

ких — везикулярное дыхание. Сердце расширено влево на один поперечный палец, тоны глухие, на верхушке — систолический шум.

Живот симметричен, умеренно вздут, не участвует в акте дыхания, значительно напряжен в левой и несколько слабее — в правой половине. Резкая болезненность по всему животу. Симптом Щеткина не выражен, симптом Раздольского резко положительный. Печеночная тупость не определяется. В отлогих частях живота — притупление перкуторного звука, смещающееся при повороте тела.

Л — 42 000, п. — 16%, с. — 66%, э. — 0%, м. — 2%, л. — 16%, РОЭ — 10 мм/час.

Диагноз: Разлитой гнойный перитонит, на почве прободения дизентерийной язвы. Сепсис.

Перед операцией вводили сердечно-сосудистые средства, физиологический раствор подкожно.

Операция производилась при постоянном капельном внутривенном переливании крови (500,0) и физиологического раствора (1000,0). Под местной анестезией произведена срединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости выделились воздух и до трех литров гноя с ихорозным запахом, с примесью каловых масс и фибринозных пленок. Тонкий кишечник вздут, гиперемирован, покрыт фибринозным налетом. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество прободных отверстий по всей длине сигмовидной кишки, нисходящей и в левой половине поперечно-ободочной кишки. Прободные отверстия располагаются по *tenia libera*, из всех отверстий вытекает содержимое кишечника.

Произведена одномоментная резекция сигмовидной, нисходящей и левой половины поперечно-ободочной кишок в пределах здоровой ткани. Дистальный конец сигмовидной кишки ушит трехрядными швами наглухо. Проксимальный конец поперечно-ободочной кишки выведен через дополнительный разрез слева и подшит к брюшине по типу *anus praeternaturalis*. Брюшная полость по возможности осушена. Через контрапертуру в правой подвздошной области она дренирована, и через трубку после зашивания раны брюшной стенки введено 100,0 раствора фурацилина 1 : 5000.

Удаленный препарат: Толстая кишка длиной 80 см, с множеством прободных отверстий (30), расположенных по *tenia libera*. Отверстия размером от 1 до 10 мм в диаметре. На слизистой поперечно-ободочной кишки — грибовидные разрастания красного цвета. Слизистая с фибринозным налетом. В окружности прободных отверстий стенка кишки резко истончена, во многих местах намечаются новые перфорации.

Через 10 часов после операции при явлениях тяжелой интоксикации и упадка сердечной деятельности наступила смерть.

Патологоанатомический диагноз: Состояние после резекции поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишок, по поводу перфорации дизентерийных язв. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит, гиперплазия селезенки. Дистрофия миокарда, печени, почек. Анемия.

Патогистологическое исследование препарата: Некрозы слизистой оболочки тонкого кишечника, в стенке кишечника — воспалительные инфильтраты.

Поступила 14 января 1959 г.

О РАКЕ, ВОЗНИКШЕМ НА ПОЧВЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ И СВИЩЕЙ

Канд. мед. наук Л. В. Грубер

Из Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии
(директор — проф. Л. И. Шулуток)

Возникновение рака на месте длительно не заживающих свищей, язв и рубцов — не столь редкое явление.

Еще в 1880 г. Добужинский опубликовал два случая кожного рака — пальца кисти и подошвы, а Н. Н. Яснитский в 1913 г. описал случай *carcinoma papillare* на рубце от ожога и уже тогда собрал в литературе 25 случаев ракового перерождения рубца. За последнее десятилетие подобные сообщения стали появляться чаще. Так, Б. Н. Постников приводит случай рака кисти, развившегося спустя 10 лет после ожога. П. А. Наливкин, Т. Л. Симонов и Н. С. Васнецов на протяжении 2,5 лет зарегистрировали 10 случаев ракового перерождения остеомиелитических свищей и изъязвившихся рубцов. Эти же авторы указали, что к моменту опубликования их работы (1954 г.) в литературе имелось описание 90 случаев рака, развившегося на рубцах.

И. Х. Геворкян из 500 больных с трофическими язвами у 9 обнаружил раковое перерождение, в связи с чем автор считает, что хронические язвы конечности являются предраковым заболеванием.

В возникновении злокачественного перерождения рубца всеми авторами подчеркивается значение длительного заживления раны и хронического раздражения рубца.

М. И. Неменов указывает, что рак кожи среди новообразований различных органов занимает одно из первых мест. По клиническому течению и гистологическим данным, он делит раковые новообразования кожи на поверхностные и глубокие. Первые возникают из базальных клеток зародышевого слоя кожи, не дают ороговения и метастазов. Глубокие раковые новообразования происходят из кожного плоского эпителия, характеризуются образованием так называемых «раковых жемчужин», прорастают все слои кожи и часто дают метастазы.

В Казанском институте ортопедии за последние 12 лет под наблюдением было свыше 500 больных с трофическими язвами и длительно не заживающими свищами. Из них раковое перерождение констатировано у 11: у двух в возрасте 32 и 37 лет, у других — старше 45 лет.

Причинами трофических язв, рубцов и свищей были огнестрельное ранение у 4 больных, отморожение — у 1, ожог — у 3, волчанка — у 2, и инфекция с развитием гематогенного остеомиелита — у одного. Сроки с момента повреждения или заболевания исчислялись многими годами, так: у 2 больных прошло 12 лет, у 3—16, у других — 43, 46, 48 и более лет.

Симптомы малигнизации появились значительно позже: у 2 больных — год назад, у 5 — 6 месяцев, у одной — 4,5 месяца; у 3 начало малигнизации установить не удалось.

Располагались раковые язвы у одного больного в пяточной области, у другого — в области голеностопного сустава, у двух — на туловище, у трех — на тыле кисти, у трех — на передней поверхности голени.

Причинами малигнизации оказались у 7 больных трофические язвы, у 4 — длительно не заживающие свищи, поддерживаемые в трех случаях диффузным остеомиелитическим процессом костей голени, и в одном — туберкулезным процессом.

Диагностика основывалась на внешнем виде язвы, субъективных ощущениях больного и данных биопсии. У 10 человек из 11 имелись жалобы на резкие боли в очаге поражения. Метастазы не были обнаружены ни разу. Гистологически у всех больных найден плоскоклеточный ороговевающий рак.

Основываясь на инструктивных указаниях (сборник по профилактике, диагностике и лечению злокачественных опухолей и предраковых заболеваний, 1956 г.), мы отнесли свои наблюдения в 9 случаях к третьей стадии заболевания, у 2 больных — к четвертой стадии.

Больные подверглись либо хирургическому, либо комплексному — хирургическому и лучевому — лечению.

При прорастании раковой опухоли в подлежащие ткани, при одновременном поражении скелета этой области, ставились показания к ампутации. Последних сделано 5, из них: у двух больных с раковым перерождением свища голени имелся диффузный остеомиелит большеберцовой кости, в двух случаях малигнизированная язва тыла кисти сопровождалась деструкцией подлежащих костей и секвестрацией сухожилий. Пятому больному, с раковой язвой пяточной области после огнестрельного ранения, в 1953 г. была произведена операция кожной пластики на широкой питающей ножке. Рубец, по-видимому, был иссечен не радикально, появился рецидив раковой опухоли. От повторной пластической операции больной категорически отказался, настаивая на ампутации. После операции прошло уже 5 лет. Чувствует больной себя хорошо.

Двое больных от ампутации отказались.

У четырех человек хирургическое лечение свелось к иссечению перерожденной язвы и использованию различных способов кожной пластики.

Так, у больной М., с раковой язвой тыла кисти на почве ожога, после иссечения дефект был закрыт «острым» лоскутом на широкой питающей ножке. Этот способ был применен потому, что при иссечении язвы и рубца оказались оголенными сухожилия,

для закрытия которых наиболее функциональным является лоскут с подкожной клетчаткой. После приживления лоскута больная была направлена на лучевую терапию. В течение двух лет она чувствует себя хорошо, работает на прежней должности педагогом.

Б-ной С. поступил в институт ортопедии по поводу свищей наружной поверхности области голеностопного сустава после туберкулеза мягких тканей и подтаранного сочленения. Болен с 1941 г. Несмотря на неоднократные курсы стрептомицинотерапии, свищи не закрывались. На рентгенограмме определялись отсутствие щели между пяточной и таранной костью, остеопороз костей. Так как туберкулезный процесс в суставе можно было считать затихшим, нам представлялось целесообразным все мягкие ткани, измененные хроническим воспалительным процессом, иссечь вместе со свищами и закрыть дефект биологически полноценным лоскутом, что и было сделано с помощью филатовского стебля. При гистологическом исследовании иссеченных тканей найден всюду плоскоклеточный ороговевающий рак. За больным установлено наблюдение. В течение года он себя чувствует удовлетворительно, работает.

У больных Б. и С., с обширными раковыми язвами туловища (межлопаточной области — у одного и крестцовой — у другого), после иссечения язв дефекты были закрыты свободными полнослойными перфорированными лоскутами. Последние в большей части некротизировались. Больной с язвой крестцовой области был переведен в онкоотделение для комбинированного лечения. Другому больному на гранулирующую рану повторно произведена свободная кожная пластика; после почти полного заживления раны он был направлен на лучевую терапию.

Впоследствии получены сведения, что у обоих больных язвы рецидивировали.

ВЫВОДЫ:

1. Для профилактики раковых перерождений длительно не заживающие свищи, язвы и изъязвляющиеся рубцы должны подвергаться активному лечению, заключающемуся в радикальном иссечении и кожной пластике.

2. При лечении раково-переродившихся трофических язв операции кожной пластики так же занимают видное место. Наиболее целесообразны биологически полноценные лоскуты на круглой или широкой питающей ножке.

3. В запущенных случаях, а также во всех случаях прорастания опухоли в подлежащие ткани конечности, методом выбора должна являться ампутация.

Поступила 21 апреля 1958 г.

ТРИ СЛУЧАЯ ХОРИОНЭПИТЕЛИОМЫ МАТКИ

И. Н. Николаев

Из гинекологического отделения (зав. — А. Д. Буркова)
Чебоксарского роддома (главврач — И. Н. Николаев)

Хорионэпителиома матки относится к числу наиболее злокачественно протекающих опухолей женского полового аппарата. От своевременной ее диагностики зависит жизнь больной. Однако, диагностика нередко запаздывает из-за малой настороженности врача в отношении этой опухоли.

При подозрении на хорионэпителиому основным средством в диагностике должно служить пробное выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба, что, к сожалению, редко осуществляется своевременно.

Приведу три наблюдения:

1. 24 августа 1954 г. в гинекологическое отделение поступила 6-ная 27 лет с диагнозом: хорионэпителиома.

Начало менструации с 18 лет. Двое нормальных родов, аборт не было. Больная с апреля 1954 г., когда перенесла пузырный занос. С тех пор находилась под постоянным наблюдением врачей. С апреля больная отмечает постоянное маточное кровотечение, не обильное. За это время 2 раза находилась на стационарном лечении и перенесла выскабливание полости матки 5 раз. С 16 августа кровотечения усилились.