиброаденома.	-		
5	184	II4433	29	2	2	Пери и интра-каналикул. фи-броаденома	+		
6	185	II4083	45	2	I	Пери и интра-канал. миксо-фиброаденома	+		
7	186	II4029	46	2	3	Аденофибро-ма	+		
8	187	II3833	24	Нет	Нет	Пери и интра-канал. фиброаде-нома.	+		
9	188	II3105	32	I	2	Пери и интра-канал. фиброаде-нома.	-	+	
10	189	77II	24	Нет	Нет	Пери и интра-канал. фиброаде-нома.	-	+	
II	190	58II	38	I	4	Фиброаденома	-		

№№ по пор.	№№ слу-чаев	№№ гисто-логич. иссле-дова-ний.	Воз-ра-ст	Колич. бе-ременност.		Патолого-гисто-логический диа-гноз	Отдельные морфо-логические данные		
				Ро-дов	Абор-тов		Нали-чие кап-сулы	Нали-чие кист	Наличие эозино-фильн. эпите-л
12	191	II2850	34	Нет	Нет	Интраканалику-лярн. фиброадено-ма	-		
13	192	3899	31	2	I	Аденофиброма	-	+	+
14	193	II2737	20	Нет	Нет	Кистоаденома	-	+	
15	194	II3485	35	Нет	Нет	Кистоаденома	-	+	
16	195	II2842	20	Нет	Нет	Периканаликулар-ная фиброаден.	-		
17	196	II2049	36	2	4	Периканаликул. фиброаденома	-	+	
18	197	5793	45	I	-	Альвеолярная фиброаденома	-	+	
19	198	10411	32	2	-	Альвеолярная фиброаденома	-		
20	199	II1205	31	I	2	Интерканаликул. фиброаденома	-		
21	200	II0194	39	I	3	Альвеолярная цистоаденома	-		+
22	201	II4744	39	Нет	Нет	Периканаликул. фиброаденома	+	+	
23	202	9894	38	I	-	Периканаликул. фиброаденома	-		
24	203	III1950	32	2	-	Периканаликул. альвеолярная фиброаденома	-		
25	204	III1615	35	4	I	Интраканаликул. фиброаденома	-		
26	205	5082	40	I	I	Интра и перика-наликул. фибро-аденома.	+	+	
27	206	II5688	35	I	I	Альвеолярная фиброаденома	-		

№№ по пор.	№№ случаев	№№ гистологич. исследований.	Возраст.	Колич. беременност.		Патолого-гистологический диагноз.	Отдельные морфологические данные		
				Ро-дов.	Абортов.		Наличие капсу.	Наличие кист	Наличие розинофильн. эпители.
28	207	II1634	32	Нет	Нет	Периканаликул. фиброаденома	+		
29	208	II1593	32	I	I	Миксо-фиброаденома	-	+	
30	209	II2212	40	Нет	Нет	Альвеолярная миксофиброаденома.	-		
31	210	II5258	21	Нет	Нет	Периканаликул. фиброаденома.	-		
32	211	II5856	34	2	2	Интраканаликул. фиброаденома	+	+	
33	212	II3797	32	Нет	Нет	Периканаликул. фиброаденома	-		
34	213	7532	40	2	-	Периканаликул. альвеолярная фиброаденома.	-	+	
35	214	II1913	33	Нет	Нет	Фиброаденома	+		
36	215	II5464	34	I	-	Периканаликул. фиброаденома	+		
37	216	II2198	32	2	-	Интра и периканаликул. фибромиксоаденома	-		
38	217	8430	21	Нет	Нет	Периканаликул. фиброаденома	-	+	
39	218	II1950	32	4	I	Интра и периканаликул. фиброаденома.	+		
40	219	I0796	28	2	2	Интра и периканаликулярная фиброаденома	+	+	+
41	220	9499	35	3	-	Периканаликул. фиброаденома	-		
42	221	8955	43	3	2	Фиброаденома	-	+	

№№ по пор.	№№ слу-чаев	№№ гисто-логич. иссле-дован.	Воз-ра-ст.	Кол-ч. бе-ременност.		Патолого-ги-стологический диагноз	Отдельные морфо-логические данные		
				Ро-дов	Абор-тов		Нали-чие кап-сулы	Нали-чие кист	Наличие эозино-фильн. эпителия
43	212	II2899	48	Нет	Нет	Интраканалику-лярная фиброад:	-	+	
44	223	II4263	38	2	I	Периканаликул. фиброаденома	+		
45	224	III793	49	Нет	Нет	Периканаликул. фиброаденома	-	+	
46	225	II5109	32	I	-	Адено-фиброма	-	+	+
47	226	II4868	52	7	-	Интраканаликул. фиброаденома	-		
48	227	III593	22	Нет	Нет	Интраканаликул. фиброаденома	-		
49	228	II3563	26	Нет	Нет	Интраканаликул. фиброаденома	-		
50	229	II0332	26	Нет	Нет	Интраканаликул. миксофиброаден.	+		
51	230	859I	27	4	-	Аденофиброма	-		
52	231	III65I	42	-	4	Интраканаликул. фиброаденома	-		
53	232	III824	29	I	-	Интра и перика-наликул. фиброад.	-	+	
54	233	III734	41	2	-	Периканаликул. фиброаденома	-		
55	234	III205	31	2	-	Интраканал. аль-веолярн. фибро-миксоаденома	-		
56	235	III266	35	I	-	Интраканаликул. фиброаденома	-		
57	236	8560	39	Нет	Нет	Интра и перика-никул. фиброаде-нома	-		
58	237	III19	48	2	5	Периканаликул. и альвеолярная фи-броаденома.	+	+	

№ по пор.	№ слу-чаев	№ гистологич. исследован-ний.	Возраст.	Колич. бе-ременност.		.Патолого-гисто-логический ди-агноз	Отдельные морфо-логические данные		
				Ро-дов	Абор-тов		Нали-чие кап-сулы	Нали-чие кист	Наличие эозиноф-лия.
59	238	II3805	37	6	-	Адено иброма	-		
60	239	II4530	39	3	4	Альвеолярная фи-броаденома			
61	240	II6056	28	I	-	Интра и перикан-налик. фиброаде-нома	-		
62	241	II6384	22	Нет	Нет	Кистаденома. Ме-стами периканал. фиброаденома	-	+	
63	242	II0509	37	3	2	Аденофиброма и периканаликул. фиброаде нома.	+		
64	243	I0798	20	Нет	Нет	Интра и перикан. фиброаденома	+		
65	244	2305	44	4	-	Альвеолярная фи-броаденома	-	+	+
66	245	3915	34	4	-	Периканаликул. фиброаденома	-		
67	246	8178	41	Нет	Нет	Альвеолярная фи-броаденома.	-		
68	247	II6887	36	4	-	Интра и перикан-аликул. фиброаде-нома.	-		
69	248	II7285	46	I	-	Интра и перикан-аликул. фиброаде-нома.	-	+	
70	249	II7290	29	I	-	Интра и периканал. фиброаденома	-		
71	250	II5383	32	Нет	Нет	Периканаликул. фиброаденома	+		
72	261	II6009	14	Нет	Нет	Интра и перикан. фиброаденома	-		
73	262	II2156	39	2	-	Интра и перикан. фиброаденома	-		

№№ по пор.	№№ слу-ча-ев	№№ гисто-логич. иссле-дова-ний.	Воз-ра-ст	Колич. бе-ременност.		Патолого-гисто-логический ди-агноз	Отдаленные морфо-логическ. данные		
				Ро-дов	Абор-тов.		Нали-чие кап-сулы	Нали-чие кист	Наличие зоинод-эпите-лия.
74	253	.	22	I	-	Лактирующая фиброаденома	+		
75	254	II6232	27	Нет	Нет	Фиброаденома	-		
76	255	II6507	54	2	2	Периканаликул. фиброаденома	+	+	
77	256	III450	38	I	-	Периканаликул. фиброаденома	+		
78	257	II0936	32	2	-	Пери, интракано-ликул., местами фиброаденома	-		
79	258	III220	32	I	-	Альвеолярн. ме-стами перикано-ликул. фиброаде-нома.	+	+	
80	259	III478	34	I	-	Аденофиброма	+	+	

Всего: 80 случ.

Имеется
отсутств.

25
55

26

6

Возраст женщин следующий:

10-20л. 20-30л. 30-40л. 40-50л. От 50л. Всего:

I 20 41 16 2 80

Из них: рожавших - 53

нерожавших- 27

Приведенная таблица № II интересна в том отношении, что она подтверждает вышевысказанное мнение о близости между фибрознокистозной мастопатией и отдельными формами фиброаденомы грудной железы. Как видно на таблице, капсула в фиброаде-

номах очень часто отсутствует, часто встречаются кисты в ткани фиброаденом, в отдельных случаях встречается эозинофильный эпителий.

Наш материал лишней раз подтверждает, что фиброаденома - болезнь молодого, во всяком случае доклимактерического возраста.

Что касается гистологических вариантов, то, как показано на отдельной таблице № 12, значительное большинство из них относится к типу фиброаденом со смешанной гистологической структурой.

При гистологическом исследовании фиброэпителиальных опухолей грудной железы мы встретили следующие гистологические варианты:

Т а б л и ц а № 12

1. Аденофибром	-	7
из них: лактирующих аденома-	I	
2. Фиброаденом	-	67
Из них: смешанных форм	-	27
периканаликулярных	-	16
интраканаликулярных-	I3	
чистофиброаденом	-	7
альвеолярных	-	4
3. Миксофиброаденом	-	6
Из них: интраканаликулярных	3	
периканаликулярных	2	
Смешанных	-	I

=====

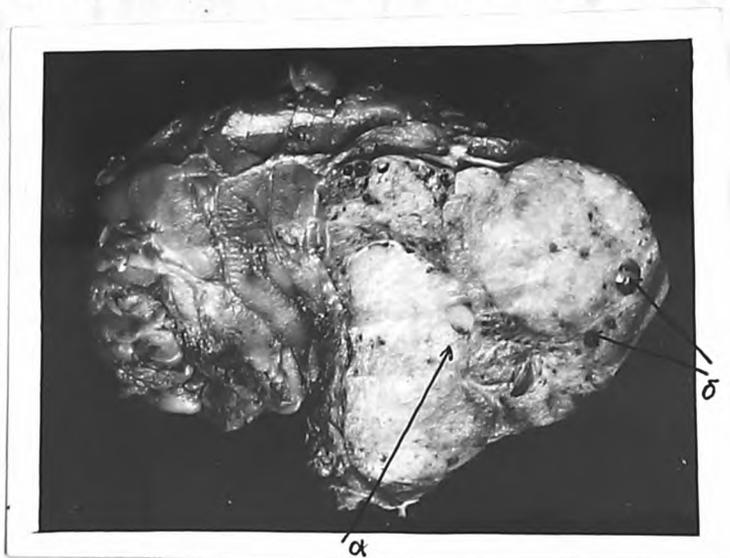
ВСЕГО: 80

Переходим к характеристике отдельных гистологических вариантов фиброаденом.

Нами изучено 80 оперативно удаленных фиброаденом, опухоли подвергались осмотру и гистологическому исследованию, для чего вырезались кусочки и после проводки их через спирты, заливались в целлоидин; гистологические препараты окрашивались: одни - гематоксилином, другие - по Van Gieson'у и третьи - по Weigert'у.

Аденофибромы.

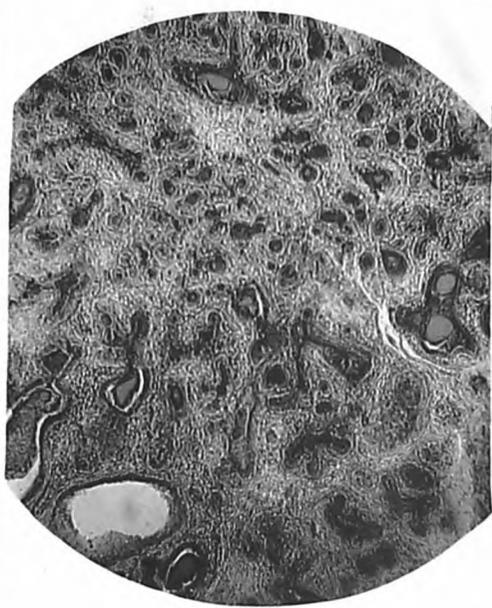
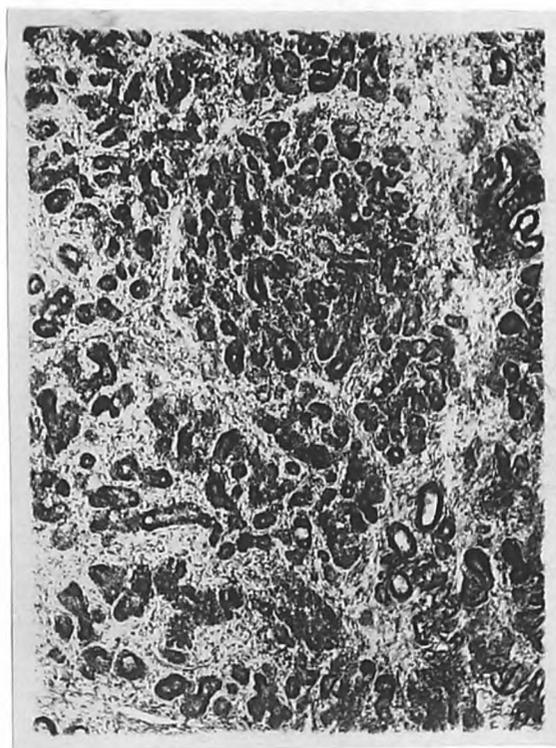
Эти опухоли были различной величины, от микроскопических, развившихся на месте одной железистой дольки, до куриного яйца и больше. На ощупь ткань опухолей мягковатой консистенции. На разрезе в четырех случаях из семи капсула отсутствовала, ткань их розового цвета, бархатистого вида, часто с мелкими кистами (см. фотоснимок № 159)



Фотоснимок № 159. Аденофиброма грудной железы. Опухоль лишена капсулы. Поверхность разреза бархатистая с единичными кистами.

а - фиброаденома; б - к и с т ы .

При гистологическом исследовании: опухоль состоит из множества железистых пузырьков и мелких железистых трубок, местами расположенных диффузно в скудной соединительной ткани, местами железистые пузырьки расположены дольками. Соединительная ткань в виде тонких прослоек, рыхлая с значительным количеством круглых клеток. Отдельные концевые пузырьки кистозно расширены (см. микрофотограммы № 161, 162)



Микрофотограмма № 161.

Аденофиброма грудной железы.

Гист.исслед. № 3899.

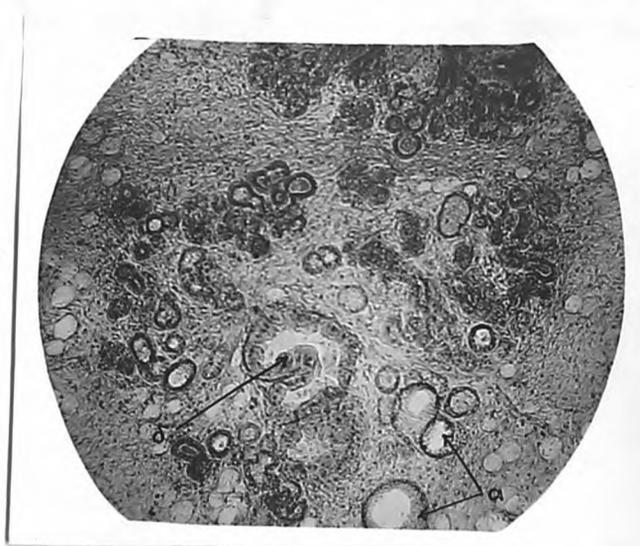
Микрофотограмма № 162.

Аденофиброма грудной железы с множественными кистозно расширенными железистыми пузырьками и трубками.

Гистол.исслед. № 113797.

В двух аденофибромах мы обнаружили появление эозинофильного эпителия, который выстилал полости мелких кист, расположенных среди кистозно-расширенных железистых пу-

зырьков (микрофотограмма № 163).



Микрофотограмма № 163.

Аденофиброма с кистозным расширением железистых пузырьков и кистами, выстланными эозинофильным эпителием.

а - кистозно-расширенные пузырьки
б - кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Гистол.исследова. № 115109.

Таким образом, аденофибромы на основании наших наблюдений были часто лишены капсулы и слабо ограничены от окружающей ткани. При гистологическом исследовании мы отмечали образование мелких кист в аденофибромах и появление эозинофильного эпителия.

Ф и б р о а д е н о м ы .

Фиброаденомы представляли опухоли различной величины, часто множественные, на ощупь плотные. На разрезе большей частью были лишены капсулы (51 из 73-х), имели зернистую или альвеолярную структуру, бледно-желтого цвета.

При гистологическом исследовании фиброаденом мы встретили различные гистологические варианты (последние приведе-

ны на таблице выше). Выделение гистологических вариантов было затруднительным, т.к. большинство фиброаденом имело смешанную гистологическую структуру.

Различные гистологические варианты фиброаденом с кистообразованием и появлением эозинофильного эпителия демонстрируются выше.

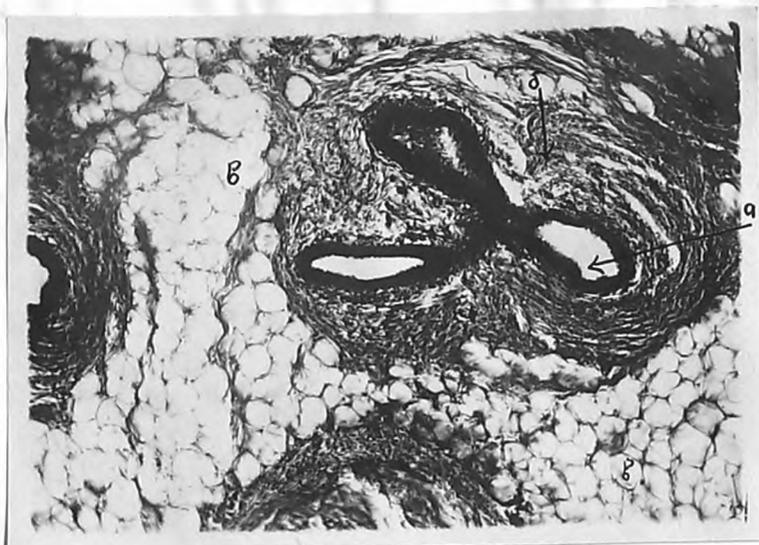
Периканаликулярная фиброаденома.

Это плотная опухоль различной величины, на разрезе часто лишена капсулы, грубо неравномерно зернистой структуры (См. фотоснимок № 164)



Фотоснимок № 164.
Макропрепарат периканаликулярной фиброаденомы.

При гистологическом исследовании обнаружено, что вокруг железистых трубок, иногда одиночных или расположенных группами, развивается фиброзная ткань, образующая муфты. Между отдельными железистыми трубками с муфтообразным развитием фиброзной ткани часто откладывается жир (см. микрофотограмму № 165).

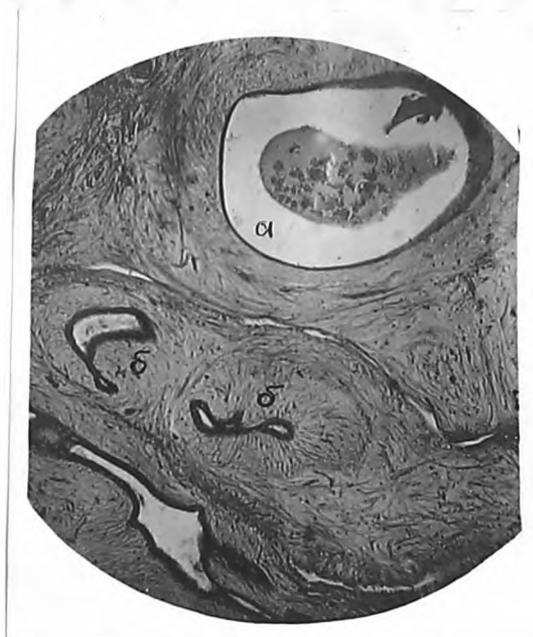


Микрофотограмма № 165.
Периканаликулярная фиброаденома
а - железистые трубки
б - муфтаобразное развитие фиброзной ткани.
в - жир.
Гистол. исследований. № II4744.

В отдельных случаях мы наблюдали кистозное расширение железистых трубок периканаликулярных фиброаденом. (см. микрофотограмму № 166).

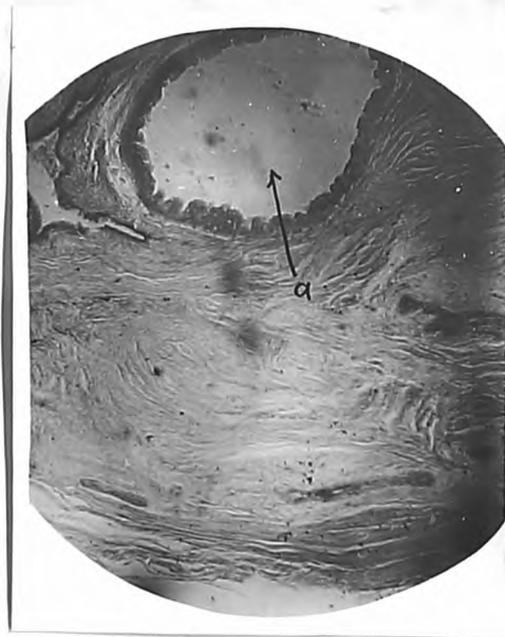
В других случаях в массе периканаликулярных фиброаденом мы находили кисты, выстланные эозинофильным эпителием (см. микрофотограмму № 167).

см. н/сл. стр.



Микрофотограмма № 166

Периканаликулярная фиброаденома с кистозно расширенными железистыми трубками
а - кистозно расширенные железистые трубки
б - муфтаобразное развитие фиброзной ткани.
Гистол.исследов. № III793



Микрофотограмма № 167.

Киста, выстланная эозинофильным эпителием, в массе периканаликулярной фиброаденомы.
а - киста, выстланная эозинофильным эпителием.
Гистол.исследов. № I0796.

Интраканаликулярная фиброаденома.

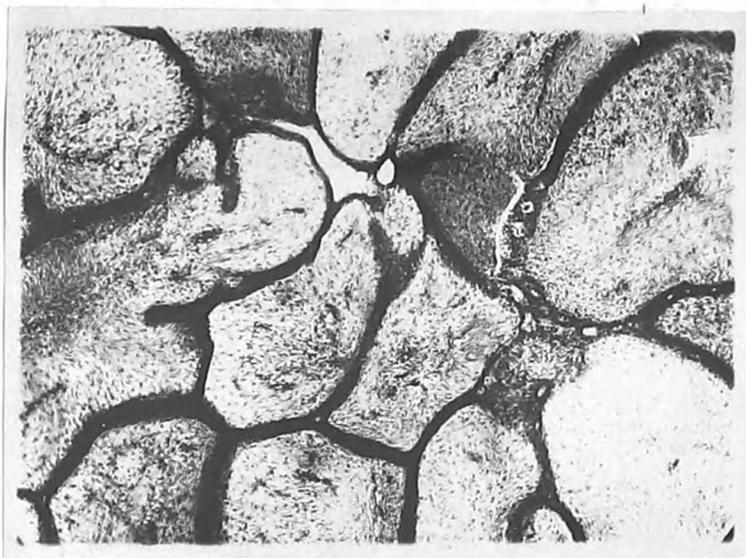
Это плотные опухоли различной величины на разрезе, часто лишенные капсулы, дольчатой или зернистой структуры, иногда с единичными кистами (см. фотоснимок № 168.)



Фотоснимок № 168.

Макропрепарат интраканаликулярной фибroadеномы.

При гистологическом исследовании обнаружено: множество железистых трубок с щелевидными сдавленными просветами, выстланными мелким уплощенным эпителием; субэпителиальная соединительная ткань в виде отдельных узлов врастает в просветы железистых трубок (см. микрофотограмму № 169).



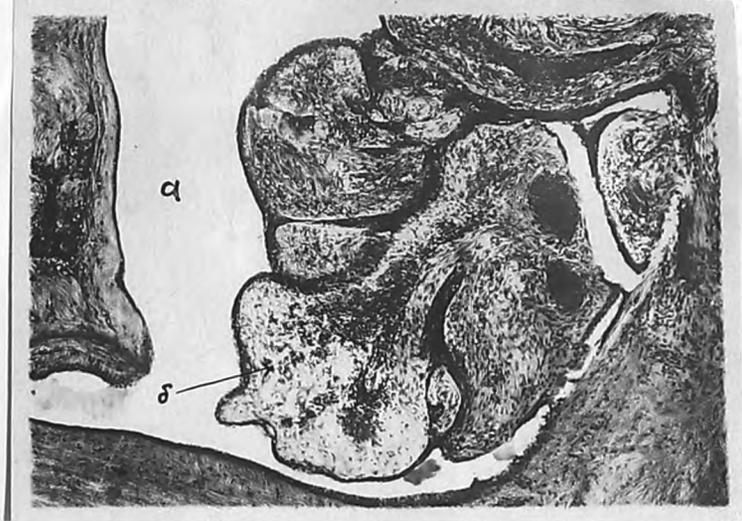
Интраканаликулярная фибroadенома.

а-сдавленные железистые просветы, выстланные уплощенным мелким эпителием.

б-узелковое врастание соединительной ткани в просветы железистых трубок.

Микрофотограмма № 169.
Гистол.исслед. № II2899.

В ряде случаев, наряду с сосочковым врастанием соединительной ткани в просветы железистых трубок мы находили кистозное расширение последних (см. микрофотограмму № 170).



Микрофотограмма № 170.
Интраканаликулярная фиброаденома с кистозно-расширенными просветами.

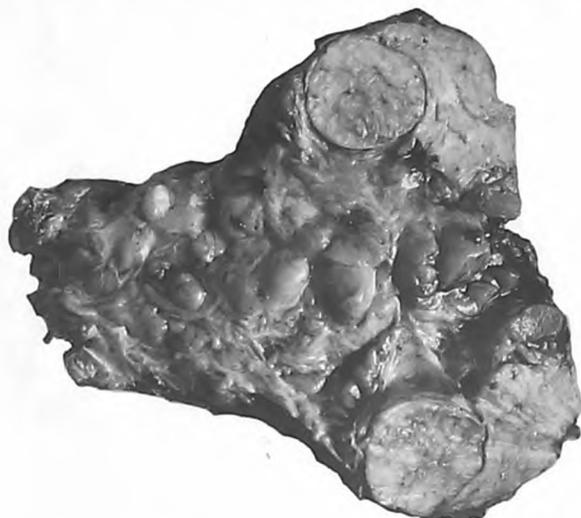
а - к и с т а

б - сосочковые разрастания соединительной ткани.

Гистол.исследов. № II5856.

Альвеолярная фиброаденома

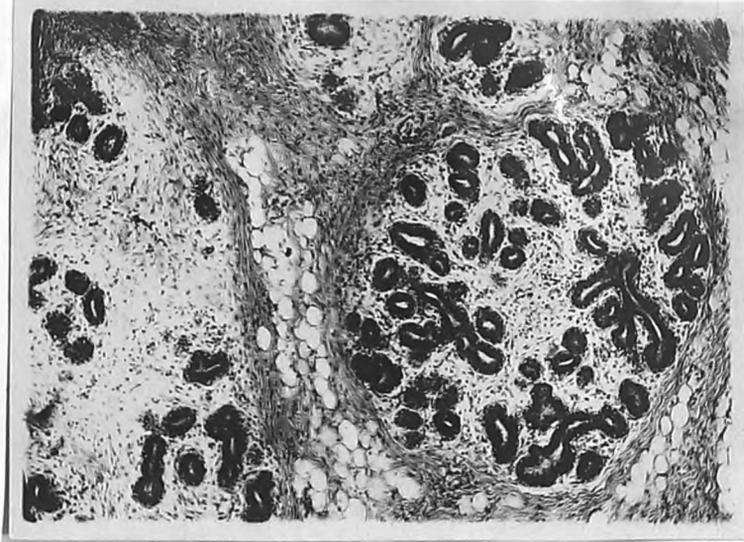
Плотные опухоли различной величины, на разрезе часто лишённые капсулы, альвеолярной структуры.



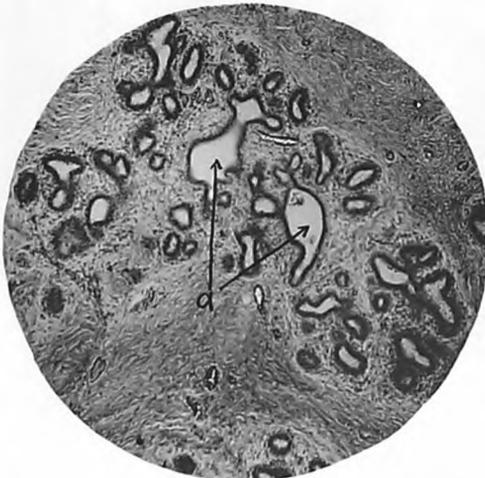
Фотоснимок
№ 171

макропрепарат
альвеолярной
фиброаденомы.

При гистологическом исследовании: опухоль состояла из гиперплазированных железистых долек с значительным развитием рыхлой соединительной ткани внутри и вокруг железистых долек.



Микрофотограмма № 172
Альвеолярная фиброаденома
Гистол.исслед. № 10411.



В отдельных случаях в альвеолярных фиброаденомах мы находили кистозное расширение железистых пузырьков. (см. микрофотограмму № 173)

Микрофотограмма № 173.
Альвеолярная фиброаденома с кистозным расширением железистых пузырьков.
а - кистозно расширенные железистые пузырьки с белковым содержанием.
(Гистол.исследов. № 8148.

В 2-х альвеолярных фиброаденомах мы обнаружили появление эозинофильного эпителия.



Микрофотограмма № 174.
Аденоматозный узел из эозинофильного эпителия
в массе альвеолярной фиброаденомы.

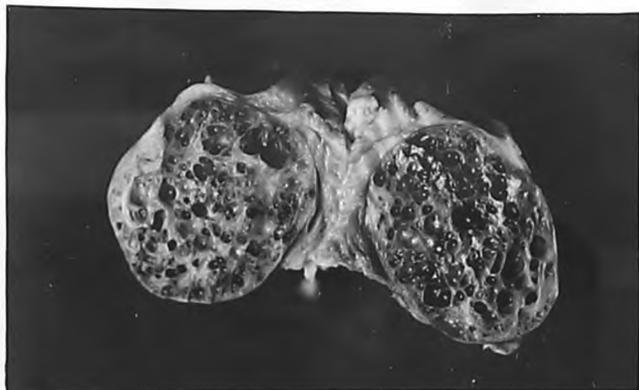
а- аденоматозный узел из клеток эозинофиль-
ного эпителия.

б- альвеолярная фиброаденома.

Гистол.исслед. № 7350.

К и с т о ф и б р о а д е н о м а .

Эти опухоли, различной величины, туго эластической консистенции, часто лишены капсулы, поверхность их с множественными кистами. На разрезе кисты наполнены прозрачной бледно-желтой жидкостью (см. фотоснимок № 175)



Фотоснимок № 175.

Макропрепарат кистофиброаденомы.

При гистологическом исследовании кусочка кистофиброаденомы (гист.исслед. № 112737) обнаружено: опухоль имеет хорошо выраженную капсулу, в ткани множественные кисты различной величины и формы, выстланные уплощенным эпителием, в просветах крупных кист содержится белковая жидкость.



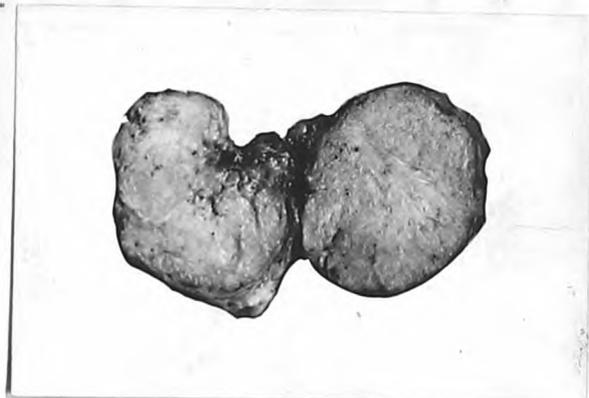
Микрофотограмма № 176. (лупное увелич.)

Кистофиброаденома.

- а - фиброзная капсула
 - б - множественные кисты
 - в - прослойки фиброзной ткани
- Гистол.исслед. № 112737.

Фиброаденома со смешанной гистологической
структурой.

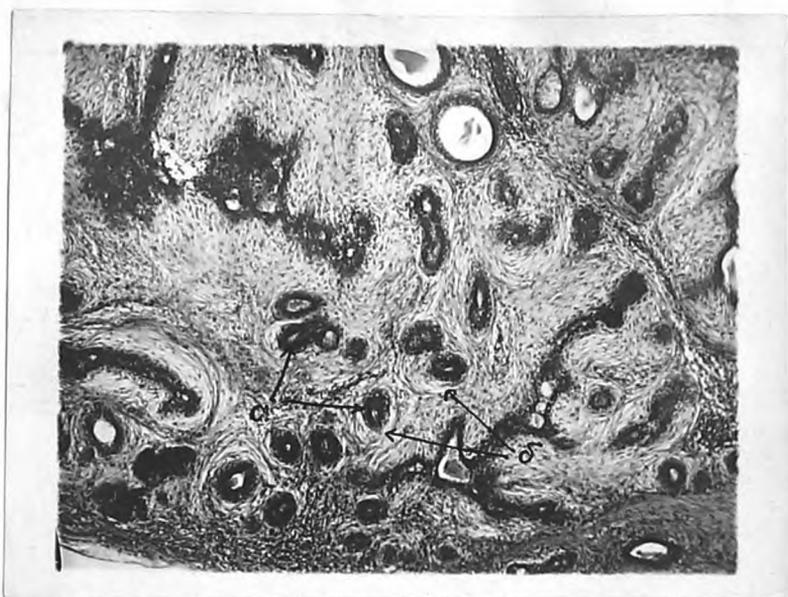
Большинство исследуемых нами опухолей имело смешанную гистологическую структуру. При осмотре макропрепаратов этих фиброаденом мы отмечали на поверхности разреза чередование зернистости с мелкими кистами (см. макропрепарат № 177).



Фотоснимок № 177

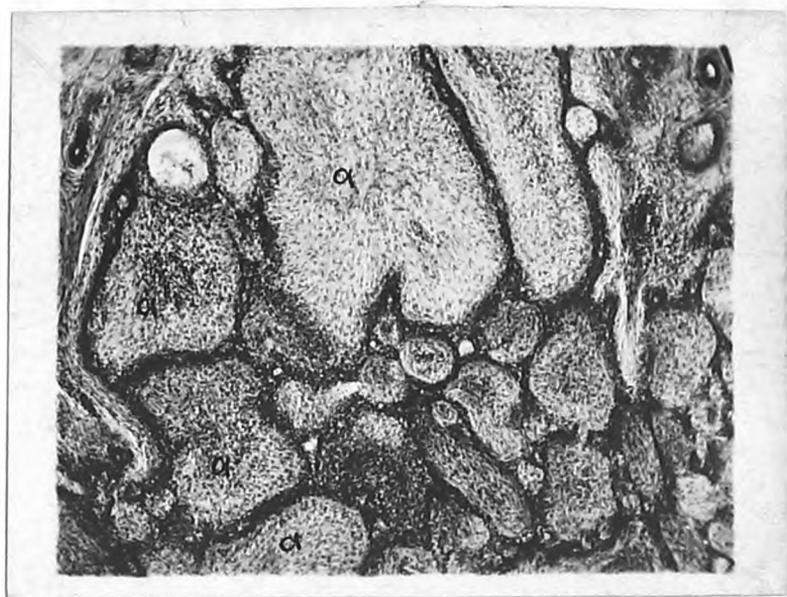
Макропрепарат фиброаденомы со смешанной гистологической структурой.

При гистологическом исследовании обнаружены в одном препарате в различных полях зрения различные гистологические структуры: периканаликулярная, интраканаликулярная и кистофиброаденома (см. микрофотограммы №№ 178, 179, 180).



Микрофотограмма № 178.
Периканаликулярная фибroadенома
а - железистые трубки
б - муфтообразное развитие фиброзной
ткани вокруг железистых трубок.
Гистол.исслед. № 9905)

В соседнем поле зрения.



Микрофотограмма № 179.
Интраканаликулярная фибroadенома
а - подушкообразное разрастание соеди-
нительной ткани в просветах желези-
стных трубок.
Гистол.исследов. № 9905.



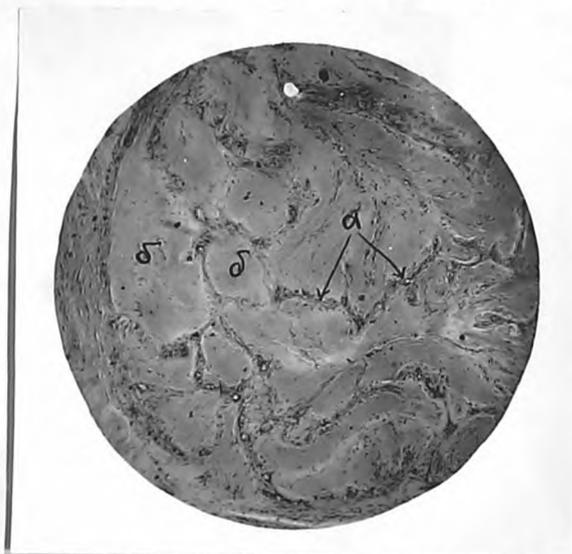
Микрофотограмма № 180.
Кистофиброаденома
Гистол.исслед. № 9905

Таким образом, фиброаденомы были часто лишены капсулы и слабо отграничены от окружающей ткани. При гистологическом исследовании оказалось, что при всех гистологических структурах, в них часто происходил процесс кистообразования; степень его различна: в одних случаях кисты были единичными и мелкими, в других, как например, при кистофиброаденомах, кист было много, и они достигали больших размеров. В отдельных случаях в фиброаденомах наблюдалось появление эозинофильного эпителия, который выстилал кисты и образовывал аденоматозные узлы.

Наши наблюдения показывают, что фиброаденомы в течение многих лет оставались без изменений или же они претерпевали различные изменения как доброкачественного, так и злокачественного характера.

В благоприятных случаях в результате „удушающего“ ро-

ста соединительной ткани эпителий атрофировался и исчезал, исчезала и вся железистая структура опухоли, при этом соединительная ткань гиалинизировалась, в участки гиалиноза откладывались соли кальция, что вело к обызвествлению фиброаденом (см. микрофотограмму № 181).



Микрофотограмма № 181.
Атрофия железистой структуры фиброаденом, в результате удушющего роста соединительной ткани.
а - атрофический эпителий
б - гиалинизированная соединительная ткань.
Гистол.исследов. № 112899.

В неблагоприятных случаях на почве фиброаденом развивались злокачественные опухоли: 1) саркома или 2) рак.

Саркома грудной железы, развившаяся на почве фиброаденом.

Саркома грудной железы нередко возникает из фиброаденом.

По Farland "у в 23% случаев

по Yrnes "у в 33% -"

Woodgoose считает, что почти все саркомы груд-

ной железы развиваются из миксоаденомы.

Мы имели три случая саркомы грудной железы, причем в одном нам удалось установить ее происхождение из фиброаденомы.

Случай № 260. Больная 38 лет., по профессии сторож, заболела год назад, когда впервые заметила затверждение в левой грудной железе, которое постепенно увеличивалось, кожа над опухолью прорвалась, и в месте разрыва стала разрастаться ткань, напоминающая рыбье мясо. Больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института, где диагностирована саркома левой грудной железы и произведена операция радикальной мастэктомии.

Описание макропрепарата: левая грудная железа занята



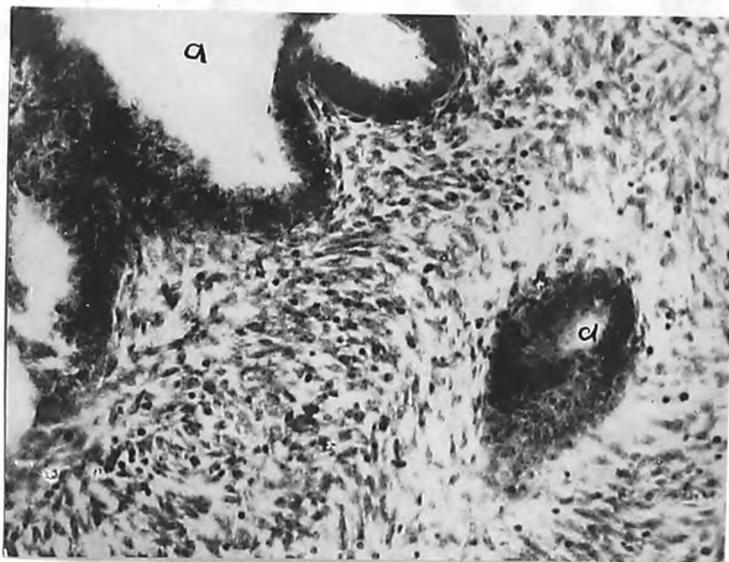
Фотоснимок № 182

Макропрепарат саркомы грудной железы.

массивной, огромной крупноузловатой опухолью, неоднородной консистенции, некоторые узлы сочные, красного цвета с зловонным гнойным отделяемым на поверхности прорастают кожу и гроздевидно свисают на живот больной. Сосок втянут. Регионарные лимфатические узлы мягкие, маленькие. (см. мифотоснимок № 182).

При гистологическом исследовании опухоли обнаружено: веретенноклеточная

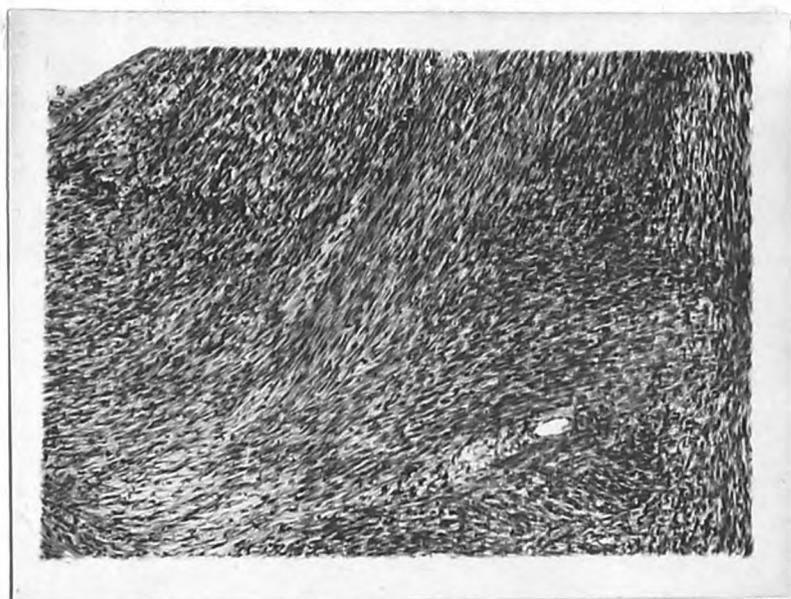
саркома, развившаяся на почве фиброаденомы грудной железы (см. микрофотограммы № 183 и 184). Кусочки взяты из различных отделов опухоли.



Микрофотограмма № 183.

Фиброаденома

- а - железистые полости
б - соединительная ткань, богатая клетками. Гистол.иссл. № 9845.



Микрофотограмма № 184

Веретеноклеточная саркома грудной железы.

Гистол.исследов. № 9845.

Описанный нами случай, нам кажется, достаточно убедительным. Он лишний раз показывает, что на почве фиброаденомы может возникнуть саркома, но почему в одних случаях развивается саркома, в других - рак, а в третьих в течение многих лет опухоль не изменяется - мы не знаем.

Фиброаденомы и рак грудной железы.

Существуют различные мнения о возможности развития рака на почве фиброаденомы. В основном авторы отмечают единичные случаи.

Т а б л и ц а № 12.

Harrington Miller.	-	15 случаев
Заблудовский	-	10 -"
Landa	-	4 -"
Gesehickter	-	3 -"

Wogenauer в течение 19 лет наблюдал за больными фиброаденомой грудной железы с целью выявить развитие рака, но ни разу не видел развитие рака на почве фиброаденомы.

Bloodgood наблюдал 400 инкапсульных фиброаденом, но ни в одном случае рак не развился на их почве.

Развитие рака на почве фиброаденомы является редкостью. Для доказательства развития рака на почве фиброаденомы необходимо удалять очень ранние раки, когда еще сохранена структура фиброаденомы.

Мы наблюдали два случая возникновения рака на почве фиброаденомы.

Случай 261. Б-ная 35л. В сентябре 1940г. заметила опухоль в левой грудной железе размерами с горошину. Ле-

чилась теплом и синим светом, но опухоль не исчезала. За последнее время опухоль стала увеличиваться.

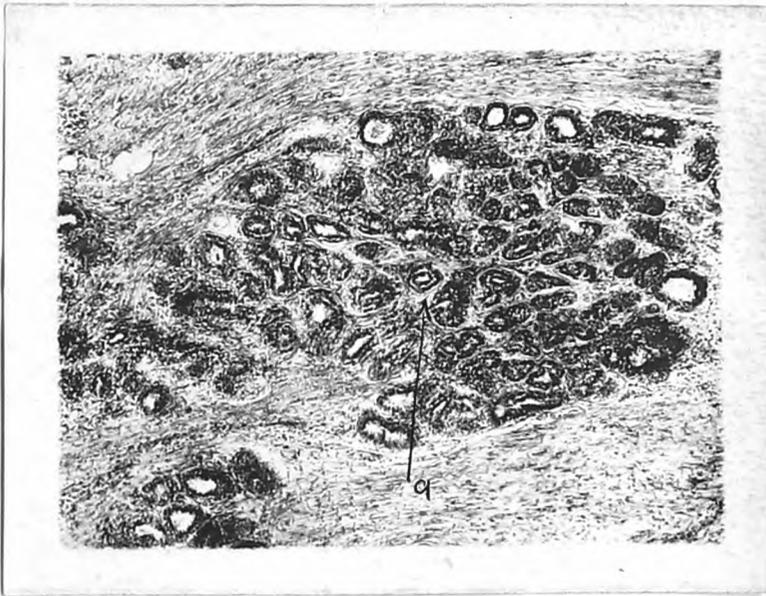
5.IV-1941г. больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института. В клинике после срочной биопсии 7.IV-41г. обнаружен рак, и произведена операция радикальной мастэктомии.

Описание макропрепарата: в верхне-внутреннем квадранте левой грудной железы - плотная с четкими контурами, круглая опухоль величиной с лесной орех, неспаивая с подлежащими тканями. Левые подмышечные и лимфатические узлы мягкие. На разрезе опухоли видна слабо выраженная капсула. Ткань по периферии опухоли сочная, выбухающая, с зернистым рисунком серо-розового цвета, в центре опухоли ткань плотная белого цвета в виде втянутого лучистого рубца (см. фотоснимок № 185).



Фотоснимок № 185.
Макропрепарат рака, развившегося
в центре фибroadеномы.
а - рак
б - сохранившаяся ткань фибро-
аденомы.

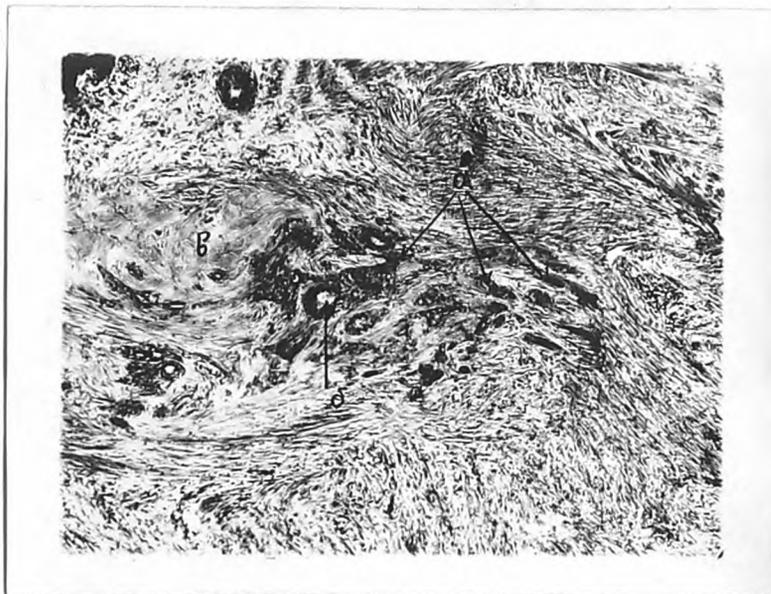
При гистологическом исследовании (№ 10905) обнаружен *Scirrhus* в центре фиброаденомы. В периферическом отделе опухоли сохранилась структура фиброаденомы с множественными гиперплазированными железистыми дольками. Железистые дольки содержат от 60-70 железистых пузырьков. Эпителий пузырьков сочный однорядный, везде одинаковый *m.embryon. р.с.а.с.а.* везде хорошо видна. Внутридольковая соединительная ткань богата клетками, располагается вокруг концевых пузырьков правильными кругами (см. микрофотограмму № 186).



Микрофотограмма № 186.
Альвеолярная фиброаденома.
а - гиперплазированная железистая
долька.
Гистол.исслед. № 10905

На этом же препарате в поле зрения, расположенном ближе к центру, видны деформированные железистые дольки; количество железистых пузырьков в них значительно уменьшено (до 30); просветы их сдавлены, на месте некоторых

сохранились лишь тяжи и группы атипичных эпителиальных клеток, расположенных среди беспорядочно растущей фиброзной ткани - начальный рак, скирр (см. микрофотограмму № 187).



Микрофотограмма № 187.
Начальный рак-скирр, развившийся на месте железистой дольки в массе альвеолярной фибroadеномы.
а - тяжи и группы раковых клеток
б - сохранившиеся железистые пузырьки долек.
в - гиалинизированная внутридольковая соединительная ткань
Гистол.исслед. № 10905.

В центре фибroadеномы обнаружен рак (см. микрофотограмму № 188).



Микрофотограмма № 188.
Scirrhus, развившийся на месте железистой дольки в центре альвеолярной фибroadеномы.
Гистол.исслед. № 10905).

В данном случае мы имеем право говорить, не о сочетании фибroadеномы и рака, а о превращении элементов фибroadеномы в рак. На серии препаратов показаны все переходы фибroadеномы с совершенно спокойной гистологической структурой к фибroadеноме с атипичными, деформированными железистыми элементами и, наконец, к раку. Замечательно, что последний развился не по периферии, а в центре фибroadеномы. Как и при фиброзно-кистозной мастопатии, в развитии рака принимали участие не только эпителий, но и соединительная ткань.

Так как фибroadеномы встречаются почти всегда у сравнительно молодых женщин, то и рак, развившийся на ее почве обнаружен у женщины в возрасте 35 лет.

Случай 262. Б-ная 24л. 9 месяцев назад у больной появились колющие боли в правой грудной железе, но больная

им не придавала значения, хотя сама прощупывала в грудной железе плотную опухоль. 15.IX-1939г. больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института, где был диагностирован рак и произведена операция радикальной мастэктомии.

Описание макропрепарата: в центральном отделе грудной железы под кожей имеется плотная слегка бугристая опухоль, величиной с куриное яйцо. На разрезе опухоль неоднородна, по периферии ткань ее плотная зернистого вида, белого цвета, в центре опухоли ткань однородная с очагами некроза и кровоизлияний (см. фотоснимок № 189.).



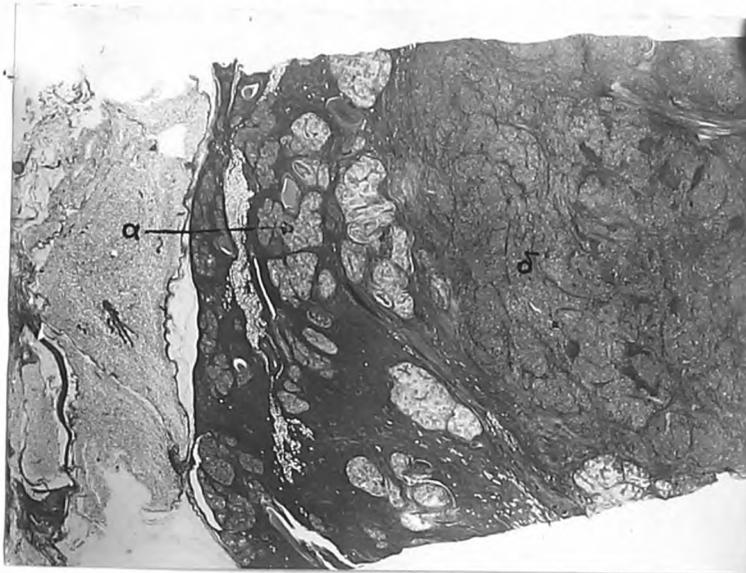
Фотоснимок № 189.
Макропрепарат рака, развившегося в
центре фиброаденомы грудной железы.
а - фиброаденома
б - рак в центре фиброаденомы.

Гистологическое исследование № 8553.

Патологогистологический диагноз: альвеолярный рак,
развившийся в центре альвеолярной фиброаденомы.

При гистологическом исследовании обнаружена альвео-

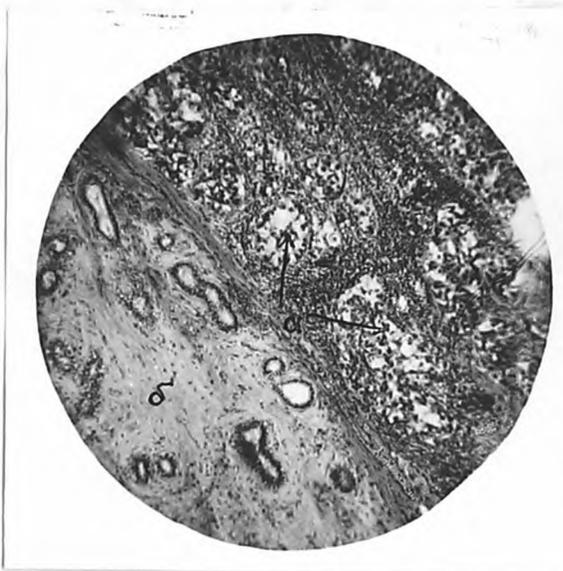
лярная фиброаденома без капсулы, ткань фиброаденомы состо-



ит из гиперплази-
рованных желези-
стых долек, окру-
женных фиброзной
тканью. В центре
фиброаденомы аль-
веолярный рак, ра-
ковые клетки ле-
жат одна возле
другой, образуя
альвеолы и тем

Микрофотограмма № 190. (дуп.увел.)
Альвеолярный рак, развившийся в
центре фиброаденомы.
а - альвеолярная фиброаденома
б - альвеолярный рак.
Гистол.исслед. № 8553.

самым повторяя
структуру фибро-
аденомы. (Микро-
фотограммы №№ 190
191).



Микрофотограмма № 191 (тот же препарат).
Альвеолярный рак, развившийся в центре фибро-
аденомы.
а- альвеолярный рак,
б- альвеолярная фиброаденома.
Гистол.исследов. № 8553.

У больной 24л., как и у предыдущей, рак развился в центре альвеолярной фиброаденомы.

З а к л ю ч е н и е .

В этой главе мы выделили ряд морфологических вариантов фиброаденом, указывали и показывали на микрофотограммах, что границы между этими вариантами не всегда бывает четкими. Мы часто встречали смешанные формы.

Как и фиброзно-кистозные мастопатии фиброаденомы претерпевают различные изменения. Иногда происходит "удушение" эпителия разрастающейся соединительной тканью, иногда на почве фиброаденом развивается злокачественная опухоль - саркома и рак. Мы наблюдали два случая рака, возникшего в центре фиброаденом; в этих случаях речь шла не о случайных сочетаниях рака с фиброаденомой, а об истинном превращении последних в рак.

Процент перехода фиброаденом в рак не является значительным (мы имели два случая на 360 раков грудной железы), что, по видимому, объясняется, с одной стороны, возрастом больных, с другой - мы вполне солидарны с Bloodgood'ом, который связывает это с малым количеством больных начальным раком, когда еще сохранились элементы фиброаденомы.

В ряде случаев изученных нами фиброаденом, как вам кажется, мы могли привести довольно убедительные дан-

ные в пользу близости фиброаденом и фиброзно-кистозной мастопатии, что показано в схеме № 13.

С х е м а № 13

иллюстрирующая близость этиопатогенеза и гистогенеза фиброзно-кистозной мастопатии и фиброаденомы.

|||-----

Основной момент	Фиброзно-кистозная мастопатия.	Фиброаденома
Этиопатогенез	Дисгормональные расстройства яичников.	В ряде случаев гормональное происхождение фиброаденом можно считать доказанным (лактатирующие фиброаденомы)
Гистогенез	Начало процесса связано с долькой желез и выражается в пролиферации эпителия и соединительной ткани.	Т о ж е

||||-----

Морфологические структуры фиброзно-кистозной мастопатии и фиброаденомы своеобразны для каждого из этих процессов, однако мы наблюдали появление основных морфологических признаков фиброзно-кистозной мастопатии (образование кист и появление эозинофильного эпителия) в некоторых фиброаденомах грудной железы.

Имеются некоторые основания согласиться с мнением

авторов, рассматривающих фиброаденому, как узловатую форму дисгормональной гиперплазии.

Не правильнее ли будет термин фиброаденома заменить термином фиброаденоз?

Естественно, дальнейшее гистологическое и экспериментальное изучение фиброаденом может внести в этот вопрос большую ясность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

В заключении мы прежде всего постараемся дать ответ на следующие вопросы: 1) выполнили ли мы поставленные нами перед собой задачи, изложенные во вступлении, 2) какое теоретическое и практическое значение может иметь наша работа, 3) какие веки она может дать для направления работы будущих исследователей.

Отвечая на первый вопрос, мы должны коротко остановиться на тех основных положениях, которые освещены в работе.

I-я глава нашей работы посвящена изучению возрастных, анатомо-гистологических особенностей грудной железы.

Изучая анатомо-гистологические особенности грудной железы, мы подтвердили наличие тех разнообразных изменений в структуре грудной железы в различные возрастные и функциональные периоды жизни женщины, которые детально описаны Корницкии, Кадкиным, Кушталовым, *Rosenberg'om*, *Karpenfer'om*, *Eggeling'om*.

Изучая грудные железы нерожавших и рожавших женщин, мы убедились, что они имеют различную гистологическую структуру.

Мы уделили особое внимание возрастным изменениям соединительной ткани грудных желез.

На основании изложенного в I-й главе о состоянии соединительной ткани в различные возрастные и функциональные периоды грудной железы, мы можем сказать, что местная соединительная ткань, - строма грудной железы - не яв-

ляется только механической опорой железистой паренхимы, она, также как и последняя, подвержена возрастным и функциональным изменениям, достигая наибольшей зрелости в годы активной деятельности грудной железы атрофируется и исчезает или подвергается глубокой дегенерации в период угасания функции желез.

Таким образом, о грудной железе мы можем сказать словами *Mariotta* "Грудная железа подобно эндометрию подвержена изменениям - гиперплазии и инволюции от рождения и до старости".

Полученное нами представление об анатомо-гистологических особенностях грудной железы позволило нам оценивать разнообразие морфологические варианты фиброзно-кистозной мастопатии.

В главах II и III, посвященных основному вопросу нашей теме - фиброзно-кистозной мастопатии и ее отношению к раку, мы, как нам кажется, выполнили поставленные перед собой задачи, изложенные в вступлении. Приводим краткие выводы из глав:

1. Термин - "Фиброзно-кистозная мастопатия" мы считаем наиболее правильным, он лучше всех прочих отображает морфологическую сущность процесса, выражающуюся в образовании кист и развитии соединительной ткани.

2. Придерживаясь гормональной теории происхождения фиброзно-кистозной мастопатии, мы, как и ряд других авторов, относим ее к диффузным дисгормональным гиперплазиям.

3. Изучая патологическую анатомию фиброзно-кистозной мастопатии, мы выделили 3 ее варианта, положив в осно-

ву такого деления степень пролиферации эпителия. Такой критерий для нашей темы особо важен, ибо чем более выражена пролиферация эпителия, тем процесс ближе к раку.

4. Мы наблюдали развитие рака из любого варианта пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии, как из внутрикистозных аденом, аденоматозных узлов, папиллярных аденом протоков и даже из эозинофильного эпителия, это дает нам право считать пролиферирующую форму фиброзно-кистозной мастопатии предраковым состоянием грудной железы.

5. Как показали наши наблюдения, на почве пролиферирующей фиброзно-кистозной мастопатии может развиваться рак с различной гистологической структурой, однако следует отметить, что наиболее частой гистологической формой в этих случаях была *субаденокарцинома склеротич.*

6. Количество случаев рака, развившегося на почве фиброзно-кистозной мастопатии на нашем материале сравнительно невелико. Это объясняется двумя причинами. Во-первых, мы привели только те случаи, где гистологически был доказан переход фиброзно-кистозной мастопатии в рак. Во-вторых, мы имели мало начальных форм рака грудной железы, когда этот переход еще можно установить. Мы не сомневаемся, что число явных случаев перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак будет расти параллельно усовершенствованию ранней диагностики рака грудной железы.

Как нам кажется, наша работа имеет практическое значение. Она показывает, какие гистологические варианты фи-

брозно-кистозной мастопатии можно отнести к предраковым состояниям грудной железы. Она облегчает положение рентгенолога, дающего интерпретацию маммограммы, патологоанатома при трактовке биопсии, и, наконец, хирурга в выборе метода хирургического лечения.

Наша работа дает некоторые вехи для направления работ будущих исследователей.

Остановимся на вопросах, представляющих большой интерес и требующих дальнейшего изучения.

I. Изучая соединительную ткань в нормальной грудной железе, в грудной железе при фиброзно-кистозной мастопатии и в раковой опухоли мы установили, что она подвергается как прогрессивным, так и регрессивным изменениям. В нормальной грудной железе эти изменения вполне закономерны и сочетаются с возрастными и функциональными изменениями организма в целом, тогда как при патологических процессах состояние и поведение соединительной ткани чрезвычайно разнообразно. При фиброзно-кистозной мастопатии мы отмечали как регрессивные моменты (фрагментацию эластических волокон, появление "плешей" - участков выпадения в местах лимфоидных инфильтратов, так и прогрессивные моменты (эластоз, появление большого количества аргентофильных волокон вокруг протоков и особенно в дольках). Местная соединительная ткань изменяется в процессе перехода фиброзно-кистозной мастопатии в рак - увеличивается количество аргентофильных волокон.

Состояние местной соединительной ткани в раковой опухоли различно в зависимости от вида этой ткани и от гистологической формы рака.

Наши исследования должны быть продолжены в направлении изучения гистогенеза рака вообще и рака грудной железы в частности.

Одновременно с выяснением роли соединительной ткани должны измениться взгляды на профилактику и лечение рака грудной железы.

2. Изучая фиброзно-кистозную мастопатию и фиброаденомы грудной железы, нам удалось отметить близость этих процессов, мы пока еще не говорим о их однородности.

Нами отмечено частое присутствие структур фиброаденом и аденом среди массивов фиброзно-кистозной мастопатии и основные гистологические элементы фиброзно-кистозной мастопатии (кистообразование и появление эозинофильного эпителия) в фиброаденомах грудной железы.

Впервые в русскоязычной литературе нам удалось изучить "лактлирующие фиброаденомы". Такие фиброаденомы во время беременности и лактации также, как и сама грудная железа, вырабатывали молоко. Этот феномен говорит против опухолевой природы фиброаденом и указывает на зависимость фиброаденом от гормональных влияний. Присоединяясь к мнению *Seitz'a* (1940 г.), Мошкевича (1927 г.), Глазунова (1938 г.), мы рассматриваем фиброаденому грудной железы как узловатую форму дисгормональной гиперплазии, но этим мы не отрицаем существования истинных

фиброаденом²-опухолей.

Только дальнейшее гистологическое и экспериментальное их изучение должно вести в этот вопрос ясность.

--oo000oo--

В заключение выношу глубокую благодарность заведующему кафедрой факультетской хирургии Свердловского Государственного Медицинского Института, профессору, доктору медицинских наук Р А Т Н Е Р ЛЬВУ МОИСЕВИЧУ за предложенную мне тему и постоянное, заражающее энтузиазмом к работе, его руководство.

Выношу благодарность зав. кафедрой патологической анатомии Свердловского Государственного Медицинского Института, профессору, доктору медицинских наук - Н О Д О В У АГРАМУ ИОСИФОВИЧУ за представленные условия и помощь в работе.

Выношу благодарность Начальнику Мед. Управления Уральского Военного Округа, полковнику медицинской службы - ЛАЗАРЕВУ Михаилу Григорьевичу за содействие в выполнении работы.

КРАТКИЕ ПРОТОКОЛЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПО ВОЗРАСТУ .

I-я группа. (Дреmlющий период)

Грудные железы девочек в возрасте от Iг. до I5лет.

Случай № 1. Б-ная Iг.3м. поступила в I-ую городскую больницу 2I.XI-40г. по поводу дифтерии зева и гортани.

Умерла 28.XI-40г. Протокол вскрытия № I64/I228.

Патологогистологический диагноз: дифтерия зева и гортани, правосторонняя бронхопневмония.

В области грудных желез имеются хорошо выраженные пигментированные кружки с маленькими сосками, кожа в этой области слегка приподнята и под ней лежит соединительная ткань с разветвляющимися канальцами.

Гистологическое исследование № I0286.

Кусочек ткани взят сразу под соском. Среди подкожной жировой клетчатки обнаружен участок рыхлой богатой клетками соединительной ткани с нежными коллагеновыми волокнами, в этой ткани проходят и ветвятся протоки. Протоки расширены, в них содержится белковая жидкость. Эпителий, покрывающий протоки, сочный, цилиндрический, однослойный. Перидуктальная соединительная ткань отсутствует.

Случай № 2. Б-ная Iг.9м. Поступила в I-ую городскую больницу по поводу дифтерии зева и гортани. Умерла I5.VI-40г. Протокол вскрытия № 984/2868.

Патологогистологический диагноз: дифтерия зева и гортани. Двусторонняя мелкоочаговая бронхопневмония. Мутное набу-

хание миокарда, печени и почек.

Грудные железы не развиты. В области их кожа слегка приподнята и имеются околососковые кружки с маленькими сосками. Под кожей, в этом участке имеется чуть заметное развитие белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № 9140.

Среди жировой клетчатки участок, богатый клетками соединительной ткани с нежными коллагеновыми волокнами, среди которой встречаются слегка расширенные единичные протоки, расположенные по 2-3, протоки выстланы высоким сочным цилиндрическим эпителием. В просветах протоков содержится белковая жидкость. Перидуктальная соединительная ткань не выражена.

Случай № 3. Б-ная 5 лет. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 10.V-40г. по поводу опухоли глазницы. Умерла 20.V-40г. Смерть на операционном столе. Протокол вскрытия № 85/II49.

Патологоанатомический диагноз: саркома правой орбиты.

На месте грудных желез небольшие возвышения конической формы с маленькими сосками и выраженными околососковыми кружками. Взят кусочек ткани сразу под соском.

Гистологическое исследование № 9718.

Среди подкожной жировой клетчатки участок сочной хорошо развитой коллагеновой ткани, в которой проходят мало разветвленные протоки, выстланные сочным цилиндрическим эпителием с выраженными просветами. Вокруг протоков тонкая прослойка богатой клетками рыхлой соединительной ткани - перидуктальная ткань.

Случай № 4. Б-ная 4л. Поступила в нервную клинику Физioterapeutического Института 26.И-40г. по поводу опухоли мозжечка. Больна один год. До этого росла здоровым ребенком. Умерла 6.Ш-40г. Смерть во время операции.

Протокол вскрытия № 44/II09.

Патологоанатомический диагноз: опухоль мозжечка, сдавливающая IV желудочек мозга; внутренняя водянка мозга. Грудные железы начинают формироваться. Конической формы соски маленькие, хорошо выражены околососковые кружки. На разрезе ткань однородна, сочная, белого студнеобразного вида.

Гистологическое исследование № 92II:

Среди сочной коллагеновой ткани с прослойками жира видны ветвящиеся протоки; эпителий их сочный цилиндрический, однорядный. Перидуктальная ткань рыхлая в виде тонких прослоек, инфильтрирована круглоклеточными элементами.

Случай № 5. Б-ная 10л. Поступила в нервную клинику Физioterapeutического института 28.У-40г. с диагнозом - энцефалит. Больна с 25.У-40г. До этого девочка росла крепким здоровым ребенком. Умерла 31.У-40г. Протокол вскрытия № 89/II53.

Патологоанатомический диагноз: менинго-энцефалит; мутное набухание миокарда, печени и почек.

Грудные железы выражены, конической формы, соски маленькие. На ощупь ткань однородна, у основания соска прощупываются протоки.

Гистологическое исследование № 9642.

Среди сочных коллагеновых волокон видны ветвящиеся протоки с отходящими от них слегка расширенными концевыми

ми отделами. Эпителий протоков сочный цилиндрический, однослойный. Перидуктальная рыхлая соединительная ткань слабо выражена, в виде тонких прослоек.

II-я группа (менструальный период)

Гистологическая структура грудных желез девушек в
возрасте от 15 - 20 лет.

Случай № 6. Б-ная 15л. Находилась на излечении в терапевтической клинике Свердловского Сизнотерапевтического Института по поводу воспаления легких. Умерла 7.X-39г. Протокол вскрытия № 153/1020.

Патологоанатомический диагноз: реинфект в верхней доле правого легкого; туберкулезный менингит; паренхиматозное перерождение миокарда, печени и почек.

Грудные железы маленькие конической формы, околососковое поле сильно пигментировано, соски маленькие, хорошо выражены. Ткань желез упруга на ощупь, на разрезе сочная, желтовато-белого цвета.

Гистологическое исследование № 8668.

Дольки отсутствуют. Видны слегка расширенные протоки, выстланные мелким цилиндрическим эпителием. Местами видны группы протоков по 2-3. Вокруг протоков толстая хорошо выраженная собственная мембрана и рыхлая перидуктальная соединительная ткань в виде тонкой полоски. Строма желез состоит из сочных коллагеновых волокон.

Случай № 7. Б-ная 16л. поступила в нервную клинику Сизнотерапевтического Института 23.X-40г. по поводу абсцесса мозга. Заболела внезапно 20.X-40г. Умерла 25.X-40г. Протокол вскрытия № 15/1215.

Патологоанатомический диагноз: абсцесс левой височ-

ной доли мозга с прорывом в желудочек.

Грудные железы хорошо развиты, формы полушара, с крупными сосками. Ткань на ощупь равномерной плотности, на разрезе сочная, желтовато-белого цвета.

Гистологическое исследование № 10205.

Среди диффузно развитой, сочной коллагеновой ткани встречаются протоки и единичные крупные железистые дольки с выраженными концевыми отделами; эпителий их мелкий, редкий, кубический; встречаются единичные звездчатые базально расположенные клетки миеоэпителия. Протоки имеют хорошо выраженную базальную мембрану в виде ясно очерченной линии, за которой имеется слабо выраженная рыхлая перидуктальная соединительная ткань с веретенообразными и круглыми клетками.

Случай № 8. Б-ная 17л. Поступила в нервную клинику Физioterapeutического института 20.IV-40г. по поводу опухоли мозга. Умерла 25.IV-40г.

Девушка, беременностей не было.

Протокол вскрытия № 70/II34.

Патологоанатомический диагноз: опухоль 3-го желудочка мозга (глиома); аспирационная пневмония. Операция трепанации черепа по поводу опухоли.

Грудные железы в форме полушара, хорошо выражены, упруги. Соски круглые, пигментированные. На ощупь ткань однородная, на разрезе - сочная, желтовато-белого цвета, местами видны перерезанные протоки.

Гистологическое исследование № 9887.

Среди диффузно развитой коллагеновой ткани видны ред-

ко разбросанные протоки. Изредка встречаются дольки с хорошо выраженными концевыми отделами. Интерстициальная соединительная ткань внутри и вокруг долек хорошо развита, богата клетками, плотная.

Случай № 9. Б-ная 17л. Поступила 15.Ш-40г. в нервную клинику Физиотерапевтического института по поводу опухоли мозга. Девица, беременностей не было. Умерла 9.IV-40г. Протокол вскрытия № 60/II24.

Патологоанатомический диагноз: опухоль III-го желудочка мозга с прорастанием в ножки мозга; двусторонняя бронхопневмония.

Грудные железы чашеобразной формы, средней величины, упругие, на ощупь однородные. На разрезе ткань сочная, желтовато-белого цвета.

Гистологическое исследование № 9352.

На препарате диффузное развитие сочных коллагеновых волокон. Встречаются редко протоки, местами группы протоков по 3-4 вместе; эпителий, выстилающий их, сочный, цилиндрический. Вокруг протоков значительное развитие плотной соединительной ткани, окрашенной в ярко-красный цвет по Van Gieson "у. Дольки отсутствуют.

Случай № 10. Б-ная 17л. Поступила в терапевтическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 1.VШ-40г. по поводу туберкулеза шейных лимфатических узлов. Девица, беременностей не было. Умерла 10.VШ-40г. Протокол вскрытия № 98/II63.

Патологоанатомический диагноз: туберкулезный лимфаденит бифуркационных перибронхиальных и шейных лимфатических

узлов. Туберкулезные бугорки в печени, почках, селезенке. Амилоидоз печени, почек, саговая селезенка.

Грудные железы небольшие, конической формы, мягкие. На ощупь ткань не однородна, в области основания соска прощупываются протоки. Сосок маленький, хорошо выражен. На разрезе ткань сочная, однородная, желтовато-белого цвета, видны пререзанные протоки.

Гистологическое исследование № 9816.

Среди диффузно развитой, сочной коллагеновой ткани видны разветвляющиеся путем почкования протоки, образующие дольки из 3-4 мелких протоков. Вокруг протоков и альвеол чуть заметна прослойка рыхлой соединительной ткани.

Случай № II - в тексте раздела "Анатомо-гистологические особенности грудной железы".

Щ-я группа (период расцвета половой жизни).

Грудные железы женщин в возрасте от 20-40 лет.

Грудные железы нерожавших женщин в возрасте от 20-40л.

Случай № 12. Б-ная 40л. поступила в терапевтическую клинику Физиотерапевтического Института 13.IV-40г. по поводу болезни почек. Заболела 3.IV-40г. Менструации с 14 лет., проходят нормально. Замужем с 23лет. Была I беременность, закончившаяся 2-х месячным выкидышем. Умерла 30.V-40г. Протокол вскрытия № 20/II54.

Патологоанатомический диагноз: нефрозо-нефрит; гипостатическая нижнедолевая двусторонняя пневмония; анасарка; уремия.

Грудные железы средней величины конической формы, доста-

точно упруги. Соски маленькие, конической формы, морщинистые. На разрезе ткань сочная, бледно-желтого цвета, однородна.

Гистологическое исследование № 9785.

Среди диффузно развитой сочной коллагеновой ткани видны расширенные протоки средней величины, выстланные мелким цилиндрическим слегка уплощенным эпителием. Дольки отсутствуют. Рыхлая соединительная ткань вокруг протоков в виде тонкой прослойки.

Случай № 13. Б-ная 29л. Находилась на излечении в терапевтической клинике Физиотерапевтического института с 20.VII-39г. по 26.VII-39г. по поводу острой желтой атрофии печени. Заболела 18.VII-39г. Менструация на 22 году жизни. Менструации обильные по 5-6 дней, безболезненные. Замужем с 25 лет. Беременностей не было. Умерла 26.VII-39г. Протокол вскрытия № 187/1048.

Патологоанатомический диагноз: острая желтая атрофия печени.

Гистологическое исследование № 8819.

Грудные железы средней величины, конической формы, упруги; соски маленькие. На разрезе железа состоит из серовато-белой слегка зернистой ткани. Встречаются крупные дольки с хорошо выраженными концевыми отделами; эпителий их сочный кубический. Интерстициальная соединительная ткань рыхлая, богата клетками. Коллагеновая ткань местами в виде тонких прослоек, местами диффузно развита.

Случай № 14. Б-ная 29л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 19.VIII-39г. по поводу

рака шейки матки, менструации с 15 лет, приходили через 4 дня
Замужем с 18 лет. Беременностей не имела. Умерла 5.VII-40г.
Протокол вскрытия № 103/II67.

Патологоанатомический диагноз: рак шейки матки с про-
растанием стенки мочевого пузыря; восходящий гнойный не-
фрит.

Грудные железы средних размеров, дрябловаты, чащеоб-
разной формы. Соски маленькие. Околососковые круги слабо
пигментированы. На разрезе ткань желез сочная, однород-
ная, желтовато-белого цвета, на ощупь везде одинаковой
консистенции.

Гистологическое исследование № 9817.

На препарате диффузное развитие сочной коллагеновой
ткани. В отдельных участках встречаются мелкие протоки,
местами они лежат вместе по 5-6. Просветы их покрыты мел-
ким цилиндрическим эпителием. Перидуктальная ткань богата
круглыми клетками.

Грудные железы малорожавших женщин в возрасте
от 20 - 40 лет.

Таких случаев было 8.

Случай № 15. Б-ная 32л. Поступила в нервную клинику Фи-
зиотерапевтического института 20.VII-39г. по поводу энцефа-
лита. Головными болями страдает больше года. Замужем. Бы-
ло двое детей. Умерла 7.IV-40г. Протокол вскрытия № 56/II80

Патологоанатомический диагноз: менинго-энцефалит с
участками размягчения и кровоизлияний в правой теменной
доле мозга. Двусторонняя нижнедолевая гипостатическая
пневмония.

Грудные железы средней величины, свисают, чашеобразной формы, дрябловаты. Соски крупные, пигментированные. На разрезе ткань желез бледно-желтого цвета, сочная, видны рассеянные протоки и прослойки жировой ткани.

Гистологическое исследование № 9355.

На препарате встречаются хорошо развитые дольки с запустевшими концевыми отделами. Эпителий их редкий, мелкий, кубический, местами цилиндрический. Интерстициальная соединительная ткань рыхлая, богата клетками. Коллагеновая строма сочная, хорошо выражена.

Случай № 16. Б-ная 38л. Поступила 16.VIII-40г. в нервную клинику Физиотерапевтического института по поводу опухоли мозга. Замужем, имеет одну дочь. Выкидышей не было. Умерла 16.VIII-40. Протокол вскрытия № 28/9910.

Патологоанатомический диагноз: опухоль мозга со смещением системы желудочков вправо. Смерть после операции - удаления опухоли.

Грудные железы чашеобразной формы, средней величины; соски слегка морщинисты, пигментированные. Грудная железа на разрезе: ткань сочная, бледно-желтого цвета, однородная, с небольшими включениями жира.

Гистологическое исследование № 9940.

На препарате встречаются дольки с запустевшими концевыми отделами, эпителий их мелкий темный. Интерстициальная соединительная ткань рыхлая, богата клетками. Коллагеновые волокна строма диффузно развиты, сочные.

Случай № 17. Б-ная 22л. Поступила в терапевтическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института

21.1-40г. по поводу миелоидной лейкемии. Замужем. Один раз была беременна двойней. Менструации с 16 лет. Умерла 5.11-40г. Протокол вскрытия № 40/1105.

Патологоанатомический диагноз: острая миелоидная лейкемия.

Грудные железы хорошо развиты, чашевидной формы, упруги. Соски крупные. На разрезе ткань железы однородная желтовато-белого цвета, сочная, волокнистого строения, видны рассеченные протоки.

Гистологическое исследование № 9349.

Диффузное развитие сочной коллагеновой ткани. Дольки единичные, мелкие, малоразветвленные протоки встречаются редко, слегка расширены, содержат белковую жидкость. Эпителий, выстилающий протоки, мелкий, слегка уплощенный. Рыхлая перидуктальная и интерстициальная ткань слабо выражены, в виде тонких прослоек.

Случай № 18. В-ная 26л. Поступила в нервную клинику Физиотерапевтического института 16.IX-39г. по поводу менингита. Заболела 17.IX-39г. Менструации с 19 лет. Половой жизнью живет с 20 лет. Одна беременность. Было 4 аборта. Замуж вышла 21 года. Последняя беременность была 4 года назад, закончившаяся абортom. Умерла 25.IX-39г. Протокол вскрытия № 180/1047.

Патологоанатомический диагноз: правосторонний гнойный отит с сальмонеллами пирамиды височной кости; базальный гнойный менингит.

Грудные железы небольшие, чашеобразной формы, соски большие, околососковое поле сильно пигментировано. На

разрезе ткань железы сочная желтовато-белого цвета, однородна, волокнистого строения.

Гистологическое исследование № 9151.

Дольки отсутствуют. Протоки встречаются редко без ответвлений, выстланы темным мелким эпителием. Коллагеновые волокна строма диффузно развиты, сочные.

Случай № 19. Б-ная 39л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физioterпевтического института 3.У 40г. по поводу рака шейки матки. Замужем. Имела I роды, I ребенка. Протокол вскрытия № 133/1197.

Патологоанатомический диагноз. распадающийся рак шейки матки с прорастанием тела матки и прямой кишки. Хронический гнойный параметрит, Сепсис.

Грудные железы конической формы, маленькие, дряблые, висят. Соски маленькие, морщинистые. Ткань железы на ощупь равномерной плотности, ближе к соску хорошо прощупываются довольно крупные протоки. На разрезе ткань железы дряблая; серовато-белого цвета, хорошо видны слегка расширенные протоки.

Гистологическое исследование № 10056.

Коллагеновая ткань строма сохранилась вокруг единичных протоков и ацинусов. Дольки состоят из небольшого количества мелких протоков и альвеол в количестве 15-20. На препарате видно много средних и крупных протоков, вокруг протоков значительное развитие плотной фиброзной ткани и круглоклеточная инфильтрация из лимфоцитов. В коллагеновой строме местами отложение жира.

Случай № 20. В-ная 40л. поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 25.V-40г. по поводу рака желудка. Замужем. Было 3 беременности, закончившиеся нормальными родами. Менструации прекратились в 1938г. Умерла 12.VI-40г. Протокол вскрытия № 97/II6I.

Патологоанатомический диагноз: рак желудка; кахексия.

Грудные железы средней величины, конической формы, достаточно упруги. Сосок маленький, также конической формы, сморщенный. На разрезе ткань железы сочная серовато-белого цвета. Протоки видны на разрезе.

Гистологическое исследование № 9784.

Среди диффузно развитой коллагеновой ткани сочной, местами разрыхленной видны единичные протоки и единичные мелкие дольки из 5-10 альвеол, просветы которых не выражены. Вокруг крупных протоков кольцо из фиброзной ткани.

Грудные железы многорожавших женщин в возрасте
от 20-40 лет.

Случай № 21. В-ная 25л. Поступила в нервную клинику II.XI-40г. по поводу энцефалита. Замужем. Имела 3 беременности. Заболела 5.XI-40г. Умерла II.XI-40г. Протокол вскрытия № 170/1037.

Патологоанатомический диагноз: геморрагический энцефалит; двусторонняя бронхопневмония (гриппозная).

Грудные железы большие, чашеобразной формы, упругие. Соски крупные, пигментированные. На ощупь ткань однородной консистенции, на разрезе - сочная, серовато-белого цвета, слабо зернистого вида.

Гистологическое исследование № 10081.

На препарате много крупных гиперплазированных с боль-

шим количество альвеол долек, также встречаются и мелкие дольки из 3-10 альвеол. Интерстициальная соединительная ткань значительно инфильтрирована круглоклеточными элементами (лимфоцитами). Строма желез в виде тонких прослоек из сочных коллагеновых волокон.

Случай № 22. Б-ная 27л. Поступила в нервную клинику Физико-терапевтического института 19.VI-40г. по поводу эпилепсии. Заболела 7.VI-40 г. Был припадок. Менструации с 15 лет, нормальные. Было 3 беременности, закончившиеся нормальными родами. Двое детей живы, здоровы. Третий ребенок умер 9-ти месяцев. Умерла 24.VI-40г. Протокол вскрытия № 101/1165.

Патологоанатомический диагноз: эпилепсия; кровоизлияния в желудочки мозга; множественные субарахноидальные кровоизлияния.

Грудные железы чашевидной формы, большие, упругие, с крупным хорошо выраженным соском. На ощупь ткань равномерной плотности. На разрезе ткань сочная, сероватобелого цвета, слегка зерниста, с небольшими включениями жира.

Гистологическое исследование № 9874.

На препарате множество крупных гиперплазированных долек с большим количеством альвеол, просветы которых несколько расширены, выстланы сочным, довольно крупным кубическим эпителием. Интерстициальная ткань плотная фиброзная (по Van Wierzon "у окрашена в ярко-красный цвет) Между дольками и протоками прослойки ткани, состояще из сочных коллагеновых волокон.

Случай № 23. В-ная 39л. Поступила в нервную клинику Физиотерапевтического института 23.III-40г. по поводу опухоли мозга. Замужем. Было три беременности, из них две закончились нормальными родами, I аборт. Умерла 6.IV-40г.

Протокол вскрытия № 57/II2I.

Патологоанатомический диагноз: опухоль правой лобной доли мозга с исходом в кисту.

Грудные железы средних размеров конической формы с маленькими сморщенными сосками. На ощупь ткань упруга, равномерной плотности, на разрезе бледно-желтого цвета, сочная, волокнистой структуры.

Гистологическое исследование № 9356.

Дольки отсутствуют. Встречаются группы протоков по 5-6, выстланных цилиндрическим эпителием. Вокруг протоков значительная круглоклеточная инфильтрация. Строма железы хорошо развита, образует основную массу железы, состоит из диффузно развитых коллагеновых волокон.

Случай № 24. В-ная 40л. Поступила в терапевтическую клинику Физиотерапевтического Института 9.II-40г. по поводу сердечно-сосудистой недостаточности. Замужем. Было 4 беременности, окончившихся нормальными родами. Все дети умерли. Живет вдвоем с мужем. Умерла 7.III-40г. Протокол вскрытия № 48/III0.

Патологоанатомический диагноз: хронический мезоаортит. гипертрофия левого желудочка сердца. Тромб в левом желудочке сердца. Венозная гиперемия внутренних органов. Асцит. Анасарка. Универсальный атеросклероз.

Грудные железы средних размеров, чашеобразной формы, достаточно упруги. Соски крупные. На разрезе - ткань соч-

ная, однородная, желтовато-белого цвета, волокнистого строения.

Гистологическое исследование № 9680.

Отмечается диффузное развитие сочных коллагеновых волокон с множественными вкраплениями жира. Дольки единичные с небольшим количеством протоков, без видимых просветов, выстланных мелким кубическим эпителием. Крупные протоки несколько расширены. Эпителий их уплощен, в просветах содержится белковый секрет.

Случай № 25. Б-ная 29л. Поступила в нервную клинику Физиотерапевтического института 21.I-40г. с диагнозом - полиомиелит?. Опухоль спинного мозга. Замужем. Имела 3-х детей. Умерла 27.I-40г. Протокол вскрытия № 47/III

Грудные железы средних размеров, чашеобразной формы, упруги. На разрезе ткань сочная, однородная, мастями слабо зернистая.

Гистологическое исследование № 10056

Микрофото на стр. 40....

Случай № 26. Б-ная 40л. Поступила в нервную клинику Физиотерапевтического института I.X-40г. по поводу инсульта. Замужем. Имела 4 человек детей. Умерла 2.X-40г. Протокол вскрытия № 135/II99.

Патологоанатомический диагноз: универсальный артериосклероз; артериосклероз сосудов мозга, кровоизлияние в дно и полость IV желудочка мозга.

Грудные железы средних размеров, драбловатые, свисают, чашеобразной формы. Соски крупные, сморщенные. На разрезе ткань драблая бледно-серого цвета, зернистого вида, ви-

дни рассеченные кистозно-расширенные протоки.

Гистологическое исследование № 10125.

Встречаются единичные крупные дольки с большим количеством протоков и концевых отделов, просветы их не видны. Эпителий, выстилающий их, мелкий, редкий. Протоки крупные кистозно расширены: выстланы уплощенным эпителием, в просветах их содержится беловатая жидкость, строма желез в виде тонких прослоек, состоит из сочных коллагеновых волокон.

Случай № 27. Б-ная 38л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института I.П-40г. по поводу рака шейки матки. Больна около двух лет. Замуж вышла 20л. Было 12 беременностей и 9 родов. Самопроизвольных выкидышей 3. Умерла 16.П-40г.

Протокол вскрытия № 28/1093.

Патологоанатомический диагноз: метастазы рака шейки матки в забрюшинные лимфатические узлы с прорастанием опухоли в тела позвонков, после операции экстирпации матки.

Грудные железы формы полушара, хорошо развиты, жестоваты на ощупь. Сосок хорошо выражен. На разрезе в железе среди бледно-серых прослоек слегка зернистой ткани значительное отложение жира, видны протоки с утолщенными стенками.

Гистологическое исследование № 9136.

Дольки встречаются в большом количестве, состоят из разветвленных мелких протоков без видимых просветов. Коллагеновые волокна строма выражены лишь вокруг протоков и долек. На остальном протяжении они замещены жировой тканью.

Случай № 28. Е-ная 37л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 14.IX-39г. Больна 10 месяцев. Клинический диагноз - опухоль брюшной полости. Больная отмечает появление менструации с 15 лет. Замужем с 15 лет. Имела 3 беременности и 3 родов. Последняя беременность 13 лет назад. Смерть 3.X-39г. Протокол вскрытия № 164/1031.

Патологоанатомический диагноз: рак правого мочеточника с метастазами в забрюшинные лимфатические узлы; киста правого яичника.

Грудные железы небольшие, слегка отвисающие, на ощупь дрябловатые, с крупным пигментированным соском и большим околососковым полем. На разрезе ткань волокниста, желтовато-белого цвета.

Гистологическое исследование № 8732.

Долек много, они мелкие с небольшим количеством концевых пузырьков без просветов. Вокруг концевых пузырьков толстая *мышца Юнкера*. Интерстициальная ткань плотная, фиброзная (окр. по *Van Hieson'y*). Коллагеновые волокна стромы хорошо выражены вокруг протоков и долек.

Случай № 29. Б-ная 25 л. Поступила в терапевтическое отделение Физиотерапевтического института 3.II-40г. по поводу пневмонии. Заболела во вторую половину беременности. После родов 25.I-40г. почувствовала внезапное ухудшение. Замужем. Менструации с 18 лет. Было 3 беременности, дети умерли 4-х месяцев. Умерла 27.II-40г. Протокол вскрытия № 71/1125.

Патологоанатомический диагноз: туберкулезный лимфадено-

нит. бифуркационных перибронхиальных лимфатических узлов.
Двусторонняя ацинозно-нодозная казеозная пневмония.

Грудные железы большие, чашеобразные, слегка отвисают, соски крупные, соски и околососковое поле сильно пигментированы. На разрезе ткань железы сочная, желтовато-белого цвета, с поверхности разреза отделяется небольшое количество молока.

Гистологическое исследование № 9788.

В ткани железы много долек, некоторые с запустевшими концевыми отделами, некоторые большие с расширенными концевыми отделами, выстланные крупным эпителием, в просветах альвеол белковая жидкость. Коллагеновая строма в виде тонких прослоек между дольками. Интерстициальная ткань рыхлая, сочная, богата клетками.

СЛУЧАИ 30, 31, 32 в тексте главы "Анатомо-гистологические особенности грудной железы".

IV-ая группа (Период угасания половой жизни).

Грудные железы женщин в возрасте от 40 и свыше лет.

Грудные железы нерожавших женщин.

Случай № 33. Б-ная 47л. Поступила в терапевтическое отделение Физиотерапевтического института 8.VI-40г. по поводу крупозного воспаления легких. Замужем не была, беременностей не имела. Менструации были нормальные. Климакс наступил два года назад. Умерла 13.VI-40г. Протокол вскрытия № 99/II63.

Патологоанатомический диагноз: крупозная пневмония верхней и нижней доли правого легкого в стадии серого опе-

ченения. Расширение правого желудочка сердца. Паренхиматозное перерождение миокарда, печени и почек.

Грудные железы небольшие, конической формы, дрябловаты; соски маленькие, морщинистые. На разрезе ткань дрябловата, однородна, бледно-серого цвета, местами видны перерезанные слегка расширенные протоки.

Гистологическое исследование № 9783.

На препарате диффузное развитие слегка истонченных разрыхленных коллагеновых волокон. Дольки отсутствуют. Встречаются протоки, выстланные цилиндрическим эпителием.

Случай № 34. Б-ная 53 л. Поступила в терапевтическую клинику Физиотерапевтического Института 4.П-40г. с диагнозом - сердечно-сосудистая недостаточность. Больна с 1946 г. Замужем с 16 лет. Менструации кончились, когда больной было 46 лет. Беременностей не было.

Умерла 14.П-40г. Протокол вскрытия № 27/1092.

Патолого-анатомический диагноз: дегенеративный мезоаортит с переходом процесса на полудунные клапаны аорты. Универсальный атеросклероз. Кардиосклероз. Артериосклеротические почки. Мускатная печень. Венозная гиперемия внутренних органов. Асцит. Анасарка.

Грудные железы маленькие, конической формы, свисают, соски маленькие, морщинистые. На разрезе ткань железы состоит из небольшого количества дряблой жировой клетчатки, видны протоки.

Гистологическое исследование № 9137.

На препарате видны единичные, слегка расширенные протоки, эпителий их уплощен. Вокруг протоков муфтаобраз-

ное развитие соединительной ткани. Коллагеновые волокна стромы отсутствуют, между протоками с муфтообразно утолщенными стенками видны тонкие прослойки жировой ткани и сосуды с утолщенными стенками. Дольки отсутствуют.

Случай № 35. Б-ная 53л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физioterапевтического института II.XI 39г. по поводу рака легкого. Больна I год. В прошлом менструации были нормальными. Когда больной было 44 года, менструации прекратились. Беременностей не было.

Умерла 22.III-40г. Протокол вскрытия № 50/III4.

Патологоанатомический диагноз: рак бронха нижней доли левого легкого с метастазами в регионарные лимфатические узлы, почку и спинной мозг. Левосторонняя абсцедирующая пневмония. Универсальный артериосклероз.

Грудные железы отсутствуют, на месте их имеются две складки морщинистой дряблой кожи. Соски маленькие, сморщенные: В толще атрофированной грудной железы прощупываются плотные шнуровидные протоки и сосуды, идущие от соска к грудной железе. На разрезе среди дряблой жировой ткани видны с утолщенными стенками протоки и сосуды.

Гистологическое исследование № 9295.

На препарате единичные слегка расширенные протоки, эпителий их уплощен. Вокруг протоков имеется муфтообразное разрастание соединительной ткани. Коллагеновые волокна стромы отсутствуют, имеется значительное отложение жира.

Грудные железы малорожавших (до 2-х раз)
женщин в возрасте свыше 40 лет.

Случай № 36. Б-ная 43л. Поступила в нервную клинику

Физиотерапевтического Института II.XII-39г. по поводу абсцесса мозга. Больна три дня. Замужем, имела двоих детей. Менструации за последние 3 месяца стали длительными до 10-12 дней.

II.XII-39г. умерла. Протокол вскрытия № 199/1066.

Патологоанатомический диагноз: гнойный тонзиллит; абсцесс правой затылочной доли мозга с прорывом в боковой желудочек. Базальный гнойный менингит.

Грудные железы небольшие, дрябловатые, формы полушара. Сосок крупный. На разрезе ткань железы дрябловата, однородная, желтовато-белого цвета, видны перерезанные протоки.

Гистологическое исследование № 8983.

Дольки единичны, состоят из групп мелких протоков, лишенных просветов, выстланных низким кубическим эпителием. Базальная мембрана слабо выражена. Интерстициальная соединительная ткань плотная с незначительным количеством круглых клеток. Встречаются крупные протоки с незначительным развитием перидуктальной фиброзной ткани. Коллагеновые волокна стромы железы истончены, разрыхленные.

Случай № 37. Б-ная 52л. Поступила в нервную клинику Физиотерапевтического Института II.V-40г. по поводу кровоизлияния в мозг. Замужем. Имела 2-х детей.

Умерла 26.V-40г. Протокол вскрытия № 87/1151.

Патологоанатомический диагноз: универсальный артериосклероз; атероматоз аорты; артериосклероз сосудов мозга. Артериосклеротические почки. Кровоизлияние в область левых подкорковых узлов. Вторичное кровоизлияние в левый боковой желудочек мозга.

Грудные железы средних размеров, свисающие, жесткова-

тые на ощупь. Соски крупные, хорошо выраженные. На разрезе железа почти вся состоит из жировой ткани с желтовато-белыми тонкими прослойками ткани, в которой проходят перерезанные протоки.

Гистологическое исследование № 9631.

Встречаются единичные дольки, состоящие из небольшого количества мелких протоков, просветы которых не выражены, эпителий, выстилающий их, мелкий, редкий. Интерстициальная соединительная ткань рыхлая, богата клетками, хорошо развита. Крупные протоки с муфтообразным развитием перидуктальной соединительной ткани, богатой клетками. Эпителий, выстилающий просветы, утолщен, в просветах протоков содержится белковая жидкость. Коллагеновые волокна стромы атрофировались, замещены жировой тканью.

Случай № 38. Е-ная 60л. Поступила в терапевтическую клинику Свердловского Физioterпевтического Института 17.II-40г. по поводу заболевания сердца и сосудов. Заболела 28.I-40г. Замужем. Имела 2-х детей.

Умерла 2.III-40г. Протокол вскрытия № 38/II03.

Патологоанатомический диагноз: универсальный артериосклероз, атероматоз аорты; артериосклероз коронарных сосудов и сосудов мозга. Кардиосклероз. Размягчение в области подкорковых узлов левого полушария мозга.

Грудные железы маленькие, отвислые, дряблые в виде 2-х кожных складок. На разрезе под кожей дряблая бледно-серого цвета ткань, в ней видны проходящие протоки и участки жировой ткани.

Гистологическое исследование № 9191.

Встречаются слегка расширенные протоки, выстланные

уплощенным эпителием. Перидуктальная ткань плотная; фиброзная, образует муфты. Дольки единичные, вокруг них также развитие плотной фиброзной ткани. Коллагеновая ткань серо-мы отсутствует, замещена прослойками жировой ткани.

Случай № 39. Б-ная 53л. Поступила в нервную клинику Физиотерапевтического Института 13.IV-40г. по поводу гнойного менингита. Замужем. Имела 4-х детей.

Умерла 14.IV-40г. Протокол вскрытия № 66/II30.

Патологоанатомический диагноз: гнойный правосторонний фронтит; разлитой гнойный лептоменингит.

Грудные железы небольшие, дряблые, свисают. Соски маленькие, морщинистые. На ощупь ткань железы дряблая. На разрезе видны прослойки серовато-белой ткани, между которыми жировая ткань в виде отдельных долек.

Гистологическое исследование № 9395.

Видны тонкие прослойки соединительной ткани, состоящие из коллагеновых волокон с заложенными в них протоками и мелкими многочисленными дольками. Протоки расширены, эпителий их уплощен, в просветах протоков содержится белковая жидкость. Между соединительнотканными прослойками имеется значительное отложение жира.

Случай № 40. Б-ная 63л. Поступила в нервную клинику Физиотерапевтического Института 8.V-40г. по поводу кровоизлияния в мозг. Замужем. Имеет I сына.

Умерла 16.V-40г. Протокол вскрытия № 80/II44.

Патологоанатомический диагноз: универсальный артериосклероз; атероматов аорты; артериосклероз сосудов мозга. Кровоизлияние в область левых подкорковых узлов. Вторич-

ное кровоизлияние в полость левого бокового желудочка.

Грудные железы маленькие, дряблые в виде двух кожных складок с маленькими сморщенными сосками. В толще складок прощупываются тяжи - протоки, идущие от соска к основанию железы. На разрезе ткань железы дряблая, состоит из рыхлой инфильтрированной жиром клетчатки. Видны протоки с утолщенными плотными стенками.

Гистологическое исследование № 9787.

На препарате видны крупные протоки, выстланные уплотненным эпителием. Перитубулярная ткань гиалинизирована, образует муфты. Дольки отсутствуют. Коллагеновые волокна стромы почти полностью замещены жиром.

Случай № 41. Б-ная 54л. Поступила в онкологическую клинику по поводу рака шейки матки. I.IV-40г. Менструации пришли 14 лет. Замужем с 18 лет. Забеременела через 1 год. Всех беременностей было 2. Последние роды были в 26 лет, в дальнейшем половой жизнью не жила.

Умерла 14.VI-40г. Протокол вскрытия № 100/1164.

Патологоанатомический диагноз: двусторонний гнойный аднексит; гнойный параметрит; разлитой гнойный перитонит.

Грудные железы маленькие, отвисают, дряблые. Соски маленькие, морщинистые. В ткани железы прощупывается тягистость по ходу протоков. На разрезе ткань бледно-серого цвета, дряблая, с редко встречающимися кистозно расширенными протоками.

Гистологическое исследование № 9712.

В области железы диффузное развитие сочных коллагеновых волокон с небольшими прослойками жира. Дольки отсут-

ствуют. Видны крупные протоки, выстланные мелким уплощенным эпителием, под эпителием фиброзная ткань (окрашенная по Ван Числову). Протоки кистозно расширены.

Случай № 42. Б-ная 60 л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физioterпевтического Института 7.X-39г. с диагнозом "Метастазы рака в легком". Замужем. Имела 2-х детей.

Смерть 24.X-39г. Протокол вскрытия № 161/1028.

Патологоанатомический диагноз: гипернефрома правой почки с метастазами в легкое.

Грудные железы маленькие, атрофичные. Соски морщинистые, слабо пигментированы. На разрезе ткань дряблая.

Гистологическое исследование № 8695.

Атрофия коллагеновой ткани, она сохранилась лишь ^{вокруг} единичных сдавленных протоков. Дольки мелкие встречаются в небольшом количестве, также атрофичные.

Грудные железы многорожавших женщин.

Случай № 43. Б-ная 53л. Поступила в нервную клинику Физioterпевтического Института 1.IX-40г. по поводу кровоизлияния в мозг. До этого была здорова. Замужем. Имеет 4 человек детей.

Умерла 21.IV-40г. Протокол вскрытия № 121/1185.

Патологоанатомический диагноз: универсальный артериосклероз, артериосклероз сосудов мозга. Кровоизлияния в область IV желудочка мозга.

Грудные железы большие, тестоватые, отвисают. Соски сморщены, пигментированы. На ощупь ткань неоднородная с

плотными тяжами и грубыми дольками. На разрезе видны пятна бледно-серой плотной ткани, вокруг которых имеется значительное отложение жира.

Гистологическое исследование № 9911.

На препарате много долек, они состоят из 15-20 мелких протоков, просветы в них не выражены, в других содержится белковая жидкость, выстланы редким мелким эпителием. Базальные мембраны толстые, хорошо различаются, крупные протоки выстланы цилиндрическим эпителием, просветы их несколько сдавлены.

Вокруг долек и протоков мощное развитие соединительной ткани. Коллагеновые волокнаstromy желези отсутствуют, замещены жиром.

Случай № 44. Б-ная 55л. Поступила в нервную клинику 4.I-40г. по поводу опухоли мозга.

Росла здоровым ребенком. Замужем. Имела 4-х детей, которые умерли в детстве.

Умерла 15.I-40г. Протокол вскрытия № 108/II72

Патологоанатомический диагноз: опухоль мозга в области левой лобной доли.

Грудные железы средней величины, дрябловатые, конической формы. Соски морщинистые, маленькие.

На разрезе ткань однородная, дряблая, бледно-серого цвета.

Гистологическое исследование № 9797.

На препарате диффузное развитие зрелой соединительной ткани, богатой клетками, без коллагеновых волокон, в которой разбросаны множественные мелкие дольки и крупные сдавленные протоки.

В соединительнотканной строме то там, то здесь отложения жира.

Грудные железы многорожавших женщин.

Случай № 45. Б-ная 41г. Поступила в терапевтическую клинику Физиотерапевтического института 14.1-40г. по поводу заболевания сердца.

15.1-40г. умерла. Протокол вскрытия № 26/1091.

Патологоанатомический диагноз: хронический бородавчато-язвенный эндокардит двустворчатого и аортальных клапанов. Стеноз левого венозного отверстия. Венозная гиперемия внутренних органов. Асцит. Гидроторакс. Анасарка.

Грудные железы большие, формы полушара, упругие. Сосок хорошо развит.

На разрезе ткань сочная, разрыхленная, бледно-серого цвета, встречаются мелкие единичные кисты.

Гистологическое исследование № 9135.

В железе много долек, состоящих из мелких запустевших протоков. Эпителий протоков мелкий, темный. Крупные протоки кистозно расширены, содержат белковую массу, эпителий их уплощен. Коллагеновые волокна стромы развиты, диффузно разрыхлены.

Случай № 46. Б-ная 58л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 5.X-40г. по поводу рака пищевода. Замужем, Имела 12 родов.

Умерла 8.X-40г. Протокол вскрытия № 138/1202.

Патологоанатомический диагноз: рак пищевода. Операция гастростомии. Кахексия.

Грудные железы отвислые, витянутые. Соски крупные, морщинистые.

На ощупь ткань неравномерной плотности, определяется местами грубая дольчатость.

На разрезе ткань грудных желез бледно-желтого цвета, дряблая, в ней видны множественные кистозно-расширенные протоки. Местами в ткани желез имеются отложения жира.

Гистологическое исследование № 10055.

Коллагеновые волокна стромы желез местами плотные, местами разрыхлены. Видны множественные мелкие дольки, частью состоящие из 5-10 мелких протоков. Эпителий их мелкий, кубический. Просветы не выражены.

Крупные протоки кистозно расширены, эпителий их уплощен, в просветах содержится белковая жидкость.

Случай № 47. В-ная 43л. Находилась на лечении в Онкологической клинике Свердловского Физиотерапевтического Института с 5.IX по 10.X-39г. по поводу рака матки.

Замужем. Имела 10 беременностей: 8 родов, 2 выкидыша. Последние роды один год назад.

Умерла 10.X-39г. Протокол вскрытия № 156/1023.

Патологоанатомический диагноз: распадающийся рак шейки матки с прорастанием в тело матки и левый мочеточник. Восходящий гнойный пиелонефрит.

Грудные железы маленькие. Потеряли упругость, сильно отвисают. Кожа их морщинистая. На ощупь ткань неравномерной консистенции с шнураватыми уплотнениями.

На разрезе хорошо видны протоки с утолщенными стенками, вокруг которых рыхлая белесоватая ткань.

Гистологическое исследование № 8639.

Обилие крупных расширенных протоков, в просветах которых содержится белковая жидкость. Эпителий протоков

уплощен. Вокруг протоков сохранилась коллагеновая ткань.

В препарате видно много долек, состоящих из большого количества мелких разветвленных протоков, эпителий которых мелкий, редкий, просветы протоков не выражены. Вокруг протоков хорошо выраженная утолщенная *membrana propria*.

Коллагеновые волокна строны вокруг долек выражены. Между дольками и протоками они разрыхлены, атрофированы, поэтому протоки и дольки располагаются близко друг к другу.

Случай № 48. Б-ная 44 лет. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физioterпевтического института 22.I-40г. по поводу рака шейки матки.

Больна 3 месяца. Замужем с 19 лет. Было 4 беременности и 4 нормальных родов. Последняя беременность 18 лет назад. Менструации полгода отсутствовали.

Умерла 23.I-40г. Протокол вскрытия № 195/1062.

Патологоанатомический диагноз: рак шейки матки с прорастанием в параметрии и метастазами в лимфатические узлы. Гидронефроз. Двусторонняя сливная бронхопневмония. Узловатый коллоидный зоб.

Грудные железы большие, мало эластичные, тестоваты на ощупь. На разрезе состоят из жировой ткани, разделенной тяжами плотной белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № 9056.

Среди жировой клетчатки встречается много мелких долек. Видны протоки, содержащие белковую массу, выстланные низким мелким эпителием. Вокруг протоков и долек плотная соединительная ткань без коллагеновых волокон. Между отдельными протоками она разрыхлена.

Случай № 49. Б-ная 50л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 4.Х-39г. по поводу рака шейки матки.

Больная 5 месяцев. Замуж вышла 18 лет. Было 15 беременностей и 15 родов. Последняя беременность 13 лет назад. Менструации прекратились 1 год назад. Половой жизнью жила до настоящего времени.

Умерла 21.ХІ-39г. Протокол вскрытия № 175/1043.

Патологоанатомический диагноз: рак шейки матки и мочевого пузыря с метастазами в паховые лимфатические узлы. Сдавление опухолью мочеточников. Двусторонний гидронефроз.

Гистологическое исследование № 8956.

В ткани грудной железы значительное отложение жира, сохранились тонкие прослойки ткани железы с атрофическими дольками, состоящими из сдавленных запустевших мелких протоков. Встречаются крупные протоки, вокруг которых сохранились коллагеновые волокна. Сосуды с муфтообразно утолщенными стенками.

Случай № 50. Б-ная 50л. Поступила в Онкологическую клинику Физиотерапевтического института 21.П-40г. по поводу рака яичника.

Менструации с 13 лет., по 3-4 дня, сильные, безболезненные. Замужем с 18 лет, сразу после замужества забеременела. Беременностей было 7, родов 5, выкидышей 2. После выкидышей долго болела.

Умерла 6.ІІІ-40г. Протокол вскрытия № 43/1103.

Патолого-анатомический диагноз: папиллярный рак правого яичника с обсеменением по брюшине Серозно-фиброзный перитонит.

Грудные железы чашкообразной формы, дрябловаты, хорошо выражены - средних размеров. Сосок крупный.

На разрезе значительные отложения жира, местами в виде липоматовных узлов.

Гистологическое исследование № 9210.

В ткани железы видны множественные мелкие дольки, состоящие из 3-5 мелких протоков, просветы протоков не выражены, эпителий их мелкий, редкий, расположен беспорядочно. Встречаются протоки с муфтообразным развитием перидуктальной ткани. Коллагеновые волокна в строме отсутствуют. Заменены жировой тканью.

Случай № 51. В-ная 55 лет. Поступила в онкологическую клинику Свердловского физиотерапевтического института 27.XI-39г. по поводу рака прямой кишки.

Больна I год. Замужем. Имела 20 беременностей, закончившихся нормальными родами. Было 2 выкидыша. Из ранее перенесенных заболеваний отмечает операцию по поводу зоба, перенесенную 6 лет назад.

Умерла 19.XII-39г. Протокол вскрытия № 196/1063.

Патологоанатомический диагноз: операция экстирпации прямой кишки по поводу рака. Дифтеритический цистит. Восходящий гнойный пиелонефрит.

Грудные железы маленькие, дряблые, свисают, кожа их морщиниста. Сосок маленький, дряблый, морщинистый.

На разрезе в ткани железы много жира. Среди сохранившихся участков ткани грудной железы бледно-серового цвета видны единичные мелкие кисты с желтым желеобразным содержимым.

Гистологическое исследование № 8960.

Среди жировой клетчатки ткань грудной железы с кистозно-расширенными протоками, выстланными уплощенным мелким эпителием, в просветах кист белковистый секрет, под эпителием прослойки фиброзной ткани. Базальная мембрана сильно утолщена. В ткани много долек, состоящих из мелких разветвленных заустевших протоков. Коллагеновые волокна стромы железы сохранились лишь вокруг кистозно расширенных протоков и долек.

Случай № 52. Б-ная 56л. Поступила в Онкологическую клинику Физиотерапевтического института 15.1-40г. по поводу рака желудка.

Больна 2 года. Замужем. Имела 10 беременностей: 8 родов, 2 выкидыша. Климакс наступил 12 лет назад.

Умерла 20.11-40г. Протокол вскрытия № 20/1086.

Патологоанатомический диагноз: рак кардиального отдела желудка. Двусторонняя бронхопневмония. Полипы тела матки.

Грудные железы маленькие, почти отсутствуют. На месте их имеются только кожные складки. Соски маленькие, сморщенные.

Гистологическое исследование № 9113.

Дольки отсутствуют. Видны крупные протоки, часть из них расширена, многие сдавлены, просветы их образуют замкнутую волнообразную линию. Вокруг протоков коллагеновая ткань. Между протоками значительное отложение жира.

Случай № 53. Б-ная 53л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института по поводу рака желчного пузыря.

Больна около 20 лет. Замужем. Имела 4 беременности,

окончившиеся родами.

Умерла 12. III-40г. Протокол вскрытия № 48/1112

Патологоанатомический диагноз: рак желчного пузыря с метастазами в печень. Хронический гнойный холангит. Сепсис.

Грудные железы в виде двух кожных складок, почти лишены железистой ткани. Соски маленькие, сморщенные. На ощупь дряблы, прощупываются плотные тяжи - протоки. На разрезе ткань серовато-желтого цвета - дряблая. Видны пересеченные единичные протоки, идущие от соска.

Гистологическое исследование № 9261.

Тяжи коллагеновых волокон, в которых располагаются протоки и редкие дольки, состоящие из 5-10 мелких протоков, выстланных мелким кубическим эпителием, просветы их сдвиглены, под эпителием при окраске по Van Wierzon'у отмечается незначительное развитие фиброзной ткани, умеренно инфильтрированное лимфоцитами. Средние и крупные протоки выстланы цилиндрическим эпителием, перитубулярная ткань более грубая, содержит значительное количество круглоклеточных элементов. Коллагеновые волокна строма разволокнены, между ними жировая ткань.

Случай № 54. Б-ная 59л. Находилась на лечении в онкологической клинике Свердловского Физиотерапевтического института с 21. VIII-39г. по 9. X-39г. по поводу рака желчного пузыря: Замужем. Имела 13 беременностей, один выкидыш, 12 родов. Менструации с 17 лет. до 45 лет.

Смерть 9. X-39г. Протокол вскрытия № 154/1021.

Патолого-анатомический диагноз. рак желчного пузыря с прорастением в печень и метастазами в забрюшинные лимфатиче-

ские узлы. Камни желчного пузыря. Холангит. Паренхиматозное перерождение миокарда, печени, почек. Старческая атрофия грудных желез. Старческая атрофия яичников.

Грудные железы маленькие, отвислые, потерявшие свою упругость.

Гистологическое исследование № 8607.

На разрезе значительное отложение жира среди тонких прослоек белосовато-серой ткани. Много мелких долек и группы мелких протоков, расположенных по 3-4. Крупные протоки, выстланные мелким цилиндрическим эпителием, в просветах протоков белковая жидкость.

Коллагеновые волокна стромы железы атрофировались, замещены жировой клетчаткой, только вокруг крупных протоков, долек и сосудов отмечается муфтообразное развитие фиброзной ткани.

Случай № 55. Б-ная 69л. Поступила в Онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 4.XI-39г. по поводу рака шейки матки.

Больна один год. Замужем. Было 7 беременностей. Менструации с 16 лет, длительностью по 3 дня:

Смерть 12.I-39г. Протокол вскрытия № 169/1036.

Патолого-анатомический диагноз: рак шейки матки. Гнойный параметрит. Тромбоз. Септикопиемия.

Грудные железы средней величины, отвисшие, дряблые на ощупь.

На разрезе среди отложений жира тяжи бледно-серой ткани.

Гистологическое исследование № 8818.

Встречаются единичные дольки, концевые отделы которых не выражены. Эпителий железистых протоков мелкий, темный, просветы не выражены. Вокруг долек и протоков значительное развитие сочной соединительной ткани, богатой коллагеновыми волокнами, местами с включениями жира.

Случай № 56. Б-ная 62л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института по поводу рака пищевода 22:IV-1938г.

Больна один год. Замужем. Имеет 12 ч. детей.

Умерла 9.XI - протокол вскрытия № 168/1035.

Патологоанатомический диагноз: рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод с метастазами в лимфатические узлы средостения. Гипостатическая пневмония.

Грудные железы отвисают, средних размеров, конической формы, дрябловаты, кожа морщиниста, сосок маленький, значительно пигментирован.

На разрезе ткань дряблая, бледно-серого цвета с значительными прослойками жира.

Гистологическое исследование № 8774.

Среди тяжелой коллагеновой ткани кистозно расширенные протоки, эпителий их уплощен, под эпителием слой фиброзной ткани (окр. по Van Hoesen), затем идет мощный слой коллагеновых волокон в виде муфты, окружающей протоки.

Дольки единичные, на месте их видны группы редко встречающихся мелких протоков.

В железе отмечается значительное отложение жира.

Случай № 57. Б-ная 70л. Поступила в Онкологическую

клинику Физиотерапевтического института Ю.У-40г. по поводу рака желудка.

Замужем. Имела 5 чел. детей. Больна один год.

Умерла 23.У-40г. Протокол вскрытия № 86/II50.

Патологоанатомический диагноз. рак желудка с метастазами в забрюшинные лимфатические узлы и печень.

Грудные железы в виде 2-х кожных складок. Соски сморщенные, пигментированные.

Ткань желез на ощупь дряблая. На разрезе видна рыхлая клетчатка с редкими протоками.

Гистологическое исследование № 8660.

Видны множественные средние и крупные протоки с муфтообразным развитием плотной, перидуктальной ткани.

Встречаются редко дольки с малым числом железистых трубок, просветы их отсутствуют.

Коллагеновые волокна стромы отсутствуют, на месте их отложился жир.

Случай № 58. Б-ная 54л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института З.У-40г. по поводу опухоли голени.

Больна один год. Замужем. Имел 9 человек детей. Выкидышей 2.

Умерла 20.У-40г. Протокол вскрытия № 78.

Патологоанатомический диагноз: саркома левой голени с метастазами в легкие. Гемолитический шок.

Грудные железы средней величины, дрябловаты, отвисают. Сосок маленький, сморщенный. Продуцируются плотные протоки, идущие от соска к основанию желез.

На разрезе ткань дрябла, видны значительные прослойки

жира и пересеченные протоки в тяжах серовато-желтой ткани.

Гистологическое исследование № 9633.

Коллагеновые волокна стромы в виде тяжей вокруг средних и крупных протоков. Эпителий протоков мелкий, слегка уплощенный. Перидуктальная ткань плотная, бедная клетками. Дольки отсутствуют.

Случай № 59. Б-ная 48л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института ИЗ.У-40г. по поводу рака верхней челюсти.

Замужем, имела II беременностей. Все закончились нормальными родами, выкидышей и аборт не было.

Умерла 22.УШ-40г. Протокол вскрытия № II7/II8I.

Патологоанатомический диагноз: распадающийся рак верхней челюсти. Двусторонняя аспирационная пневмония в нижней правой доле с исходом в гангрену.

Грудные железы средней величины, чашеобразной формы, отвисают, дрябловатые. Соски крупные, пигментированные. Ткань железы на ощупь однородна. На разрезе дрябла, среди тяжей серовато-белой ткани значительное отложение жира.

Гистологическое исследование , 9886.

Коллагеновые волокна стромы в виде тяжей вокруг протоков и многочисленных мелких долек. Между тяжами коллагеновых волокон стромы отложение жира.

Протоки слегка расширены, содержат белковую жидкость, эпителий их уплощен.

Дольки мелкие, концевые отделы отсутствуют, мелкие протоки выстланы редким мелким эпителием. Интерстициальная соединительная ткань плотная, бедна клетками.

Случай № 60. Б-ная 59л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института ИЗ.УП-40г. по поводу опухоли правой гайморовой полости.

Заболела в апреле 1940г.

Менструации с 16 лет, безболезненные. Климактерический период наступил на 45 году жизни.

Замужем. Имела II беременностей. Роды были нормальные. Из них 9 живых детей, 2-е умерли в грудном возрасте. Последние роды были 38 лет.

Умерла 31.УШ-40г. Протокол вскрытия № II8/II82.

Патологоанатомический диагноз: рак правой гайморовой полости с прорастанием костей основания черепа. Базальный гнойный менингит.

Грудные железы средней величины, свисают, дряблы, с морщинистыми мелкими сосками. Ткань на ощупь равномерной консистенции.

На разрезе ткань дряблая, серовато-белого цвета с расширенными единичными протоками.

Гистологическое исследование № 9885.

В ткани железы множественные мелкие дольки, концевые отделы отсутствуют. Эпителий, выстилающий протоки, редкий, мелкий. Протоки расширены, содержат белковую жидкость. Эпителий уплошен. Коллагеновые волокна стромы отсутствуют, на них значительное отложение жира.

КРАТКИЕ ВИДЕРЖКИ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
И ПРОТОКОЛЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬ-
НЫХ С ФИБРОЗНО-КИСТОВОЙ МАСТОПАТИЕЙ .

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ У НЕРОЖАВШИХ

Ж Е Н Ш И Н .

Случай № 61. В-ная 52л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 28.I-46г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Впервые заметила опухоль в левой грудной железе 4 года тому назад, последнее время опухоль стала заметно увеличиваться.

Менструации с 14 лет, приходят регулярно, безболезненные, по 3-4 дня, обильные. Беременностей не было. Замужем. Менструации прекратились 5 лет назад.

Объективные данные: в левой грудной железе прощупывается плотная опухоль размерами 6x4x3 см. Опухоль подвижная, безболезненная. В обеих грудных железах мастопатия.

Клинический диагноз: киста левой грудной железы - мастопатия
4.II-46г. операция секторного удаления опухоли.

Описание макропрепарата: в удаленном секторе железы одна большая киста, величиной с куриное яйцо, с равными гладкими стенками, в полости кисты содержится прозрачная бесцветная жидкость.

Гистологическое исследование № II6040.

Патоморфологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия с образованием одной большой кисты, стенка которой состоит из фиброзной ткани, эпителий утолщен, в окружности кисты значительная круглоклеточная инфильтрация. На остальном протяжении значительное развитие фиброзной ткани, встречаются единичные кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 62. Е-ная 23л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института Ц.ХП-1946г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Больна около 2-х лет, когда начала испытывать и неприятные болевые ощущения в правой грудной железе, а затем в левой. В сентябре 1945г. была оперирована в Ш-й Клинической больнице. Произведено секторное и иссечение грудной железы. В настоящее время боли стали меньше, но не прекращались совсем.

Замужем. Беременностей не было.

Объективные данные: обе грудные железы небольших размеров. В правой грудной железе имеется рубец ярко-красного цвета, линейной формы. Левая грудная железа больше правой с множественными узелками различной величины и плотности.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия.

9.ХП-46г. операция секторного иссечения грудной железы.

Описание макропрепарата: в удаленном секторе грудной железы группы довольно крупных кист с бесцветным прозрачным содержимым. В окружности кист развитие плотной бледно-желтой ткани.

Гистологическое исследование № 2394.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Среди диффузно развитых, сочных коллагеновых волокон кистозно расширенные протоки. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием. Вокруг кист и кистозно расширенных протоков развитие фиброзной ткани.

Случай № 63. В-ная 38л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 7.XII-1939г. по поводу плотного образования в левой грудной железе.

Менструации с 13 лет, правильные. Беременностей не было.

В сентябре этого года заметила уплотнение в левой грудной железе, которое во время менструации увеличивается.

Объективно - в верхне-наружном квадранте левой грудной железы прощупывается плотный узел, несколько больше грецкого ореха, подвижный. Вокруг него - диффузное уплотнение ткани железы, в виде тягистости с четками. В левой подмышечной впадине 2 мягких лимфатических узла, величиной с боб.

Клинический диагноз: хронический кистозный мастит. Кисты грудной железы.

7.XII - операция - секторная резекция грудной железы.

Описание макропрепарата: ткань удаленного сектора плотная, белесовато-желтого цвета, в ткани обнаружены единичные мелкие кисты, одна киста величиной с грецкий орех, содержит прозрачную, бледно-желтую жидкость, ткань в окружности кисты плотная, серовато-белого цвета.

Гистологическое исследование № 3845.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Протоки кистозно расширены. Отмечается диффузное развитие коллагеновых волокон в строме железы.

Встречаются единичные кисты, выстланные эозинофильным эпителием. Железистые дольки также единичны, гиперплазированы, интерстициальная ткань в них отечная, сочная, местами фиброзная и даже гиалинизированная.

Случай № 64. Б-ная 41 г. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 18.УП-44г. по поводу опухоли грудной железы. Считает себя больной несколько месяцев, когда случайно определила у себя в грудной железе уплотнение, которое постепенно увеличивалось.

Замужем, беременностей не было, страдает фибромиомой матки.

Объективные данные: в правой грудной железе определяется грубая дольчатость. В наружно-верхнем ее квадранте, на фоне мастопатии, диффузное уплотнение, слегка болезненное, без четких контуров.

Клинический диагноз: мастопатия правой грудной железы.
24.УП-44г. операция - секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора - фиброаденома величиной с лесной орех и группа кист величиной до горошины, в окружности кист развитие белесоватой плотной ткани.

Гистологическое исследование № II4186.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

На препарате диффузное развитие сочных коллагеновых волокон. Редко встречаются группы мелких кист (2-3). Эпителий их сочный, кубический, местами цилиндрический. Интерстициальная соединительная ткань плотная, фиброзная. Встречаются группы кист с эозинофильным эпителием. Среди

ткани железы обнаружена фиброаденома с периканаликулярной гистологической структурой.

Случай № 65. В-ная 35л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 19.II-44г. по поводу заболевания грудной железы.

Месяц тому назад заметила опухоль в левой грудной железе. В настоящее время появились колющие боли.

Половой жизнью не жила. Менструации за последние месяцы несколько задерживаются.

Объективные данные: в наружном квадранте левой грудной железы имеется уплотнение, ткань неравномерно плотная. Левая грудная железа с множественными плотными дольками.

Клинический диагноз: хронический фиброзный мастит.

23.II- операция секторного иссечения грудной железы.

Описание макропрепарата: в ткани иссеченного сектора участок уплотнения с мелкими единичными кистами, величиной до булавочной головки.

Гистологическое исследование № II3600.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Среди диффузно-развитых сочных коллагеновых волокон встречаются единичные в различной степени кистозно-расширенные протоки. Встречаются не расширенные основные протоки с кистозно расширенными ответвлениями. Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием.

Случай № 66. В-ная 46л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 22.XI-44г. по поводу опухоли в правой грудной железе.

29.IX-44г. больная заметила опухоль в правой грудной железе и обратилась в онкологическую клинику Физиотерапевтического института.

Замужем. Беременностей не было. Менструировала до 46 лет.

Объективные данные: правая грудная железа несколько приподнята и менее подвижна. В толще ее пальпируется бугристое уплотнение, величиной с кулак, сдвигается вместе с паренхимой железы, безболезненное, с кожей не спаянное.

Клинический диагноз: мастопатия.

18.XII-44г. операция мастэктомии правой грудной железы: В ткани удаленной железы единичные крупные кисты и тяжи белесоватой плотной ткани.

Гистологическое исследование № II4752.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

При гистологическом исследовании: среди диффузно развитой сочной коллагеновой ткани видны прослойки гиалинизированной ткани. Встречаются единичные кистозно расширенные протоки и группы мелких кист из мелких протоков, выстланные сочным цилиндрическим эпителием. Встречаются кисты (единичные), выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 67. Б-ная 48л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 13.УП-1942г. по поводу опухоли правой грудной железы, которую заметила 3 недели тому назад.

Менструации нерегулярны с февраля 1942г. Приходят скудно, через 2 месяца.

Первая менструация с 15 лет, по 3-4 дня, с болью, то-

шнотой, умеренные через 4 недели. Половой жизнью не жила. Года 4 назад ушибла грудную железу, но не помнит, какую.

Объективно - в правой грудной железе на I палец кверху и несколько кнаружи от соска, опухоль величиной с грецкий орех, довольно подвижная, консистенция - плотноватая, неравномерная. К паренхиме грудной железы идут отдельные тяжки.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия правой грудной железы.

15.VII - операция секторного иссечения опухоли правой грудной железы.

Гистологическое исследование № III614.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

На препарате единичные кисты, выстланные уплощенным эпителием. Встречаются железистые дольки с кистозно расширенными концевыми отделами. Интерстициальная соединительная ткань грубая фиброзного типа. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием, последний пролиферирует и образует сосочковые выросты.

Случай № 68 . Б-ная 38л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 5.IV-43г. по поводу опухоли грудной железы. Опухоль в правой грудной железе заметила в марте 1942г.

Больная замужем. Беременностей не было. Менструации нормальные.

Объективные данные: обе грудные железы одинаковых размеров, в обеих железах явления мастопатии.

Клинический диагноз: двусторонняя мастопатия.

24.I - операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора видны единичные крупные кисты, в окружности которых отмечается развитие плотной, хрящеподобной белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № II348I.

Патологогистологический диагноз: кистозная мастопатия.

На препарате много кист различной величины и формы, местами кисты располагаются по 2-3 вместе. Встречаются кисты из эозинофильного эпителия, образующего папиллярные выросты. Встречаются узлы интраканаликулярных фиброаденом на месте отдельных железистых долек.

Случай № 69. Б-ная 40л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 5.VI-43г. по поводу опухоли грудной железы.

Случайно заметила в грудной железе опухоль, которая за последнее время стала более плотной. Замудем. Беременностей не было. Менструации регулярные, не обильные с II лет.

Объективные данные: обе грудные железы неравномерно плотные, грубо дольчатые. В правой грудной железе в верхнем квадранте над соском имеется узловатая неправильной формы опухоль туго эластической консистенции. Подмышечные лимфатические узлы без особенностей.

Клинический диагноз: доброкачественная опухоль.

9.VI- операция секторного иссечения грудной железы.

Гистологическое исследование № II2848.

Патологоанатомический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Среди диффузно развитых сочных коллагеновых волокон встречаются кистозно расширенные протоки, местами

расположенные группами. Редко встречаются дольки с кистозно расширенными концевыми отделами. На месте некоторых долек образовались фиброаденомы, вследствие разрастания интрастициальной соединительной ткани.

В центре препарата киста, величиной с боб, в просвете белковая жидкость, в стенке кисты значительное разрастание фиброзной ткани, эпителий уплощен. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 70. Б-ная 32 лет. Поступила к онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института IZIV-1942г. по поводу опухоли грудной железы.

1½ месяца назад случайно заметила опухоль в левой грудной железе. В грудной железе появились боли, и больная обратилась в институт.

Половой жизнью не жила. Менструации с 16 лет, регулярно по 3 дня без болей.

Объективные данные: в левой грудной железе в наружном ее квадранте имеется опухоль величиной с грецкий орех, подвижная.

Клинический диагноз. хроническая кистозная мастопатия.

6.IV-42г. операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора 2 кисты, одна величиной с лесной орех, другая с горошину, внутренняя поверхность кист гладкая, в полостях их содержится бледно-желтая жидкость в окружности кист развитие плотной бледно-желтой ткани.

Гистологическое исследование № III204.

Патологогистологический диагноз: Фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди диффузно развитых сочных коллагеновых волокон встречаются кистозно расширенные протоки. Редко попадаются группы мелких кист из мелких протоков. Интерстициальная соединительная ткань плотная. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № . Е-ная 21 г. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 10.П-1945г. по поводу опухоли обеих грудных желез. Считает себя больной с мая 1944 г. Не замужем. Беременностей не было. Менструации с 14 лет.

Объективные данные. в левой грудной железе сразу под соском прощупывается маленькая опухоль эластической консистенции, связанная с соском. Обе грудные железы увеличены, грубо дольчатые на ощупь.

Клинический диагноз: мастопатия .

12.П- операция секторного иссечения грудной железы.

Описание макропрепарата. в ткани удаленного сектора - киста величиной с горошину, в просвете кисты голубовато-желтая желеобразная жидкость. Киста располагается близко от соска и связана с одним из главных протоков.

Гистологическое исследование № III225.

Патологогистологический диагноз: Фиброзно-кистозная мастопатия.

При гистологическом исследовании обнаружено: протоки кистозно расширены, содержат белковую жидкость. В окружности кист развитие фиброзной ткани. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ
ПРОЛИФЕРАЦИЕЙ ЭПИТЕЛИЯ У РОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.

Случай № 72. Б-ная 24 лет. поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 6.VI-46г. по поводу опухоли правой грудной железы.

Считает себя больной около I года, когда впервые появилось увеличение правой грудной железы, главным образом, во время менструации. Последнее время появились боли, особенно во время менструаций.

Замужем. Менструации с 16 лет. регулярно. Были 4 беременности, одна окончилась нормальными родами и 3 - абортom.

Объективные данные: в верхнем отделе (оба верхних квадрата) правой грудной железы в множественными слившимися, плотными узелками, болезненными при пальпации.

Клинический диагноз: фиброзная мастопатия.

8.V произведена операция секторного иссечения.

Макропрепарат: в ткани удаленного сектора группы кист, величиной до горошины, встречаются участки уплотнения с мелкими кистами, величиной от булавочной головки и меньше.

Гистологическое исследование № II6756.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. В ткани много кист, выстланных эозинофильным эпителием, встречаются кистозно расширенные протоки, вокруг кист значительное развитие фиброзной ткани. Встречаются железистые дольки, концевые отделы их также кистозно расширены.

Случай № 73. Б-ная 24л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 29.V 1943г. по поводу фиброаденомы правой грудной железы.

Считает себя больной около 3-х лет, когда впервые за-

Считает себя больной около 3-х лет, когда впервые заметила небольшую опухоль в наружно-нижнем квадранте правой грудной железы. Опухоль медленно росла, безболезненная. За последние 2 месяца опухоль заметно стала расти.

Замужем. Беременна в настоящее время (2 месяца).

Объективные данные: в правой грудной железе в наружно-нижнем квадранте прощупывается опухоль, величиной со сливу, плотная, безболезненная. В окружности опухоли грубая дольчатость. В левой грудной железе также прощупывается грубая дольчатость.

Клинический диагноз: мастопатия и фиброаденома грудной железы.

I2.XP- операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № II5887.

Патологоанатомический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия и фиброаденома грудной железы.

На препарате кисты различной величины и формы, некоторые располагаются группами, видны кистозно расширенные концевые отделы долек. В ткани железы обнаружена интраканаликулярная фиброаденома.

Случай № 74. В-ная 43л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 29.XI-43г. по поводу опухоли грудной железы.

Опухоль заметила 8 месяцев тому назад, лечилась кварцем, но опухоль не исчезала.

Замужем. Было 3 беременности. Детей кормила грудью. Менструации с 16 лет, по 2 дня, регулярные, безболезненные.

Объективные данные. в левой грудной железе имеется опухоль, величиной с голубиное яйцо, подвижная, болезненная при пальпации. В правой грудной железе неравномерная плотность и грубая дольчатость.

Клинический диагноз: хронический кистозный мастит.

ИЗ.Х- операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора киста величиной с лесной орех, содержащая голубовато-желтую жидкость, в окружности ее развитие волокнистой бледно-желтой ткани с вкрапленными мелкими кистами и прослойками жира.

Гистологическое исследование № 113158.

Патологоанатомический диагноз: Фиброзно-кистозная мастопатия.

На препарате множественные кисты различной величины, крупные кисты единичные, выстланы уплощенным эпителием. Мелкие кисты располагаются группами, выстланы сочными цилиндрическим эпителием. В строме вокруг кист развитие фиброзной ткани. Коллагеновые волокна стромы замещены жиром. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 75. В-ная 51г. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 19.XI-43г. по поводу уплотнения в правой грудной железе, которое заметила 2 месяца тому назад.

В мае 1942г. операция - удаления доброкачественной опухоли в левой грудной железе.

Объективно: в обеих грудных железах разлитая мастопатия, повидимому кистозного типа. В верхне-наружном квадранте правой грудной железы имеется более компактная

опухоль с лесной орех. В обеих подмышечных областях несколько уплотненных подвижных лимфатических узлов.

Клинический диагноз: доброкачественная аденопатия грудных желез. Киста правой грудной железы.

22.XI-43г. операция секторного иссечения опухоли правой грудной железы.

В ткани удаленного сектора группы кист различной величины, в окружности кист развитие плотной белой ткани. При исследовании гистологических препаратов видны множественные кисты, расположенные изолированно и группами на месте железистых долек, эпителий их сочный цилиндрический, в крупных кистах плоский.

В дольках разрастается фиброзная ткань, отшнуровывающая кистозно расширенные концевые отделы. Встречаются кисты с эозинофильным эпителием.

Гистологическое исследование № II3283.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Случай № 76. Б-ная 47л. Поступила в онкологическую клинику II.XI-42г. по поводу опухоли правой грудной железы, которую заметила месяц тому назад случайно, когда во время менструации появилась болезненность в правой грудной железе.

Замужем. Имела 2 беременности, закончившиеся нормальными родами. Детей кормила грудью. Менструации с 14 лет, по 4-5 дней, безболезненные.

Объективно: обе грудные железы маленькие. В правой грудной железе пальпируется опухоль величиной с грец-

кий орех, слегка болезненная, подвижная, не спаянная с кожей и подлежащими тканями. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Клинический диагноз: хроническая кистозная мастопатия.

16.XI-операция секторного иссечения опухоли правой грудной железы.

Гистологическое исследование № II2063.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Встречается много кист из протоков. Эпителий их уплощен, в просветах содержится белковая жидкость. В окружности их развитие фиброзной ткани. Встречаются группы кист, выстланные эозинофильным эпителием, последний пролиферирует, образуя сосочки.

Случай № 77. Б-ная 41 года. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 25.X-41г. по поводу опухоли правой грудной железы. Год назад ударилась правой грудной железой о косяк двери, после чего появилось затверждение, которое не увеличивалось. Последнее время затверждение стало увеличиваться, особенно перед менструациями.

Замужем. Была I беременность, ребенка кормила грудью. Менструации обильные, через 3 недели по 4 дня.

Объективные данные: в левой грудной железе в верхне-внутреннем квадранте имеется овальной формы уплотнение, подвижное, не спаянное с кожей. В окружности ткань грубо дольчатая с плотной тяжестью.

Клинический диагноз: опухоль правой грудной железы.

27.X-4Iг. операция иссечения опухоли.

В ткани удаленного сектора узел фиброаденомы с грубо зернистым строением, без капсулы, в окружности узла развитие плотной белесоватой ткани с множественными мелкими кистами.

При гистологическом исследовании обнаружено:

Гистологическое исследование № II4200.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия и фиброаденома.

В строме железы кистозно-расширенные протоки различной величины и формы, стенки многих образуют множественные полипозные выросты, эпителий их цилиндрический. Встречаются дольки с кистозно-расширенными концевыми отделами. Эпителий их сочный, кубический или цилиндрический. Также встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием: в ткани железы обнаружена интерстициальная фиброаденома без капсулы.

Случай № 78. Б-ная 49л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института Б.УІ-44г. по поводу опухоли - рак грудной железы.

Заболела 4 месяца назад, когда случайно заметила опухоль в правой грудной железе.

Замужняя. Имела I беременность, закончившуюся нормальными родами. Менструации с 14 лет.

Объективные данные: в правой грудной железе определяется легкая дольчатость и на ее фоне в нижне-внутреннем квадранте - резкое уплотнение, безболезненное, размерами с горошину, хорошо подвижное.

Клинический диагноз: опухоль правой грудной железы

кистозная мастопатия.

14.VI-44 г. операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора грудной железы фиброаденома без капсулы с крупнозернистой структурой на разрезе. В окружности фиброаденомы множественные мелкие кисты с желтовато-голубым содержимым. В окружности кист значительное развитие плотной белесоватой ткани.

Гистологический диагноз № II4030.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

На препарате много кист различной величины с уплощенным эпителием. Встречаются кисты с эозинофильным эпителием, последний десквамируется и некротизируется в просвете кисты. Отдельные железистые дольки имеют кистозно-расширенные концевые отделы. В ткани железы обнаружена альвеолярная фиброаденома.

Случай № 79. Б-ная 45 лет. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 18.I-44г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Опухоль заметила в сентябре м-це 1943г., опухоль была величиной с боб, подвижная, безболезненная.

Замужем, имела 8 беременностей, из них 5 окончились нормальными родами, а 3 абортами. Детей кормила грудью. Диагноз поликлиники - фиброаденома.

Объективные данные: в левой грудной железе в верхне-внутреннем квадранте ее имеется опухоль, величиной с грецкий орех, умеренной плотности, в окружности ткань грубо дольчатая, неравномерной плотности.

Клинический диагноз: опухоль левой грудной железы.

26.I-44г. операция - мастэктомия.

В ткани удаленной грудной железы большая киста величиной с грецкий орех, внутренняя поверхность ее гладкая, в просвете содержится бледно-желтая прозрачная жидкость, в окружности кисты развитие плотной белесоватой ткани, среди которой видны множественные мелкие кисты.

Гистологическое исследование № II3504.

Патологогистологический диагноз. Фиброзно-кистозная мастопатия.

На препарате большая киста, стенка которой состоит из фиброзной ткани, эпителий, выстилающий ее, уплощен. На месте одной дольки фиброаденома железистые дольки единичны, концевые отделы некоторых - кистозно расширены. Встречаются дольки из эозинофильного эпителия, так же отмечается появление эозинофильного эпителия и концевых отделов железистых долек.

Случай № 80. Б-ная 52 лет. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 14.XI-46г. по поводу кисты левой грудной железы.

Опухоль заметила месяц назад. Опухоль увеличивалась. Отмечает в прошлом боли в грудных железах особенно перед менструациями. Замужняя. Было 3 беременности, окончившиеся двумя абортми и I родами. Ребенка кормила грудью до 9 месяцев. Менструации нормальные.

Объективные данные: во внутренне-верхнем квадранте левой грудной железы прощупывается довольно плотная опухоль, величиной с грецкий орех, в окружности ткань грубо дольчатая. Сосок левой грудной железы стоит выше правой.

27.XI-46г. Произведена операция мастопатии левой грудной железы.

В ткани удаленной грудной железы очаговое развитие плотной белесоватой ткани с мелкими, множественными кистами. Главные протоки даже в сосковом отделе расширены, содержат голубовато-зеленую студнеобразную массу. В ткани железы обнаружена фиброаденома величиной с лесной орех, без капсулы, на разрезе грубо зернистой структуры.

Гистологическое исследование № II7223.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия и фиброаденома грудной железы.

Встречаются группы кист, выстланные уплощенным эпителием, в кистах содержится белковая жидкость, вокруг кист развитие фиброзной ткани. Железистые дольки гиперплазированы эпителий их сочный, интерстициальная соединительная ткань во многих дольках изжиркой превратилась в фиброзную.

Случай № 81. Б-ная 39л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 23.X-46г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Заметила опухоль около 6 месяцев назад, опухоль почти не увеличилась и не беспокоила больную. В 1937г. были аналогичные опухоли в обеих грудных железах, больная оперировалась. Замужем. Имела 4 беременности, окончившиеся одними нормальными родами и 3 абортами. Ребенка кормила грудью.

Объективные данные: обе грудные железы большие, отвислые. В наружно-верхнем квадранте левой грудной железы

на фоне мастопатии прощупывается два отдельных опухолевых узла, эластической консистенции, один с вишню, другой - с горошину. Узлы подвижные, безболезненные.

Клинический диагноз: мастопатия.

30.X-46г. операция секторного иссечения железы.

В ткани удаленного сектора обнаружена опухоль, величиной с лесной орех, без капсулы, из голубоватой отечной ткани, в окружности опухоли группы кист различной величины, в просветах их содержится голубовато-темная студнеобразная жидкость.

Гистологическое исследование № II7129.

Патолого-гистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия и фибромиксоаденома.

В ткани железы встречаются кисты, изолированные и группами, выстланные уплощенным эпителием. Также встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Обнаружена фибромиксоаденома.

Случай № 83. В-ная 48л. Поступила в Онкологическую клинику Физиотерапевтического института 18.X-46г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Больная с апреля 1946г., когда впервые обнаружила опухоль. Вначале опухоль была маленькая, но позднее стала увеличиваться в размерах. Опухоль безболезненная, тогда как грудная железа очень болезненна, особенно в периоды менструации. Менструации с 14 лет. Половая жизнь с 19 лет. Замужем. Было 6 беременностей, из них 1 окончилась родами и 5 абортами. Ребенка кормила грудью.

Объективные данные: в наружно-нижнем квадранте левой грудной железы имеется опухоль величиной с орех. Опухоль подвижная, с подлежащими тканями не спаяна, в ткани вокруг опухоли грубая дольчатость - мастопатия. Ткань правой грудной железы также грубо дольчатая.

Клинический диагноз: фиброзная мастопатия.

23.X-46г. операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора группы кист и множественные изолированные кисты различной величины от горошины и меньше. В просветах кист бледно-желтая студнеобразная жидкость, в окружности кист развитие тяжелой белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № II7095.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

В ткани железы развитие фиброзной ткани. Протоки кистозно расширены. Встречаются группы кист по 6-8. Конечные отделы встречающихся долек также кистозно-расширены. Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием.

Случай № 84. В-ная 44л. Поступила в Онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 13.V-46г. по поводу опухоли правой грудной железы.

Впервые заметила опухоль в правой грудной железе в марте м-це 1946г. после аборта. Больная ставила компрессы, часть затвердений исчезла, но одно затверждение не рассосалось и за последнее время стало увеличиваться.

Замужем. Было 22 беременности, окончившиеся 18 абортами, 2 выкидышами и 2 нормальными родами. Детей кормила

грудью до одного года.

Объективные данные: в внутренне-верхнем квадранте правой грудной железы имеется бугристая опухоль эластической консистенции. Опухоль близко подходит к соску.

Клинический диагноз: множественные кисты правой грудной железы.

14.V-46г. произведена операция секторного иссечения:

В ткани удаленного сектора кистозно-расширенные протоки и группы изолированных кист, не сообщающихся с протоками, в окружности кист развитие тяжелой белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № II6792.

Патологогистологический диагноз: кистозно-фиброзная мастопатия.

Описание гистологического препарата: множество кист различной величины и формы, эпителий их уплощен, в просветах содержится белковая жидкость. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием. Железистые дольки гиперплазированы, концевые отделы их расширены.

Случай № 85. Бодьяная 52л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физинститута 2.III-45г. по поводу опухоли грудной железы.

Впервые заметила опухоль в правой грудной железе в сентябре м-це 1944г. Опухоль была разлитая, при ощупывании в ней определялись болезненные дольки. За последнее время опухоль стала увеличиваться.

Замужем. Имела II беременностей, из них 10 окончились нормальными родами и I выкидыш. Детей до 2-х лет корми-

ла грудью. Менструации с 14 лет, регулярные до 45 лет.
Объективные данные: в правой грудной железе под соском имеется уплотнение без определенных контуров с отдельными множественными плотными дольками.

Клинический диагноз: мастопатия... , возможно рак?

7.III-45г. операция ампутации грудной железы.

В ткани удаленной грудной железы очаговое развитие плотной белесоватой ткани с вкрапленными в нее мелкими кистами.

Гистологическое исследование № II4968.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

При гистологическом исследовании обнаружено: среди тяжелой фиброзной ткани множественные кисты, расположенные группами, встречаются железистые дольки с кистозно-расширенными концевыми отделами. Интерстициальная ткань в дольках превращается в фиброзную и отшнуровывает группы кистозно-расширенных концевых пузырьков. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 86. Б-ная 35 лет. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 15.IV-45г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Больна с 1941г., когда впервые заметила увеличение левой грудной железы. В последнее время опухоль стала более плотной и стала увеличиваться.

Замужняя, имеет 2-х детей. Менструации нормальные. Объективные данные: в левой грудной железе под соском имеется опухоль, величиной со сливу, в окружности опухоли в ткани железы множественные опухолевые узелки.

Клинический диагноз: мастопатия левой грудной железы.

16.IV-45г. операция секторного иссечения железы.

В ткани удаленного сектора грудной железы обнаружена кистозная опухоль величиной со сливу. Опухоль лишена капсулы, в окружности опухоли среди тяжелой фиброзной ткани группы кист различной величины, содержащие голубовато-зеленую желеобразную массу. Наиболее крупные кисты до горошины величиной связи с протоками не имеют.

Гистологическое исследование № II0957.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия с образованием узла цистоаденомы. Цистоаденома построена из эозинофильного эпителия.

На гистологических препаратах: обнаружена цистоаденома из клеток эозинофильного эпителия, в окружности ее группы кист на месте железистых долек, встречаются железистые дольки с кистозно расширенными концевыми отделами и развитием фиброзной ткани в интерстиции.

Случай № 87. В-ная 36л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 9.XII-46г. по поводу опухоли грудной железы.

Опухоль заметила 3-4 недели назад. Опухоль безболезненная, но увеличивается.

Замужем. Было 3 беременности и I роды, 2 аборта.

Объективные данные: обе грудные железы небольших размеров. В левой грудной железе особенно в верхне-внутреннем квадранте имеется плотная опухоль. Из соска больная отмечает появление зеленоватых выделений.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

II.XII-46г. операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора обнаружены множественные кисты, видны кистозно расширенные протоки, в полостях их

содержится зеленовато-желтое желеобразное содержимое.

Гистологическое исследование № 9826.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Среди тяжелой фиброзной ткани встречаются группы кист на месте железистых долек, встречаются также кистозно-расширенные протоки. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 88. Б-ная 54л. Поступила в Онкологическую клинику Физиотерапевтического института 20.XI-45г. по поводу опухоли левой грудной железы.

В 1940 г. у больной была операция удаления опухоли левой грудной железы. Теперь вновь появилось уплотнение, которое быстро увеличивалось.

Замужем. Имела I беременность, закончившуюся выкидышем на 4-м месяце. Менструации прекратились один год назад.

Объективные данные: обе грудные железы отвисают. В правой в атрофичной ткани определяется грубая дольчатость. Сосок левой грудной железы втянут. По середине грудной железы имеется мягкий операционный рубец, не спаянный с подлежащими тканями. Внизу его снаружи пальпируется уплотненный участок, величиной с грецкий орех, с узловатой поверхностью.

Клинический диагноз. рецидив фиброзно-кистозной мастопатии в левой грудной железе.

З.ХП- операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № II5871.

Патологогистологическое исследование: фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди тяжелой фиброзной ткани встречаются множественные кисты, расположенные изолированными группами. Эпителий в крупных кистах уплощен, в более мелких он сочный цилиндрический, видны кистозно расширенные концевые отделы, выстланные сочным кубическим эпителием. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 89. Б-ная 42л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 25.П-46г. по поводу опухоли грудной железы

Несколько дней тому назад заметила опухоль в правой грудной железе, опухоль большую не беспокоила.

Замужем. Была одна беременность, закончившаяся нормальными родами. Ребенка кормила грудью.

Объективные данные: в наружно-верхнем квадранте правой грудной железы прощупывается дробинчатое уплотнение, величиной с грецкий орех. В обоих грудных железах мастопатия.

Клинический диагноз: мастопатия.

Гистологическое исследование № II6I52.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Множество гиперплазированных долек с кистозно расширенными концевыми отделами. Встречаются кисты отдельно и группами по 3-4. Эпителий их уплощен. В одном участке кисты выстланы эозинофильным эпителием. В ткани железы обнаружена аденома.

Случай № 90. Б-ная 36л. Поступила в Онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 24.У-46г. по поводу опухоли грудных желез.

Впервые обнаружила опухоль в левой грудной железе в марте м-це 1946 г.

Замужем с 20 лет. Была одна беременность, окончившаяся нормальными родами. Менструации с 17 лет., нерегулярные, болезненные.

Объективные данные: в левой грудной железе прощупывается плотная опухоль, величиной с лесной орех на фоне множественных опухолевых участков. В правой грудной железе такие же плотные узелки.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия.

27.V- операция секторного иссечения желез.

В ткани удаленного сектора встречаются множественные кисты, содержащие прозрачную бледно-желтую жидкость. В окружности кист отмечается развитие тяжелой белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № II6734.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Описание гистологического препарата: встречаются группы кист. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием. Железистые дольки гиперемированы, концевые отделы отдельных долек кистозно расширены.

Случай № 91. Больная 25 л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института IO.VI-46г. по поводу кисты левой грудной железы.

Опухоль впервые заметила в 1943 г.

Замужняя. Родов одни - 6 лет назад. Менструации регулярные.

Объективные данные: обе грудные железы большие. Сосок левой грудной железы втянут. Под соском большая опухоль с грецкий орех.

Клинический диагноз: маслянная киста левой грудной железы.

12.VI - операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора встречаются множественные кисты, одна, не связанная с протоком достигает величины грецкого ореха. Внутренняя поверхность ее гладкая, в просвете содержится белковая жидкость.

Гистологическое исследование № II6735.

Патологогистологический диагноз: кистозно-фиброзная мастопатия.

На препарате много кист, все протоки также кистозно расширены. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 92. Е-ная 56л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 25.VI-46г. по поводу опухоли правой грудной железы.

Выделения из соска правой грудной железы появились 2 года назад. Выделения были прозрачные, зеленовато-желтого цвета. Последнее время выделения стали обильные и пачкали белье.

Замужем. Имела 2 родов.

Объективные данные: правая грудная железа небольших размеров. В наружном квадранте ее пальпируется плотная опухоль.

Клинический диагноз: мастопатия.

I.VII - удаление правой грудной железы.

Гистологическое исследование № II6770.

Патологогистологический диагноз: кистозно-фиброзная мастопатия.

Описание гистологического препарата: на препарате много кист различной величины и формы. Эпителий кист уплощен, в просветах кист белковое содержимое. Вокруг кист развитие фиброзной ткани. Встречаются кисты с эозинофильным эпителием, последний образует сосочковидные выросты.

Случай № 93. Б-ная 39 л. Поступила в Онкологическую клинику Физиотерапевтического Института ЗИ.УШ-46г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Больная с января м-ца 1946г., когда заметила в левой грудной железе опухоль величиной с горошину. Опухоль за последние дни стала быстро увеличиваться.

Менструации с 17 лет., регулярные. Имела 4 беременности и 4 родов. Детей кормила грудью.

Объективные данные: грудные железы отвисают. В левой грудной железе в наружно-верхнем квадранте имеется опухоль величиной с боб, туго эластической консистенции, ограничено подвижная.

Клинический диагноз: кистозно-фиброзная мастопатия в левой грудной железе.

9. IX-46г. операция секторного иссечения левой грудной железы

Гистологическое исследование № II 6925.

Патологогистологический диагноз: фиброно-кистозная мастопатия.

Описание гистологического препарата: в ткани железы встречаются группы кист, выстланные уплощенным эпителием. Встречаются кисты с эозинофильным эпителием.

Случай № 95. Б-ная 50л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 20.IV-42г. по поводу небольшой опухоли левой грудной железы, которую заметила случайно.

Замужем. Нормальных родов 3. Детей кормила грудью. Был левосторонний мастит. Менструации прекратились 3 года назад.

Объективно: в левой грудной железе на границе внутренних квадрантов расположена небольшая плотная опухоль, по окружности имеется инфильтрация.

Клинический диагноз: хронический кистозный мастит.

22.V- операция секторного иссечения опухоли левой грудной железы.

В ткани грудной железы очаговое развитие плотной белесоватой ткани с множественными мелкими кистами до булавочной головки величиной.

Гистологическое исследование № III269.

Патологогистологический диагноз: фиброно-кистозная мастопатия. Среди тяжелой фиброзной ткани встречаются множественные железистые дольки с кистозно расширенными концевыми отделами, интерстициальная ткань в дольках фиброзная, разрастается и отшнуровывает кистозно расширенные концевые пузырьки. Встречаются железистые дольки с эозинофильным эпителием в концевых отделах.

Случай № 96. Б-няя 65л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 14.IV-42г. по поводу опухоли левой грудной железы, которую случайно заметила 2 месяца назад.

Замужем. Беременностей 5, родов 4, аборт - I. Детей кормила грудью.

Менструации с 13 лет по 4-5 дней.

Объективно: в левой грудной железе имеется опухоль в грецкий орех, подвижная, с ровными контурами на фоне мастопатии. В подмышечной впадине отдельные плотные желез.

Клинический диагноз: мастопатия.

20.IV- левосторонняя мастэктомия.

В ткани удаленной грудной железы большая киста, величиной с грецкий орех, в окружности среди тяжелой белесоватой плотной ткани видны множественные мелкие кисты

Гистологическое исследование № 111257.

Патоморфологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди фиброзной ткани видны группы кист. На месте железистых долек и отдельные крупные кисты из протоков с уплощенным эпителием. В строме желез большое отложение жира. Встречаются группы кист, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 97. Б-ная 39л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физioterпевтического Института 25.IV-42г. по поводу опухоли грудной железы - подозрение на рак.

Опухоль заметила два года назад, опухоль постепенно увеличивалась и к 17.I-42г. была величиной до куриного яйца. 14.II-опухоль удалена. При гистологическом исследовании оказалась киста. Все было благополучно, но в апреле м-це вновь появились боли, и больная обратилась в онкологическую клинику.

Менструации с 16 лет по 3-4 дня, регулярные.

Замужем с 22 лет. Было 4 нормальных родов.

Объективные данные: на наружной поверхности правой грудной железы имеется послеоперационный рубец. Опухоль пальпируется на нижней поверхности груди, болезненная.

Клинический диагноз. Фиброзно-кистозная мастопатия.

29.IV-42г. операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № II2688.

Патологогистологический диагноз: Фибродно-кистозная мастопатия с образованием узла пери и интраканаликулярной фибroadеномы без капсулы.

В ткани железы много кист различной величины и формы, эпителий кист уплощен, концевые отделы гиперплазированных долек кистозно расширены, эпителий из сочный цилиндрический. В ткани железы обнаружено много мелких интраканаликулярных фибroadеном, образованных на месте железистых долек, так же обнаружена большая пери и интраканаликулярная фибroadенома, лишенная капсулы.

Случай № 98. Б-ная 32л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 20.X-42г. по поводу доброкачественной опухоли грудной железы.

Опухоль в левой грудной железе заметила в июне м-це 1942г., но опухоль большую не беспокоила, и она к врачам не обращалась.

Замужем. Имел 4 беременности, окончившиеся 3 нормальными родами и 1 абортom. Детей кормила грудью.

Клинический диагноз: опухоль грудной железы.

Объективные данные: в левой грудной железе в наружно-верхнем квадранте прощупывается опухоль плотная, подвижная, окружающая ткань неравномерно плотная.

26.X-42г. произведена операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № III991.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия с образованием узла аденомы.

На препарате видны группы мелких кист на месте железистых долек. Встречаются единичные крупные кисты, выстланные уплощенным эпителием и кисты, выстланные эозинофильным эпителием, образующим сосочки. В ткани грудной железы обнаружен узел аденомы, не имеющий капсулы.

Случай № 99. Е-ная 42л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 18.УШ-1942г., по поводу опухоли грудной железы.

Два месяца назад случайно заметила опухоль в правой грудной железе, обратилась к врачу, который и направил ее в онкологическую клинику Физиотерапевтического института.

Замужем, имела 3 беременности, кончившиеся: 1 - родами и 2 - абортами. Ребенка кормила грудью. Менструации регулярные.

Объективные данные: в правой грудной железе в верхне-наружном ее квадранте и в центре грудной железы имеется опухоль, величиной с куриное яйцо, контуры узла ровные, консистенция плотная. Опухоль с соском не спаяна.

Клинический диагноз: хронический кистозный мастит.

24.УШ-секторное иссечение грудной железы.

Гистологическое исследование № III752.

Патологогистологический диагноз: кистозная мастопатия.

На препарате кисты, выстланные уплощенным эпителием, встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием. В строме железы значительное развитие фиброзной ткани. В просвете кистозно расширенного протока папиллярная аденома с мощной соединительной тканью ножкой, эпителий аденомы мелкий, без значительной пролиферации. В просвете протока белковая жидкость.

Случай № 100. Б-ная 40л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 3.УШ-1942г. по поводу опухоли правой грудной железы.

Месяц тому назад заметила опухоль в правой грудной железе. Опухоль постепенно увеличивалась и, больная обратилась к врачу.

Замужем с 18 лет. Было 3 беременности, окончившиеся 3 искусственными абортами.

Объективные данные: в правой грудной железе несколько выше и кнаружи от соска, под кожей имеется небольшая с левой орех опухоль, плотной консистенции, болезненная при пальпации.

Клинический диагноз: фибroadенома правой грудной железы.

7. IX-операция удаления опухоли.

Гистологическое исследование № III815.

Патолого-гистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия с образованием фибroadеномы.

На препарате встречаются единичные довольно крупные кисты, встречаются группы мелких кист на месте желези-

стых долек. Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием. В ткани удаленной железы много фиброаденом, одна крупная с капсулой и несколько мелких на месте железистых долек.

Случай № 101. Б-ная 39л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 5.XI-44г. по поводу опухоли грудной железы.

15 месяцев назад в правой грудной железе появилась опухоль, которая постепенно увеличивалась и стала величиной с грецкий орех.

Замужем. Имела 2 беременности, окончившиеся нормальными родами. Детей кормила грудью. Менструации с 13 лет, регулярные.

Объективные данные: в правой грудной железе под соском имеется инфильтрат, на фоне которого отмечаются многочисленные плотные узлы.

Клинический диагноз: мастопатия.

14.XI - операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора ограниченное развитие плотной белесоватой ткани с множественными мелкими кистами, заполненными зеленовато-желтым, прозрачным содержимым.

Гистологическое исследование № II4525.

Патологогистологический диагноз: фиброно-кистозная мастопатия.

Среди тяжелой фиброзной ткани кисты, выстланные уплощенным эпителием, встречаются группы кист, выстланные сочным кубическим и даже цилиндрическим эпителием.

Встречаются железистые дольки с кистозно расширенными концевыми отделами. Интерстициальная ткань в железистых дольках плотная, фиброзная, отшнуровываются кистозно расширенные концевые отделы. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 102. Б-ная 40л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского физиотерапевтического института 18.IX-43г. по поводу опухоли правой грудной железы, которую заметила случайно в средних числах августа. В мае 1943г. ударила лопатой правую грудную железу.

Менструации с 15 лет, по 3 дня, безболезненные, регулярные, через 1 месяц.

Замужем, беременностей 7, нормальных родов - 3, 4 искусственных аборта. Детей кормила грудью. 20 лет назад был правосторонний мастит.

Объективно: в верхне-наружном квадранте правой грудной железы опухоль, величиной с фасоль, плотная, хорошо подвижная, по отношению кожи и подлежащих тканей, безболезненная при пальпации. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Клинический диагноз: фиброаденома правой грудной железы.

Гистологическое исследование № 113051.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Диффузное развитие сочных коллагеновых волокон, среди которых встречаются единичные дольки и единичные кистозно расширенные протоки. Интерстициальная соединительная ткань развита вокруг долек и про-

токов. Отдельные концевые пузырьки долек кистозно расширены.

Случай № 103. В-ная 39л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 9.Ш-1944г. по поводу опухоли левой грудной железы.

12.1-1944г. больная заметила безболезненную опухоль в левой грудной железе.

Замужем. Беременностей было 3, все закончились нормальными родами, детей кормила грудью. Менструации с 15 лет, регулярные по 5-6 дней, обильные безболезненные.

Объективные данные: в левой грудной железе определяется грубая дольчатость с диффузными участками уплотнения, при пальпации эти участки болезненны. В одном месте узел величиной с горошину.

Клинический диагноз: опухоль левой грудной железы.

Произведена операция секторного иссечения грудной железы.

Описание макропрепарата: в ткани удаленного сектора грудной железы, среди тяжелой белесоватой, плотной ткани встречаются кисты различной величины от булавочной головки до горошины, в просветах кист содержится зеленовато-желтая, прозрачная жидкость, в одном участке обнаружена плотная опухоль, величиной с горошину, ^{на} разрезе опухоль капсулы не имеет, ткань ее грубо зернистая.

Гистологическое исследование № 113689.

Патологогистологический диагноз. Фиброзно-кистозная мастопатия. Диффузное развитие коллагеновых волокон. Встречаются единичные кисты из эозинофильного эпителия.

Обнаружен узел интраканаликулярной фиброаденомы.

Случай № 104. Б-ная 36л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 30.XI-45г. по поводу опухоли грудной железы. Опухоль впервые заметила в августе 1945 г.

Замужем. Было 5 беременностей, из них окончились нормальными родами 2 и 3 - абортами.

Объективные данные: в левой грудной железе в верхне-внутреннем квадранте пальпируется плотный узел с голубиное яйцо, безболезненный, подвижный, на остальном протяжении в ткани железы грубая дольчатость. В правой грудной железе также пальпируется грубая дольчатость.

Клинический диагноз: доброкачественная опухоль грудной железы.

3.XII-45г. операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора грудной железы среди тяжелой белесоватой плотной ткани встречаются группы кист, величиной до просянного зерна, отдельные крупные протоки расширены.

Гистологическое исследование № Ц15869.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди фиброзной ткани множественные кисты, расположенные одиночно (более крупные) и группами. Кисты содержат белковую жидкость, эпителиа, выстилающий их, уплощен.

Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием, с небольшими сосочковыми разрастаниями эпителиа.

Случай № 105. Б-ная 36л. Поступила в Онкологическую

клинику Свердловского физиотерапевтического института 6.IV-1943 г. по поводу опухоли в левой грудной железе.

Опухоль заметила 7 лет тому назад, но больной кажется, что раньше она располагалась ниже грудной железы. Она на нее не обращала внимания.

Объективно. грудные железы средних размеров, одинаковы по форме, и в величине. В правой и левой умеренно выражены явления хронического кистозного мастита. Слева, в нижнем полюсе у места перехода железы в грудную клетку имеется опухоль с крупный лесной орех, поверхностно расположенный, очень подвижный с четкими контурами. Регионарные лимфатические узлы с горошину, неплотные.

Клинический диагноз: двусторонний хронический кистозный мастит. Аденома левой грудной железы.

7.IV-43г. операция секторного иссечения опухоли левой грудной железы.

Гистологическое исследование № II2560.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия и фибroadеноматоз.

Случай № 106. Б-ная ЗЭл. Поступила в онкологическую клинику Свердловского физиотерапевтического института 21.IV-1943г. по поводу опухоли левой грудной железы, которую обнаружила случайно месяц тому назад.

Консультатирована с проф. Ратнер - опухоль признана доброкачественной, рекомендована операция.

Менструации с 12лет, регулярные, по 3-4 дня, через 3 недели. Замужем, имела 4 беременности. Роды 1 и 3 аборта. Ребенка кормила грудью. В левой грудной железе были явле-

ния грудницы, но все обошлось без операции.

Объективно: в левой грудной железе во внутренне-нижнем квадранте имеется узел с четкими контурами. Сосок без изменений. Опухоль обладает хорошей подвижностью. В левой подмышечной впадине прощупываются мелкие, плотные железы.

Клинический диагноз: доброкачественная опухоль левой грудной железы.

26.IV операция секторного иссечения опухоли левой грудной железы.

Патологоанатомический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Гистологическое исследование № II2632.

Встречается множество кист, расположенных группами. Эпителий мелких кист сочный, цилиндрический, в крупных уплощен. Встречаются группы кист, выстланных возвышенными эпителием, образующим мелкие папиллярные выросты. Вокруг кист развитие фиброзной ткани. Концевые отделы долек кистозно расширены.

Случай № 107. Б-ная 30л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 7.II-42г. по поводу опухоли правой грудной железы, которую заметила 2 года назад.

Замужем. Было 3 нормальных родов. Детей кормила грудью.

Объективно: правая грудная железа больше левой. В наружной ее половине не очень ограниченная, эластическая опухоль.

Клинический диагноз: фиброзный мастит.

9. II-операция секторного иссечения опухоли правой грудной железы.

В ткани удаленного сектора среди тяжелой фиброзной ткани встречаются мелкие кисты, величиной до просыянного зерна. Встречаются отдельные крупные кисты, развившиеся по ходу протоков, но не сообщающиеся с протоками. Протоки также расширены.

Случай № 108. В-ная 37л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 29. УШ-46г. по поводу опухоли грудной железы.

19. УШ-46г. впервые заметила опухоль в левой грудной железе.

Опухоль лечила грелками, но она не уменьшалась.

Замужем. Было 4 беременности, все закончились нормальными родами, детей кормила грудью. Последние роды 8 лет назад. Менструации регулярные.

Объективные данные: в наружно-нижнем квадранте левой грудной железы прощупывается опухоль не очень плотная, дольчатая, величиной с голубиное яйцо. Опухоль подвижная, с кожей не спаяна. Осок левой грудной железы стоит выше правого на 2,5 см.

Клинический диагноз: мастопатия -от? левой грудной железы.

9. IV-46г. операция секторного иссечения.

Среди тяжелой белесоватой ткани встречаются мелкие кисты, в одном участке кисты образуют скопление - узел., величиной с голубиное яйцо, в кистах содержится прозрачная бледно-желтая жидкость.

Гистологическое исследование № II6924.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди фиброзной ткани группы кист, выстланных уплотненным эпителием. В одном участке - кистаденома.

Случай № 109. Б-ная 48л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института I.IX-39г. по поводу опухоли грудной железы.

С месяц тому назад заметила уплотнение в правой грудной железе, которое сначала не беспокоило, а дней 15 назад появились боли в грудной железе. Дней 10 назад появилось болезненное уплотнение и в левой грудной железе, постепенно увеличивающееся. Температура нормальная.

Замужем. Беременностей было 4, родов 4. Менструации с 17 лет.

Объективные данные: в левой грудной железе за соском пальпируется дольчатое уплотнение, без четких границ, не спаянное с кожей, величиной до боба. В правой грудной железе в верхненаружном квадранте имеется болезненное уплотнение, без четких контуров, не спаянное с кожей, величиной с куриное яйцо.

Клинический диагноз: мастопатия.

5.IX-39г. операция секторного иссечения из обеих грудных желез.

Гистологическое исследование № 100261.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

В ткани железы множественные кисты, единичные и груп-

пами. Железистые дольки большие, концевые отделы их кистозно расширены, выстланы кубическим и цилиндрическим эпителием. Интерстициальная соединительная ткань в дольках плотная фибровая, местами даже гиалинизированная. Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием, последний однослойный, местами пролиферирует, образуя сосочки.

Случай № 110. Б-ная 32л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института З. IV-42г. по поводу опухоли грудной железы.

Два месяца назад заметила опухоль в правой грудной железе, когда кормила грудью шестимесячного ребенка. Опухоль беспокоила больную, тем более, что она стала худеть.

Замужем. Имела I беременность, закончившуюся родами, в настоящее время кормит ребенка грудью.

Объективные данные: в правой грудной железе в наружно-верхнем квадранте над соском пальпируется хорошо подвижная опухоль, величиной с грецкий орех.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия.

Гистологическое исследование № 11562.

Патологогистологический диагноз: фиброно-кистозная мастопатия.

На препарате много кист. Одна из них величиной до грецкого ореха. В просветах кист содержится белковая жидкость. Эпителий большой кисты уплощен. Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием, образующим сосочковидные выросты.

нами. Железистые дольки большие, концевые отделы их кистозно расширены, выстланы кубическим и цилиндрическим эпителием. Интерстициальная соединительная ткань в дольках плотная фиброзная, местами даже гиалинизированная. Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием, последний однослойный, местами пролиферирует, образуя сосочки.

Случай № 110. Б-ная 32л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института З.ИУ-42г. по поводу опухоли грудной железы.

Два месяца назад заметила опухоль в правой грудной железе, когда кормила грудью шестимесячного ребенка. Опухоль беспокоила больную, тем более, что она стала худеть.

Замужем. Имела I беременность, закончившуюся родами, в настоящее время кормит ребенка грудью.

Объективные данные: в правой грудной железе в наружно-верхнем квадранте над соском пальпируется хорошо подвижная опухоль, величиной с грецкий орех.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия.

Гистологическое исследование № 11562.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

На препарате много кист. Одна из них величиной до грецкого ореха. В просветах кист содержится белковая жидкость. Эпителий большой кисты уплощен. Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием, образующим сосочковидные выросты.

Случай № III. Б-ная 34л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 30.IV-42г. по поводу опухоли обеих грудных желез.

Больна около 3 лет, когда нечаянно заметила опухоль в правой грудной железе, позже в левой грудной железе появились множественные мелкие опухоли.

Замужем. Имела 2 беременности, окончившиеся выкидышами.

Объективные данные: грудные железы большие, на ощупь неравномерно плотные, прощупываются отдельные плотные опухолевые узлы. Из соска правой грудной железы выделяется сукровичная жидкость.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия

Операция: секторное иссечение правой грудной железы. Описание макропрепарата: в ткани удаленного сектора множественные кисты, расположенные группами, величиной от просыаного зерна до горошинки. На разрезе протоки ниже соска кольцеобразно расширены, в просветах их содержится прозрачная бледно-желтая жидкость. В окружности кист развитие белесоватой кистозной ткани.

Гистологическое исследование № 10368.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Среди мнго фиброзной ткани множественные кисты, расположенные группами. Встречаются железистые дольки с кистозно расширенными концевыми отделами, интерстициальная ткань в дольках фиброзная, отшнуровываются кистоано-расширенные концевые отделы.

Случай № 112. В-ная 55 лет. Поступила в онкологическую клинику Свердловского физиотерапевтического института 31.УШ-42 г. по поводу опухоли грудной железы.

Два года назад заметила опухоль правой грудной железы. Но опухоль почти не увеличивалась, и больную не беспокоила. За последние месяцы опухоль стала увеличиваться, и появились кровянистые выделения из соска.

Замужем. Было 13 беременностей, из них 12 родов и 1 выкидыш.

Климакс 8 лет. Менструации с 17 лет по 6 дней безболезненные.

Объективные данные: над правым соском лепешкообразная подвижная мелкобугристая плотная опухоль. Из соска серозные выделения.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия.

Операция - секторное иссечение.

Описание макропрепарата. В ткани удаленного сектора грудной железы группа кист, образующих узел цистоаденомы, капсулы нет. В окружности узла развитие фиброзной ткани с рассеянными то там, то здесь мелкими кистами.

Патологогистологическое исследование № 114527

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Среди фиброзной ткани группы кист различной величины. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием, последний пролиферирует, образует сосочковые выросты. В одном участке узел цистоаденомы.

Случай № II3. Б-ная 44л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 27.XII-1941г. по поводу опухоли правой грудной железы, которую заметила неделю тому назад.

Замужем. Беременностей - I, аборт - I.

Объективно: в наружной половине правой грудной железы плотная подвижная опухоль. В окружности плотные узлы.

Клинический диагноз: хронический кистозный мастит.

19.I-42г. операция - удаления правой грудной железы.

Описание макропрепарата: в ткани удаленной грудной железы, очаговое развитие фиброзной ткани с разбросанными в ней мелкими кистами. Видны кистозно-расширенные протоки, в других отделах грудной железы.

Гистологическое исследование № 9137.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди тяжелой фиброзной ткани множественные мелкие кисты, расположенные группами, встречаются кистозно-расширенные протоки. Железистые дольки гиперплазированы, концевые отделы их расширены, в просветах содержится белковая жидкость. Эпителий концевых отделов сочный, высокий, цилиндрический, местами кубический.: Интерстициальная ткань в дольках фиброзная, разрастаясь, отшнуровывает концевые отделы. Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием, в некоторых железистых дольках в концевых отделах появляется эозинофильный эпителий.

Случай № 114. Б-ная 43л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического института 19.VI-41г. по поводу опухоли левой грудной железы, которую заметила 4 месяца назад.

Беременностей 4, родов 2.

Объективно: в наружном секторе левой грудной железы круглая, гладкая, подвижная опухоль с грецкий орех.

Клинический диагноз: хроническая кистозная мастопатия.

25.VI-операция секторного иссечения опухоли грудной железы.

Описание макропрепарата. среди тяжелой фиброзной ткани киста, величиной с грецкий орех, внутренняя поверхность ее гладка, а в полости содержится прозрачная, бледно-желтая жидкость. В окружности кисты в ткани железы развитие белесоватой, плотной ткани с множественными мелкими кистами.

Гистологическое исследование № II2245.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди тяжелой фиброзной ткани группы кист, расположенных группами, встречаются железистые дольки с кистозно-расширенными концевыми отделами. Интерстициальная ткань в дольках фиброзная, отшнуровываются кистозно-расширенные концевые отделы. Встречаются кисты выстланные сосочковым эозинофильным эпителием. Стенка большой кисты состоит из глиализированной ткани, эпителий, выстилающий ее уплощен.

Случай № II5. Б-ная 39л. Поступила в Онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 19.IV-41г. по поводу опухоли в левой грудной железе. Три года назад заметила припухлость левой грудной железы и 2 месяца тому назад - твердое образование.

Менструации нормальные. Роды - I. В настоящее время беременна.

Объективно: в левой грудной железе несколько уплотненных узлов. Один из таких узлов плотный, неровный, подвижный. Левые подмышечные железы несколько увеличены.

Клинический диагноз: хронический кистозно-фиброзный мастит.

Операция - секторного иссечения желез.

Описание макропрепарата. в ткани удаленного сектора железы участки уплотнения бледно-желтой ткани с мелкими кистами до булавочной головки величины.

Гистологическое исследование № II3383.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

При гистологическом исследовании обнаружены группы кист на месте железистой дольки с развитием фиброзной ткани в окружности. Кисты отшнурованы и нигде не видно связи с протоками.

Случай № II6. Б-ная 39л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 3.VI-42г. по поводу опухоли правой грудной железы, быстро растущей.

Заметила опухоль случайно в мае 1941г. 5.V-41 г.

опухоль амбулаторно удалена, но на ее месте опухоль стала расти снова.

Менструации с 14 лет по 5-6 дней обильные. Беременностей - 6, родов - 3, аборт - 3.

Объективно: в правой грудной железе отдельные уплотнения, сливающиеся между собой. Из соска выделяется насыщенно-желтая жидкость.

Клинический диагноз: хроническая кистозная мастопатия

Произведена операция секторного иссечения плотного участка.

Описание макропрепарата: ткань удаленного сектора с участками уплотнения и множеством мелких кист.

Гистологическое исследование № III677.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Среди фиброзной ткани группы кист, многие располагаются группами на месте железистых долек. Эпителий больших кист уплощен. Встречаются гиперплазированные железистые дольки с кистозно-расширенными концевыми отделами, эпителий их сочный, кубический. Интерстициальная ткань грубая, разрастаясь, отшнуровывает кистозно-расширенные концевые отделы. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ С
ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИЕЙ ЭПИТЕЛИЯ .

Случай № 117. Б-ная 48л. Замужем. Было 3 беременности, окончившиеся нормальными родами.

В правой грудной железе в 1937г. появилась опухоль, величиной с лесной орех. 28 ноября 1938г. опухоль была удалена, но так как рана в грудной железе не заживала, то больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института с подозрением на рак правой грудной железы.

При объективном исследовании: в области наружно-верхнего квадранта правой грудной железы обнаружена рана с распущенными швами, размерами 6 см. Края раны с вялыми грануляциями в области дна раны имеются гнойно-некротические наложения. В ткани грудной железы определяется грубая дольчатость. Лимфатические узлы в подмышечной, надключичной и подключичной областях не определяются.

Клинический диагноз: фиброаденома или рак правой грудной железы.

4.XII-38г. произведена операция удаления грудной железы:

При осмотре удаленной грудной железы обнаружено: среди плотной бледно-желтой ткани множественные довольно крупные кисты, также отмечается значительное отложение жира.

Гистологическое исследование № 7030.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

Описание гистологического препарата: Кусочек взят из внутрикистозной папиллярной аденомы. Опухоль состоит из

множества кистозных полостей, местами заполненных пролиферирующим эпителием, последний образует опухоль, состоящую из мелких желваковых пузырьков. В свободных кистозных полостях содержится белковая жидкость.

Случай № II8. Б-ная 46л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физioterапевтического института 9. I - 1942г. по поводу опухоли правой грудной железы.

Заметила опухоль в левой грудной железе в 1937 г. Была операция. При гистологическом исследовании оказалась фиброзно-кистозная мастопатия.

Около месяца в правой грудной железе вновь появилась опухоль, опухоль быстро увеличивалась и появились болевые ощущения.

Замужняя, имела I роды и 2 аборта.

Менструации регулярные.

Объективные данные: в левой грудной железе имеется рубец. В правой в наружно-нижнем квадранте пальпируется плотная, подвижная опухоль, величиной с орех, в окружности которого определяются грубая дольчатость.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия.

2. II - 42г. операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора диффузный участок, плотной белесовато-желтой ткани с вкрапленными мелкими кистами, величиной до булавочной головки.

Гистологическое исследование № II935.

Патологоанатомический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

Встречаются кисты, различной величины и формы. Концевые отделы ацинусов кистозно расширены. В выводных про-

токах эпителий пролиферирует, образуя внутрикистозные папиллярные аденомы.

Случай № 119. Б-ная 35л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 26.VI-46 г. по поводу опухоли правой грудной железы.

В феврале 1946г. заметила увеличение правой грудной железы и затвердение. Позднее появились боли в правой грудной железе.

Замужем. Была I беременность, закончившаяся нормальными родами. Кормила грудью до 9 месяцев.

Объективные данные: в наружно-верхнем квадранте правой грудной железы прощупывается участок дробинчатых уплотнений.

Клинический диагноз: фиброзная, правосторонняя мастопатия.

I.УП-46 г. операция секторного иссечения.

В ткани удаленного сектора узловатые участки уплотнения с мелкими кистам, встречаются единичные кисты с бледно-желтым желеобразным содержимым.

Гистологическое исследование № 116742.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброно-кистозная мастопатия.

При осмотре препарата обнаружено: множественные кисты, в некоторых папиллярные аденомы, состоящие из множества новообразованных железистых пузырьков. Встречаются кисты, выстланные голинофильным эпителием.

Случай № 120. В-ная 55 л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 16.V-46г. по пове-

ду кровотечения из грудной железы.

В апреле 1946г. заметила опухоль в левой грудной железе. Районный врач поставил диагноз: рак грудной железы, и больная была направлена в онкологическую клинику.

Замужем. Имеет 3-х взрослых детей.

Объективные данные. обе грудные железы неравномерно плотны, слегка увеличены - явления фиброзной мастопатии. При надавливании на область левого околососкового поля из соска появляются капельки темной жидкости.

Клинический диагноз: мастопатия. Папиллома левой грудной железы.

22.V-46г. ампутация левой грудной железы.

Гистологическое исследование № II6838.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

Описание гистологического препарата: на препарате множество кист различной величины и формы, эпителий их уплощен, в просветах белковая жидкость. Кисты располагаются по 3-4 вместе. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием. В кистозно расширенном протоке обнаружена папиллярная аденома, состоящая из множества мелких железистых пузырьков.

Случай № 121. Б-ная 37л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 11.II-1942г. по поводу опухоли левой грудной железы. Опухоль заметила случайной, 2 недели тому назад в грудной железе появились колющие боли.

Замужем. Роды были одни. Ребенка кормила грудью.

Объективные данные. в левой грудной железе над со-

ском имеется подвижная опухоль, величиной с грецкий орех.

Клинический диагноз: Фиброзно-кистозная мастопатия.

23. II - 42 г. операций секторного иссечения грудной железы.

В ткани удаленного сектора среди тяжелой плотной белесоватой ткани мелкие кисты, в одном участке киста величиной с лесной орех, в полости кисты заметно разрастание сочной серо-розового цвета ткани.

Гистологическое исследование № III 1046.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

В ткани железы много кист различной величины, конечные отделы долек кистозно расширены, протоки кистозно расширены, эпителий их пролиферирует, образуя внутридуктальную папиллярную аденому.

Случай № I 2. Б-ная 470. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 12. III - 1942 г. по поводу опухоли грудной железы.

3-4 недели тому назад случайно заметила опухоль в левой грудной железе величиной с лесной орех.

Замужем. Беременностей было 5, родов 2- и 3 аборта. Последняя беременность в 1929 г. Менструации с 14 лет.

Объективные данные: в верхне-наружном квадранте левой грудной железы имеется подвижная, плотная опухоль величиной с лесной орех, не спаивающаяся ни с кожей, ни с подлежащими тканями.

Клинический диагноз: фиброзная мастопатия.

16. III - 42 г. операция секторного иссечения опухоли.

В ткани удаленного сектора узловатое развитие белесоватой волокнистой ткани с вкрапленными мелкими кистами,

в одном участке киста величиной с горошину, внутренняя поверхность ее гладкая, в полости буроватая жидкость, в окружности кисты развитие плотной белесоватой ткани.

Гистологическое исследование № IIII22.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

В ткани железы множественные кисты, эпителий мелкий - пролиферирует, заполняя просветы среди кист, в строме железы значительное развитие фиброзной ткани.

Случай № I23. Б-ная 27л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 25.V-46г. по поводу опухоли левой грудной железы.

18.V-46г. случайно заметила небольшое затверждение в левой грудной железе, по поводу чего была направлена врачом из района в Свердловск.

Замужем с 19 лет. Имела одну беременность и один род. Менструации с 16 лет, безболезненные.

Объективные данные: обе грудные железы слегка отвисают. Левая грудная железа больше правой. В правой грудной железе в наружно-верхнем квадранте прощупываются отдельные дробинчатые узелки. В левой грудной железе пальпируется плотный безболезненный опухолевый узел, не связанный с подлежащими тканями.

Клинический диагноз: кистозная мастопатия.

3.VI-46г. операция секторного иссечения левой грудной железы.

Гистологическое исследование № II6733.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

Встречаются группы кист, выстланных эозинофильным эпителием, образующим сосочковидные выросты в отдельных кистах - внутрикистозные аденомы из эозинофильного эпителия.

Случай № 124. Б-ная 43л. 7 месяцев тому назад случайно заметила опухоль в правой грудной железе. Опухоль большую не беспокоила. За последнее время опухоль стала заметно увеличиваться, и появились множественные плотные узлы в грудной железе.

Больная обратилась в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института.

Менструации с 12 лет. Беременностей 5, родов 3, выкидышей - 2.

При объективном исследовании: в наружном квадранте правой грудной железы обнаружена подвижная эластичная опухоль величиной с голубиное яйцо, в окружности опухоли в грудной железе определяется грубая дольчатость.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия.

Произведена операция секторного иссечения.

Описание макропрепарата: в ткани железы множественные кисты различной величины, вокруг которых значительное развитие плотной желтовато-белой ткани, местами содержатся плотные участки ткани с мелкими чуть заметными кистами.

Гистологическое исследование № 8955.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

В одном участке среди фиброзной ткани, богатой клетками, множественные кисты различной величины и формы.

В другом участке альвеолы из эпителиальных клеток, в результате пролиферации эпителия кист и протоков. Вокруг эпителиальных альвеол круглоклеточная инфильтрация из лимфоидов и развитие соединительной ткани.

Случай № 125. Б-ная 40л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 22.IX-45г по поводу затвердения в левой грудной железе, которую заметила очень давно, и тогда же появились выделения из соска желтоватого цвета.

14.IX-45г. сразу повысилась температура, появился озноб, и в области опухоли появилась краснота и ощущение жара. Приняла несколько сеансов соллюкса, но улучшения не было.

Замужем, родов 3, аборт 3. Детей кормила грудью. Менструации регулярно.

Объективно: в левой грудной железе в наружном ее квадранте имеется плотная большая опухоль. В подмышечной впадине плотные, подвижные железы.

Клинический диагноз: рак левой грудной железы.

I.X-45г. операция радикальная мастэктомия.

Гистологическое исследование № II5688.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброно-кистозная мастопатия.

На препарате много кист, в 2-х внутрикистозные аденомы, состоящие из новообразованных железистых пузырьков, стенки которых состоят из слоя эпителиальных клеток, базальные мембраны отсутствуют. Фибroadенома без капсулы. В одном участке фибroadеномы отмечается новообразование железистых трубок, они сдавлены фиброзной тканью и

на месте их сохранились группы эпителиальных клеток.

Случай № 126. Б-ная 42л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 27. I-43г. по поводу опухоли в правой грудной железе и прогрессирующего похудания. Эту опухоль заметила 30. XII-42г. случайно во время мытья.

В прошлом никаких заболеваний грудной железой не имела.

Одна беременность, закончившаяся нормальными родами 18 лет назад. Больше не беременела.

Объективно: грудные железы небольшие, вялые. Соски в норме. В левой железе картина мастопатии, сильнее выраженная в верхней половине. Справа те же явления, преимущественно в верхней-наружной половине железы. Но кроме того, среди плотных тяжей имеется опухоль с грецкий орех, с слегка неровной поверхностью, расположенная на границе наружного и внутреннего верхних квадрантов. Эта опухоль плотная, подвижная. Лимфатические железы на I и II этапе не увеличены.

Клинический диагноз: двусторонняя мастопатия. Доброкачественная опухоль правой грудной железой.

I. II-43г. операция секторного иссечения опухоли правой грудной железой.

Патологоанатомический диагноз: пролиферирующая кистозная мастопатия.

Гистологическое исследование № II2332.

В ткани железы на месте железистых долек группы мелких кист. Местами в дольках образование аденоматозных узлов

из мелких железистых пузырьков, стенки которых состоят из клеток эпителия, базальные мембраны отсутствуют. Протоки расширены, в одном эпителии пролиферирует, местами почти заполняет просвет, образуя клеточные мостики, которые перекидываются через просвет протока.

Случай № 127. Б-ная 43л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физioterпевтического Института 12.VI-43г. по поводу опухоли грудной железы. Опухоль замечена 1,5 года назад.

Опухоль почти не увеличивается, безболезненная.

Замужем, имела 5 беременностей, из них 2 закончились нормальными родами, 3 - абортами. Детей кормила грудью.

Объективные данные: обе грудные железы на ощупь неравномерно плотны, грубо дольчатые. В левой грудной железе в верхне-наружном квадранте опухолевый узел, величиной с горошину, узел плотный, подвижной, безболезненный.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия, подозрение на начало рака.

14.VI произведена операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № 112797.

Патолого-анатомический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

На препарате вокруг протоков аденоматозные узлы, образующие муфты. Аденоматозные узлы состоят из множества новообразованных железистых пузырьков, стенка которых состоит из кубического эпителия, базальные мембраны и просветы отсутствуют. Вокруг этих аденоматозных узлов встречаются кисты, выстланные уплощенным эпителием. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 128. Б-ная 36л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 17.XII-43г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Полтора месяца тому назад заметила затверждение в левой грудной железе.

• Замужем. Было двое родов. Грудью детей не кормила. Менструации нормальные.

Объективные данные: грудные железы небольших размеров, в обеих явления хронической мастопатии с пролиферативными и глубокообразными уплотнениями. На этом фоне в левой грудной железе на 2 см. выше соска шаровидная опухоль величиной с лесной орех, но от нижне-наружной поверхности этой опухоли идут более плотные тяжи.

Клинический диагноз: опухоль левой грудной железы.

Гистологическое исследование № 1133/4.

Пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия с фиброаденомами.

Встречаются кисты различной формы и величины. Эпителий некоторых пролиферирует и почти полностью заполняет аденоматозной тканью просветы. Встречаются аденоматозные узлы из ткани новообразованных железистых пузырьков. Встречаются также кисты, выстланные эозинофильным эпителием. На месте отдельных железистых долек образованы узлы фиброаденом.

В одном месте обнаружена большая интраканаликулярная фиброаденома без капсулы.

Случай № 129. Б-ная 43 л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 2.XI 1942г. по поводу опухоли левой грудной железы, которую

заметила 4 года назад. Растет медленно.

Менструации правильные. Родов - 2, аборт - 5.

Объективно - в левой грудной железе на фоне хронического мастита, в наружном квадранте плотная опухоль с каштан, с бугристой поверхностью.

Клинический диагноз: хронический кистозный мастит.

9.XI - операция секторной резекции железы - обнаружена доброкачественная аденома.

Гистологическое исследование № 112035.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фибрино-кистозная мастопатия.

В ткани кистозно-расширенные протоки, выстланные уплощенным эпителием, в протоках содержится белковая жидкость. Встречаются группы кист на месте железистых долек. На месте отдельных железистых долек аденоматозные узлы, состоящие из множества новообразованных железистых пузырьков, лишенных базальной мембраны. Стенка пузырьков состоит из I слоя клеток кубического эпителия. Встречаются протоки с пролиферацией эпителия и заполнением просветов кистозными массами. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием. Интерстициальная соединительная ткань в дольках - плотная фиброзная. В аденоматозных узлах появляются тяжи гиалинизированной соединительной ткани. В ткани железы обнаружена интраканаликулярная фибroadенома.

Случай № 130. Е-ная 41г. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического института 28.XII-1942г. по поводу затвердения в левой грудной железе, которое заметила случайно около 2 месяцев назад.

Замужем. Беременностей - 2, аборт - 2. Менструации последние полтора года, путаются.

Объективно: в левой грудной железе на фоне хронического мастита, твердое, безболезненное подвижное уплотнение.

Клинический диагноз: фиброзно-кистозный мастит.

30.XII - операция секторного иссечения опухоли левой грудной железы.

Гистологическое исследование № II2246.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая фиброзно-кистозная мастопатия.

Встречаются интерплазированные ацинусы с кистозным расширением железистых пузырьков, эпителий их сочный, местами кубический, цилиндрический. Встречаются кистозно-расширенные протоки с перидуктальными аденомами, в виде муфт, окружающих протоки, состоящие из новообразованных железистых пузырьков, лишенных базальных мембран, стенка пузырьков состоит из слоя клеток кубического или цилиндрического эпителия. Встречаются группы кист из эозинофильного эпителия, эпителий пролиферирует и образует сосочковые выросты.

Случай № I31. Б-ная 52л. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 5.II-1944 г. по поводу кровоточащей грудной железы.

В конце 1942 г. заметила сукровичные выделения из соска, последнее время выделения стали кровянистыми.

Замужем. Имела 3 беременности, закончившиеся родами. Менструации отсутствуют два года.

Объективные данные: грудные железы большие, отвислые. Правая грудная железа больше левой, из соска ее выдавлива-

ются кровянистые выделения. В ткани железы прощупываются множественные узелки.

Клинический диагноз: кровоточащая грудная железа.

14. II произведена операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № 4775.

Патологогистологический диагноз: пролиферирующая кистозная мастопатия с образованием фиброаденомы, имеется распавшаяся интрадуктальная папиллярная аденома.

На препарате много кист различной величины и формы, выстланных уплощенным эпителием, содержащих белковую видимость. В расширенной протоке среди крови, распавшаяся папиллярная аденома, сохранились обрывки ткани, состоящей из пролиферирующего эпителия, образующего железистые пузырьки, стенка которых состоит из слоя кубического эпителия. В ткани папиллярной аденомы видны кисты, выстланные эозинофильным эпителием. На месте отдельных железистых долек узлы перидуктальной фиброаденомы. В сохранившихся железистых дольках разрастается фиброзная ткань.

Случай № 132. Б-ная 35л. Впервые заметила в правой грудной железе опухоль в 1933 г., с того времени опухоль увеличивалась мало, а поэтому больная к врачам не обращалась.

Менструации с 14 лет, приходили нерегулярно. Беременностей было 2, одни роды, один выкидыш. Ребенка кормила грудью до 1,5 лет. До замужества, когда больной было 28 лет, у нее был мастит, который вскрылся самостоятельно. Как отмечает больная, он был расположен в том же месте, где и опухоль.

Обратилась в онкологическую клинику Свердловского физиотерапевтического Института по совету врача, лечившего ее от гриппа.

При объективном исследовании: в правой грудной железе в нижне-наружном квадранте прощупывается мягкая, безболезненная. Опухоль в толще ткани грудной железы. Опухоль подвижная, величиной с лесной орех. В левой грудной железе также несколько мелких эластической консистенции узлов.

Клинический диагноз: мастопатия.

Произведена операция секторного иссечения опухоли правой грудной железы.

Описание макропрепарата: в ткани удаленного сектора грудной железы встречаются кисты величиной до горошины, содержащие прозрачную бледно-желтую жидкость. В окружности кист развитие белесоватой плотной ткани.

Гистологическое исследование № 116073.

Патологогистологический диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия с значительной пролиферацией эпителия.

Среди фиброзной ткани встречаются группы кист и узлы аденоматозной ткани из мелких железистых пузырьков. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием, образующим сосочковые разрастания.

Случаи с № 139 по 150 включительно приведены в тексте 2-й главч.

Ф И Б Р О А Д Е Н О З .

Случай № 151. В-ная 14 лет. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Сизинотерапевтического Института 13.XII 1938г. по поводу гипертрофии грудных желез.

Жалобы: на увеличение обеих грудных желез, особенно левой.

Считает себя больной с весны 1938г., когда впервые

заметьте увеличение и уплотнение обеих грудных желез, рост их происходит быстро, особенно левой грудной железой.

В октябре 1938г. б-ная приняла 4 сеанса рентгенотерапии, после этого, в течение 2-х пятидневок грудные железы не увеличивались, а затем начали увеличиваться снова.

Мать и отец здоровы. В прошлом перенесла корь, скарлатину. Менструации нет.

Объективные данные: обе железы с головы взрослого человека, в толще их прощупываются отдельные узлы, с кожей не спаяны, безболезненны.

Клинический диагноз: гипертрофия грудных желез.

13.III-38г. операция ампутации грудных желез.

Гистологическое исследование № 708У.

Патологогистологический диагноз: фиброаденоз. Гипертрофия железистых долек, концевые отделы их выстланы сочным кубическим или цилиндрическим эпителием, просветы в которых слегка расширены. Интерстициальная соединительная ткань вокруг железистых долек и протоков мощно развита, образует муфты.

Описание макропрепарата: грудные железы большие, на ощупь плотные, ткань их плохо режется ножом. На разрезе бледно-желтого цвета альвеолярного строения.

Случай № 152. Б-ная 18 лет. Поступила в онкологическую клинику Свердловского физиотерапевтического института 11.X-1943 г. по поводу безболезненной опухоли левой грудной железы, которая появилась 4 года назад. Незамужняя. Менструации с 13 лет, регулярные по 3-4 дня с болями внизу живота.

Объективно - левая грудная железа значительно увеличена, на коже ее развита венозная сеть. Внутренняя полови-

на железу занята плотной опухолью с четкими контурами, с бугристой поверхностью, подвижная. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Клинический диагноз: опухоль левой грудной железы.

ИЗ.Х - операция удаления опухоли левой грудной железы.

Гистологическое исследование № II6730.

Патолого-гистологический диагноз: фиброаденоз.

Опухоль не имеет резких границ и сливается с тканью железы. Кусочек взят из плотного участка. На препарате множество гипертрофированных железистых долек, лежащих одна возле другой. Концевые отделы долек выстланы сочным кубическим эпителием; в просветах их содержится белковая жидкость, некоторые кистозно расширены. Интерстициальная соединительная ткань плотная - фиброзная в виде тонких прослоек, окрашено по Van Wieson'у в красный цвет. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Описание макропрепарата: удаленная опухоль не имеет капсулы, ткань ее сливается с тканью железы, размерами 8 x 7 см. На разрезе бледно-серого цвета, зернистого вида.

Случай № 153. Е-ная 19 л. Поступила в онкологическую клинику Свердловского Физioterпевтического Института 26.IX-1942 г. по поводу опухоли правой грудной железы, появившейся около года тому назад. Опухоль вначале была величиной с горошину, не болела, а затем стала медленно увеличиваться в размере.

Не замужем. Месячные с 16 лет, необильные, по 3 дня.

Объективно: в правой грудной железе во внутренне-

верхнем и наружном квадрантах имеется опухоль величиной с два кулака. Опухоль плотная, состоит из отдельных узлов, спаянных между собой. Опухоль подвижная, безболезненная. Сосок и кожа не изменены.

Клинический диагноз: фиброаденома.

30.IX- операция - удаление опухоли правой грудной железы.

Гистологическое исследование № III899.

Патологогистологический диагноз: фиброкистозаденоз.

Ткань состоит из множества гиперплазированных железистых долек. Некоторые концевые отделы долек кистозно расширены, местами от кистозно расширенных протоков отходило несколько мелких кист частично отшнурованных от основного протока. Вокруг кист значительное развитие рыхлой интерстициальной ткани, образующей муфты.

Описание макропрепарата: опухоль с два кулака, поверхность ее узловатая, местами сливается с тканью железы. Режется с трудом. Поверхность разреза бледно-желтого цвета ячеистого строения.

Случай № 154. Б-ная 19 лет. Поступила в Онкологическую клинику Свердловского Физиотерапевтического Института 15.III-1941г. по поводу опухоли грудной железы. В апреле прошлого года больная заметила опухоль в левой грудной железе. Опухоль величиной с лесной орех, подвижная, безболезненная.

Не замужем. Менструации с 14 лет. Беременностей не было.

Объективные данные: обе грудные железы не соответствуют общему развитию. Величина каждой железы с голову однолетнего ребенка. Резко расширены подкожные вены. Левая

грудная железа больше правой. В правой грудной железе на фоне общего уплотнения имеется более плотный участок величиной с грецкий орех.

В левой грудной железе в верхней половине ее опухоль величиной с большой кулак.

Клинический диагноз: гипертрофия грудных желез и образование фиброаденом.

7.IV-4г. операция секторного иссечения.

Описание макропрепарата: в ткани удаленного участка сливающиеся опухолевые узлы, не имеющие капсулы. На разрезе сероватого цвета, зернистого вида.

Гистологическое исследование № 10911.

Патологогистологический диагноз: аденоз.

Опухоль состоит из железистых долек, концевые отделы которых кистозно расширены и множества изолированных желез различной величины. Просветы желез выстланы кубическим мелким цилиндрическим эпителием. Интерстициальная соединительная ткань слабо развита.

Случай № 155. Б-ная 19 лет. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 19.XII-42г. по поводу опухоли грудной железы.

12.XII-42г. случайно обнаружила опухоль в правой грудной железе.

Половой жизнью не живет. Менструации с 16 лет.

Объективные данные: в правой грудной железе в нижне-наружном квадранте, прощупывается опухоль величиной с куриное яйцо, опухоль плотная, без четких границ, сливается с тканью железы.

Клинический диагноз: хроническая мастопатия грудной железы.

29.ХП-42г. операция секторного иссечения.

Описание макропрепарата: ткань удаленного участка диффузно уплотнена, желтовато-белого цвета, ячеистого строения, плохо режется ножом.

Гистологическое исследование № II22II.

Патологогистологический диагноз: фиброаденоз.

На препарате видны гиперплазированные железистые доли с слегка расширенными концевыми отделами, выстланными сочным цилиндрическим эпителием. Вокруг и внутри железистых долек развитие рыхлой, отекающей соединительной ткани.

Случай № 156. Е-ная 20 лет. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 20.УП-46г. по поводу опухоли правой грудной железы.

Считает себя больной 2 месяца, когда впервые заметила опухоль в правой грудной железе размерами с грецкий орех, которая постепенно увеличивалась.

Больная замужем. 1,5 года. Детей нет. Менструации с 15 лет, протекают нормально, безболезненно.

Объективные данные: в правой грудной железе в наружно-верхнем квадранте имеется узел, величиной с куриное яйцо, контуры его почти не определяются, узел сдвигается вместе с тканью железы, безболезненный.

Клинический диагноз: фиброаденома.

24:УП-46г. операция секторного иссечения железы.

Патолого-гистологический диагноз: а д е н о з .

Описание макропрепарата: опухолевый узел величиной до куриного яйца, без капсулы, местами не отграниченные от ткани железы. На разрезе бледно-серого цвета, зернистого строения.

Гистологическое строение № II6837.

Патологогистологический диагноз: аденоз.

Опухолевая ткань состоит из множества желез, различной формы и величины, местами они располагаются в виде долек. Интерстициальная ткань слабо развита, значительно инфильтрирована круглоклеточными элементами (лимфоцитами).

Случай № 157. Больная 20 лет. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института II.I-46г. по поводу гипертрофии обеих грудных желез.

В марте 1945г. обнаружила в левой грудной железе опухоль величиной с лесной орех, которая не увеличивалась. Через две недели в правой грудной железе появилась аналогичная опухоль. Обе эти опухоли постепенно увеличивались вскоре стали увеличиваться и грудные железы.

Девушка. Менструации с 18 лет, регулярные.

Объективные данные: обе грудные железы большие, одинаковой величины. На ощупь уплотнены, грубо дольчатые. Ограниченной опухоли нет.

Клинический диагноз: гипертрофия грудных желез.

20.I-46г. операция частичного иссечения обеих грудных желез.

Описание макропрепарата. ткань удаленных участков диффузно плотна, плохо режется. На разрезе бледно-желтого цвета, ячеистого строения.

Гистологическое исследование № 8062.

Патологогистологический диагноз: фиброаденоз.

На препарате множественные железистые дольки, местами отдельные железы, окруженные муфтообразно развитой интерстициальной тканью, местами образующей структуру аль-

веоллярной, местами перидуктальной фиброаденомы.

Случай № 158. Б-ная 27 лет. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 8.IV-1946г. по поводу опухоли грудных желез и болей в правой грудной железе, усиливавшихся перед месячными.

В 1941г. была оперирована по поводу опухоли левой грудной железы, была сделана радикальная мастэктомия, при гистологическом исследовании злокачественной опухоли не было обнаружено. В декабре 1946 г. появилась опухоль и боли в правой грудной железе.

Не замужем. Менструации в норме. Беременностей не было.

Объективные данные: левая грудная железа удалена вместе с мышцами. Рубцы без особенностей. В правой грудной железе множественные плотные узелки, особенно их много в наружно-верхнем квадранте.

Клинический диагноз: хроническая фиброзная мастопатия.

15.IV-46г. операция секторного иссечения правой грудной железы.

Описание макропрепарата: ткань удаленного участка неравномерно плотна, состоит из множества сливающихся узлов, бледно-серого цвета, на разрезе имеющих зернистый вид.

Гистологическое исследование № II6387.

Патологогистологический диагноз: аденоз.

На препарате множество железистых долек и группы желез. Интерстициальная ткань слабо развита. Встречаются кисты, выстланные эозинофильным эпителием.

Случай № 159. Б-ная 28 лет. Поступила в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 9.III-1940г. по по-

воду опухоли грудной железы.

Больна около года, когда впервые заметила затверждение в левой грудной железе. В грудной железе появились боли, особенно перед менструациями.

Замудем. Было 2 беременности, обе закончились родами. Детей кормила грудью до года.

Объективные данные. в левой грудной железе пальпируются две узловатых опухоли, одна в верхне-наружном квадранте, а вторая в нижне-внутреннем квадранте. Опухоли не имеют четких контуров, ткань их сливается с тканью железы.

Клинический диагноз: мастопатия.

27.УП-1940г. операция секторного иссечения.

Описание макропрепарата. в ткани удаленного участка два сливающихся между собой и местами с окружающей тканью опухолевых узла, лишённые капсулы. Рехутся с трудом. На разрезе ткань в этих участках бледно-желтого цвета, альвеолярного строения.

Гистологическое исследование № 9304.

Патологогистологический диагноз: фиброаденоз.

На препарате гиперплазированные железистые дольки с муфтообразным развитием интерстициальной ткани.

Случай № 160. В-ной 27 лет. Поступил в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института I.УП-35г. по поводу гинекомастии.

Четыре года тому назад в области правой грудной железы появилось затверждение, увеличивающееся при физической нагрузке. Но несколько месяцев назад железа стала быстро расти и появились болевые ощущения. За последнее время появились слабость и похудание. Женат, имеет одного живо-

го и одного мертвого ребенка

Объективные данные: правая грудная железа больше левой. Правая грудная железа на ощупь равномерно уплотнена.

Клинический диагноз: гинекомастия.

15.VII-1936г. операция удаления грудной железы.

Гистологическое исследование № 2989.

Патологогистологический диагноз: фиброаденоз.

Случай № 71. Б-ной 37л. Поступил в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 6.IV-46г. по поводу опухоли правой грудной железы.

Три месяца тому назад заметил опухоль в правой грудной железе. Опухоль больного не беспокоила. За последнее время опухоль стала заметно увеличиваться.

Объективные данные: правая грудная железа несколько увеличена в размере. При ощупывании в ней определяется плотная дольчатость, в верхне-наружном квадранте дольчатая опухоль, слабо отграниченная.

Клинический диагноз: опухоль правой грудной железы.

14.IV-46г. произведена операция секторного иссечения.

Гистологическое исследование № II636I.

Патологогистологический диагноз: фиброаденоз.

Случай № 161. Б-ной 48л. Поступил в онкологическую клинику Физиотерапевтического Института 18.IV-46г. по поводу опухоли левой грудной железы.

Считает себя больным с I апреля 1946г., когда заметил в области соска левой грудной железы опухоль размерами с боб.

Объективные данные: имеется незначительная асимме-

в области соска имеется опухоль, плотно эластической консистенции, размерами с куриное яйцо, контуры опухоли не четко определяются, ткань опухоли сливается с тканью грудной железы. При надавливании из соска выделяется жидкость.

Клинический диагноз: Фибroadеноматоз.

Гистологическое исследование № 116385.

Патологогистологический диагноз: Фибroadеноз с образованием кист.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ .

Отечественная л и т е р а т у р а .

1. Абрикосов А.И. - Морфология злокачественных опухолей. Труды I-й Московской Областной конференции врачей по борьбе против раковой болезни. Изв. 1931г.
2. Абрикосов А.И. - Рак грудной железы, фиброзная мастопатия, фибroadенома. Основы частной патологической анатомии 1939 г.
3. Аничков Н.Н. - Общие данные о патогенезе и этиологии опухолей. Рак женской половой сферы. 1931г., Гос.Мед.изд.
4. Андрус А.Г. - Некоторые данные о карпологии злокачественных опухолей человека. I-й съезд онкологов УССР, 1938г.
5. Артель М.В. - Об аргентофильных волокнах притуберкулезе. Архив патологической анатомии и патологической физиологии, том I, вып. 5-6 1935 г.
6. Баландина Н.В. - К вопросу о реактивности организма и о состоянии активной соединительной ткани при гипоксии. Архив патологии, том IX, июль-август 1941г.
7. Богданова - О взаимоотношении альвеол и ходов молочной железы матки. Архив анатомии, гистологии и эмбриологии, № 3, том XVIII. 1938.
8. Богомолец А.А. - К проблеме этиологии и патогенеза рака. Злокачественные новообразования, 1937г.
9. Богомолец А.А. - Роль физиологической системы соединительной ткани в явлениях неоплазмы. Труды I-й Московской конференции врачей по борьбе против раковой болезни, 1931г.
10. Браун - Цитология секреторного процесса и прижизненная окраска молочной железы. Архив анатомии, гистологии и эмбриологии, том. XI, вып. I, 1932г.
11. Бриккер М.Ф., Брейте А.А., Тимофеева Л.А. - О взаимоотношениях между опухолью и организмом носителем опухоли. 1-й съезд онкологов УССР 1938г.

12. Брускин Я.М. - Клиническая и топографическая анатомия Биомедгиз, 2-е изд., 1935г.
13. Бумм А.А. - Акушерство . Изд.практич.медицины, 1905г.
14. Бухштат А. - Эластическая ткань в фоллопиевых трубах женщины. Монография № 1896 г.
15. Винокур - К вопросу о кровотокающем соске грудной железы. Вестник хирургии Грекова, 37 кн.105,106, 107- 1935г.
16. Вишневский и Гольшера - К вопросу о предраке. Архив биологических наук XXXIII-1933г. I-2.
17. Волошин - Краткий обзор случаев рака молочной железы, прошедших через клинику за последние 10 лет. Нов.хир.архив, т.37,кн.4.
18. Гаршин В.Г. - Воспалительные разрастания эпителия, их биологическое значение и отношение к проблеме рака, 1939г.
19. Гаршин В.Г. - Воспалительные разрастания эпителия и проблемы рака. Сборник, посвященный 25-летию научной деятельности проф. Н.И.Аничкова, 1935 г.
20. Гаршин В.Г. - О значении экзогенного фактора в генезе атипичных разрастаний эпителия. Вопросы онкологии, т.XI, вып. I, 1937г.
21. Герцен - Рак молочной железы. Злокачественные новообразования. Гос. Мед.изд. УССР, Киев, 1937г.
22. Герценберг - Апокринные железы и их патология, 1928г.
23. Гинзбург П.С. - Аллергические особенности патогенеза предраковых состояний и рака. I-й съезд онкологов УССР, 1938г.
24. Глазунов М.Ф. - Фибраденома грудной железы и ее место в система новообразовательных процессов. Архив пат.анатомии и физиологии, 1938г., т.IV, вып. I.
25. Глебина - Развитие молочной железы и ее секреторные процессы. Архив анатомии гистологии и эмбриологии, т.XXIII, вып.3.
26. Городецкий А.А. Спассокукоцкий Ю.А. - Функциональное изменение физиологической системы соединительной ткани под влиянием рентгеновских лучей и последующей терапии. Злокачественные новообразования, 1945 г.

27. Груздев В.С. - Курс акушерства и женских болезней, ч. II.
28. Давыдовский И. П. - Рак грудной железы
Учебник патологической анатомии, ч. II-я, 1935г.
29. Дерман Г.Л. - Современное положение вопроса о предраке с патологоанатомической точки зрения.
Вопросы онкологии, 1934г. т.5.
30. Дорфман - Патологическая анатомия кистовидной мастопатии и ее значение в хирургической практике.
Сборник Розанова, 1934г.
31. Заблудовский - Рак молочной железы.
Труды I-го Всеукраинского съезда хирургов, 1926г. 15-IX - 19.IX.
32. Заварзин - Молочные железы.
Курс гистологии и макроскопической анатомии, 1938г.
33. Заварзин - О номенклатуре клеточных форм фибробластического ряда в связи с вопросом о развитии теории мезенхимного резерва.
Сборник, посвящен 25-летней научной деятельности Аничкова Н.Н. 1935г.
34. Захарьевская М.А. - О генезе воспалительных разрастаний эпителия в опыте Фишера. Архив Пат. анатомии и пат. физиологии, 1935г., т. I, вып. 3.
35. Зильберберг - Рак молочной железы.
Труды I-го Всеукраинского съезда Хирургов, 1926г.
36. Зильберберг - Грудная железа. ВМД, т. 8, стр. 155-163.
37. Кавецкий Р.Е. - Роль активной мезенхимы в резистентности диспозиции организма к злокачественным новообразованиям.
I-й съезд онкологов УССР, 1938г.
38. Кадкин П.А. - Материал для микроскопической анатомии молочной железы, 1890г.
39. Карницкий Е.Э. - Изменение молочной железы по возрастам 1902г.
40. Кожевникова А.И. - Болезнь Рекля как предраковое заболевание молочной железы.
Московский Медич. журнал, 1930г. № 3.

41. Коздоба - О предраке грудной железы
Новый хирургич. архив, 1940г. т. 46, кн. 2
42. Коздоба и Шварц - Диагностические ошибки при опухолях и неопухолевых заболеваниях грудной железы. Новый хирургический архив ТЧ, кн. 2, 1938г.
43. Козлова - О предраке грудной железы.
Проблема клинической онкологии. Одесса, 1940г.
44. Колесников П. М. - К вопросу об отношениях между ростом эмбриональной ткани в тканевых культурах и бластоматозным ростом.
Вопросы Онкологии, 1934г., т. VI.
45. Копылов - Эластическая ткань в злокачественных новообразованиях.
Русский хирургич. архив, 1908г. № I.
46. Корницкий Г. Э. - Экзогенные и эндогенные теории опухолей. Труды I-й Московской Обл. Конференции врачей по борьбе против раковой болезни, 1931г.
47. Краснянская. - Предсуществующая и новообразованная соединительная ткань в раковых опухолях
Сборник трудов, посвящ. 35-летию научно-педагогич. деятельности Академика Аничкова Н. Н., 1946г.
48. Корнинг Г. К. - Топографическая анатомия, 2-е изд. 1936г
49. Крамаренко Ю. Ю. - Дополнение к работе "Фиброматоз молочной железы и рак".
Вестник хирургии и пограничных областей 1927г., т. X, кн. 30.
50. Крамаренко Ю. Ю. - Фиброматоз молочной железы и рак.
Труды I-го Всеукраинского съезда хирургов, 1927г.
51. Кронтовский - К теории простого атипического и бластоматозного роста. Вопросы онкологии, т. VI-1934г.
52. Криворотов - К патогенезу и оперативному лечению кровоточащей грудной железы.
Советская хирургия № 9, 1935г.
53. Кузьмина - Клиника и лечение фиброаденом.
Вестник хирургии, кн. I, т. 57, 1939г.
54. Кулеш - Болезни грудной железы
Учебник патологической анатомии, 1930г.
55. Кулябко - К морфогенезу рака грудной железы
Вопросы онкологии, 1935г., т. VII.

56. Кулябко - "О "темных" клетках в раке грудной железы.
Архив пат.анатомии, 1936г. т.П, вып.6.
57. Кучеренко - О некоторых конституциональных моментах при злокачественном бластоматозе.
Вопросы онкологии т. I вып. I 1937г.
58. Кушталов Н.Н. - Функция молочной железы человека при нормальных и патологических условиях
1932г., Астрахань.
59. Кроткина Н.А. - Об изменениях в печени у кроликов под влиянием смазывания кожи ушей "жидким"
Тезисы докладов на I-м съезде онкологов УССР, 1938г.
60. Ланда - Заболевания грудной железы по данным больницы Боткина.
Журнал Сов.хирургии, 1928г., т.Ш, в.2.
61. Ларионов Л.Ф. - Рак и эндокринная система
Ленинградский Рентгенологический институт, 1928 г.
62. Ларионов Л.Ф. - Рак как болезнь всего организма.
Вестник рентгенологии и радиологии, 1931г., т. IX, в. 4.
63. Лифшиц - О прекарциноматозах вообще и в области пищеварительного тракта в частности.
Врачебное дело, 1933г., 6-7
64. Лифшиц - Учение об опухолях. 1927г., стр. 101.
65. Лиценков - Нормальная анатомия грудной железы.
Учебник нормальной анатомии. 1923г
66. Магат М.А. - Современное состояние и задачи экспериментальной онкологии.
Вопросы онкологии, 1935г., т. УП.
67. Марабали А. - К вопросу о сифилисе молочной железы
Советская хирургия, 1934г., т. УП, вып. 5
68. Маслов И.И. - Туберкулезный мастит. Советская хирургия
1939г., том УП, вып. 4.
69. Массалитинов - К патогенезу злокачественного роста.
Архив пат.анатомии, 1940г., т. УI, вып. I-2
70. Медведева - Проблема рака в современной патологии,
1927г.
71. Мельников А.В. - Об особенностях рака грудной железы
Вопросы онкологии, 1935г. т. УИ, изд. УССР.

72. Мельников А.В. - О предраковых заболеваниях
Новый хир.архив, 1932г., т.28, кн.
3-4.
73. Мельников А.В. - Рак грудной железы
Клиника злокачественных опухолей,
под редакцией Лифшиц, 1931г. т.П.
74. Мельниченко А.В. - Изменение основного аргентофильно-
го вещества при туберкулезе
Архив патологии, 1944г., т. IX, № 4.
75. Мильман И.С. - Проблема рака. (доклад в Азербей-
джанской Мед. Обществе на на про-
тивораковой декаде г. Баку, п.
VI-1937 г.).
76. Мильман И.С. - К учению о нервной трофике, веге-
тативной теории рака и метоплазии
тканей. 1-й съезд онкологов СССР 1938.
77. Мирер - Некоторые данные о клинике и пато-
логической анатомии хронического
кистозного мастита.
XXXV лет. Научно-общественной дея-
тельности проф. Абрикосова.
78. Михайлов В.П. - Влияние воспаления на прививаемость
и рост раковых трансплантатов.
Труды I-й Московской Областной кон-
ференции врачей по борьбе против
раковой болезни, 1930г.
79. Молотков В.Г. - Феномен васкуляризации в развитии
дегтярной папилломы и карциномы бе-
лых мышц.
Вопросы онкологии, 1934г., т.5.
80. Невядомский М.М. - О патогенезе рака.
Проблемы экспериментальной онколо-
гии, биологии, 1938г.
81. Невядомский М.М. - Методологические ошибки современной
онкологии.
Проблемы онкологии. Биомедгиз, 1935г
82. Невядомский М.М. - Кривая онкологии
Проблема экспериментальной онколо-
гии, 1935г.
83. Нейман И.М. - Рак и воспаление
Архив биологических наук, 1939г.56.3
84. Немилев А.В. - Возрастные и физиологические изме-
нения молочной железы. Общий курс
микроскопической анатомии человека
и животных. 1925г.

85. Нечаева-Дьяконова - К вопросу о природе атипической эпителии молочной железы.
Хирургия, 1914г., т.35, № 210.
86. Нирнова Е. - К вопросу о гистогенезе кистовидных образований грудной железы.
Новая хирургия, 1925г., № 4.
87. Петров Н.Н. - Достоверное и спорное в патогенезе и этиологии злокачественных опухолей.
Вопросы онкологии, 1935г., т. VII.
88. Петров Н.Н. - Ранняя диагностика злокачественных опухолей.
Труды 22 с"езда хирургов, 1938г.
89. Петровский - Ошибки при распознавании рака грудной железы.
Хирургия, 1940г.
90. Пейсахович, Шухат, Маосалитов - К патогенезу злокачественного роста.
Архив пат.анатомии и физиологии, 1940г. т. VI, вып. 1-2.
91. Перельман - Рак молочной железы по материалам клиники.
Сборник научных работ, посвященных проф. Н.Н. Петрову.
92. Подвысоцкий - Этиология опухолей.
Основы общей и экспериментальной патологии, 1899г.
93. Познанин П.Л. - К вопросу о прекарциноматозном состоянии эпителия.
Труды I-го Всесоюзного с"езда патологов, 1939г.
94. Ратнер Л.М. - Диагностические ошибки и ранняя диагностика рака грудной железы.
Диссертация на ст.доктора мед.наук. Москва, 1946г.
95. Ратнер Л.М. - Прекарциноматозы пищеварительного тракта с клинической точки зрения.
Труды онкологической клиники 1936г.
96. Резуцкая - О закономерностях в изменениях общей архитектуры эпителия грудной железы женщины при злокачественной росте.
Архив пат.анатомии и физиологии, 1937г. т. III, в. 3.
97. Рубашкин - Основы гистологии и гистогенеза человека 1933г., ч. II.
98. Соболева - К вопросу о раковой диспозиции
Вопросы онкологии, 1939г. т. VI.

99. Смирнова-Замкова, Шведкова-Роше. - Прекарциноматоз с морфологической точки зрения. I-й с"езд онкологов УССР, 1938г.
100. Смирнова-Замкова - О значении основного аргентофильного вещества в норме и патологии. Архив патологии, 1946г., № 5-6.
101. Смирнова-Замкова - Изменение основного аргентофильного вещества в процессе старения организма животных. Арх.пат.анатомии и пат.физиологии. 1941г., т.VII, вып.I.
102. Сорин - Хронический мастит и "кровооточающая молочная железа" в эксперименте. Вестник хирургии т.58 №6 1939г.
103. Талалаев - Патологическая анатомия рака матки и грудной железы. Рак женской половой сферы, 1931г.
104. Татаринев Е.А. - О тканевой резистентности к бластоматозному росту. I-й с"езд онкологов, УССР, 1938г.
105. Тимофеевский А.Д. - Современное состояние экспериментальной онкологии и очередные ее задачи. Вопросы онкологии, 1935г., т.VII.
106. Улезко-Строганова - Эпителиальные разрастания в женской половой сфере и их значение при возникновении рака. Ленинград, 1940г.
107. Улезко-Строганова - К гонезу опухолевой клетки. Труды с"езда патологов, Ленинград, 1933г.
108. Улезко-Строганова - Проблема рака и активная мезанхима, 1940 г.
109. Улезко-Строганова - Значение воспаления в области злокачественного бластоматоза. Советский врачебный журнал, 1937г.
110. Улезко-Строганова - О комбинированных опухолях в женской половой сфере. Акушерство и гинекология, 1939г. № 4.
111. Фридман М.С. - Полипы нижнего отрезка толстой кишки и значение их, как прекарциноматозного заболевания. Тезисы докладов на I-м с"езде онкологов, 1938г.
112. Халинский - Прекарциноматозные заболевания и состояния кожи. Вопросы онкологии, 1934г., т.5.

113. Хлопин Н.Г. - Общепатологические и экспериментальные основы гистологии, 1946г.
114. Холдин - Препарации к опухолевому росту в свете экспериментальных данных Вопросы онкологии/г. П, кн. IV.
115. Холдин С.А. - Опухоли молочной железы. Вестник хирургии, т.30.
116. Холдин - Злокачественные новообразования молочной железы. 10 лет деятельности Ленинградского онкологического института, 1938г.
117. Цымбал В.Е. - Рост и превращение *in vitro* элементов фиброаденомы. Новости медицины. Злокачественные опухоли, 1947г.
118. Шабад Л.М. - Новые данные по экспериментальному изучению рака, 1941г.
119. Шабад Л.М. - О некоторых экзогенных и эндогенных бластогенных веществах. I-й съезд онкологов, УССР, 1938г.
120. Шанин А.И. - Злокачественные новообразования кожи Предрак, 1938г.
121. Шапиро Э.Л. - О предраковых состояниях по материалам хирургической клиники. I-й съезд онкологов УССР, 1938г.
122. Широкогоров И.И. - Анатомия злокачественных новообразований молочной железы. Злокачественные новообразования, 1937г. УССР, Киев
123. Ш т е и н - Воспалительные разрастания эпителия при некоторых формах туберкулеза Архив пат. анатомии и физиологии. т. IV, вып. I.
124. Штер-В. Меллен- Гистогенез и эмбриология молочной Дорф железы. Учебник патологии. 1936г.
125. Шербина Е.Г. - Проблема предраковых заболеваний женской половой сферы. Вопросы онкологии, 1934г., т. 5.

Иностранная литература.

- 126. Adrian - Впрыскивание фолликула для прекращения лактации.
..... *Surg. Gyn. Obst.* 1938г., 37.3.
- 127. Aschoff - Молочная железа
Pathologische Anatomie Bd II 635-645
- 128. Bloodgood - Голубые кисты при хроническом кистозном мастите
..... *The Journ. Amer. Med. Ass.* 92
14: 1056, 1059 1929г.
- 129. Bloodgood - Доброкачественные опухоли грудной железы - инкапсулированные аденомы
..... *Surg. Gyn. Obst.* 1940, # 3.
- 130. Borchardt - К сведениям о "Zystenmamme"
1932г.
- 131. Carpenter
Canty
Kauweder - Характеристика раковой клетки
..... *The Amer. Journ. Cancer* 1934,
УХХ # 2.
- 132. Cramer
Ahumada - Внутриканальцевая папиллома грудной железы
..... *Zbl. für Gyn* 1935
2
- 133. Damberg - О прекарциноматозных состояниях
..... *Zschr Krebsforsch* 1907 5.
- 134. Eggeling - Молочные железы
Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen 927 III/I
- 135. Ewing - Хронический кистозный мастит
Neoplastic diseases. A Treatise on tumors.
- 136. Harrington
Miller - Злокачественные изменения фиброаденом грудной железы
..... *Surg. Gyn. Obst.* 1940 # 3.
- 137. Harrington - Рак грудной железы и беременность
..... *Ann Surg.* 1937 106 690-700.

138. Harpprecht. - Наблюдение над "Фиброаденомой и раком
грудной железы, ..."
..... Tübingen Dietrich 1934
139. Hamperl. - По вопросу о преанцире
Wiener Klinische Wochenschrift
1941г. № 32 780-781.
140. Havemann. - Рост и дифференциация аденокарцином
грудной железы.
Zeitschrift Krebsforschung unter
Mitwirkung
..... 1936г
141. Hellner. - Преснильная инволюция грудной же-
лезы
Zbl. Chir. 1939 47-94 стр.
142. Hertzler. - Monogr. on Surg Path 1938
143. Hogenauer. - О развитии рака на почве доброкаче-
ственной опухоли грудной железы
Wien Wschr 1934 36-40стр
144. Johannsen. - Отдельные вопросы на проблемы на-
стоичив
Archiv für Klin Chir 1944
Bd 206, 367стр.
145. Judd. - Хронический кистозный мастит.
Collected paper
1919. 365стр.
146. Kastrop. - К вопросу о генезе рака грудной же-
лезы
Archiv Klin Chir 1944г
Bd 206, Heft 3.
147. Kaufmann. - Гистогенез рака грудной железы
Lehrbuch der speziellen pathologischen
Anatomie 1904 954-971.
148. Klein Schmidt. - Прекарциноматозное заболевание
Die Klinik des bösartigen Geschwülst. 1927г
28стр.

149. Kochs. - К вопросу о физиологии грудных желез *Geburt u Gyn.*
1937г. 106 1-2 1-23.
150. Lacasagne. - Гормональные патогенез аденокарцином грудной железы.
Amer. Journ of Gynec.
1936г. 27 № 2 p217-218.
151. Lewis.
Geschichter. - Овариальные гормоны при хроническом кистозном мастите.
Amer. J Surg 1934. 25 № 42
152. Lewis.
Geschichter. - Хронический кистозный мастит и рак грудной железы
Surg Gyn Obst 1928
602 300-307стр.
153. Macarty. - Гистогенез рака грудной железы
Collected papers by the Staff Mayo Clinic 1913 402 стр.
154. Marriott
Carpenter
Morehead - Хронический кистозный мастит и рак
Surg Gyn and Obst
1940 № 3.
155. Fumer, Brentano
Bertrand, Poilleux. - Цисто саркома
Journ de Chir 1938 т. 51
№ 4, стр. 506-531.
156. Nordmann - Плексоформная фиброма грудной железы
*Archiv path Anat und
physiologie und für Klin Medizin*
1892 Bd 127
157. Oliver.
Major. - "Cyclo mastopathia"
Amer. Journ Gynec. 1934 21 I
158. Patey. - Хронический кистозный мастит и рак
Surg Gyn. Obst V. 68
№ 6 1939 575-579 стр.
159. Rosenberg. - О значении менструальных изменений у грудных желез для хирурга
Zbl. Chir 1928 510 стр.

160. Saar. - Цистоаденокарцинома грудной железы
Archiv Klin-Chir 1907 Bd.
104 223 стр.
161. Saar. - Доброкачественные опухоли грудной железы.
Ergebnisse Chir u Orthopedi
1910 Bd I 415 стр.
162. Sailer. - Саркома грудной железы
Amer. Journ. Cancer 1937г. 31 183стр
163. Samuel. - Короткое сообщение о трудностях в диагностике опухолей грудной железы
Deutsche medizin Wochenschrift
1932 № 39.
164. Schiller. - Клинические признаки раннего рака шейки матки
Z.b.l. Gyn.... 1940 № 4 24 10-33
165. Stowers. - Симптом кровотечения или истечения из соска.
Gyn. Gyn. Obst
1935г. № 61 № 4
166. Warren, Lewis, Rossiter. - Хронический кистозный мастит с некоторыми особенностями классификации
Anna of Surg 1944 V 119 4
167. Warren. - Отношение хронического мастита к карцине грудной железы
Surg Gyn and Obst
№ 3 1940г.
168. Whitehouse. - Мастопатия и хронический кистозный мастит
Z.b.l. für Gyn
1935 1-20.
169. Weber. - По вопросу пепидлярной цистоаденомы соска
Z.b.l. Gyn. № 1-20
1936г.
170. Wolpers. - Кровоточащая грудная железа
Z.b.l. Gyn.
№ 1-20 1935 г.

О Вегенна.