

чных и подмышечных лимфоузлов, после пункции которых цитологически был установлен лимфогрануломатоз.

У 2 больных изменения в легочной ткани были найдены через 9—10 месяцев после установления лимфогрануломатоза периферических лимфатических узлов.

У 11 больных поражение плевры определялось на фоне значительного поражения лимфоузлов средостения.

Изменения в легких и плевре у большинства наших больных (у 25) выявлялись в период генерализации лимфогрануломатоза, при наличии выраженного поражения лимфоузлов средостения и других органов. Все больные этой группы отмечали общую слабость, потливость, сильный сухой кашель, температуру до 38°, а у одной больной выделялась мокрота с прожилками крови. У всех больных была ускоренная РОЭ.

Рентгенологически при лимфогрануломатозе наблюдались следующие легочно-плевральные изменения.

а. Выпот в плевральной полости — у 11 больных, причем у 2 наряду с выпотом были инфильтративного характера изменения в легких.

б. Инфильтративный характер изменения в легких — у 8 человек. Инфильтрация легких была односторонней. В одних случаях она достигала больших размеров, занимая один или два сегмента, а иногда и долю, в других инфильтрат занимал небольшой участок. Контуры инфильтрата были неровными, во многих случаях граница его постепенно переходила в нормальную ткань легкого.

в. Прикорневая инфильтрация легких, обусловленная переходом процесса с лимфоузлов корня легкого на легочную ткань, — у 7 больных.

г. Очаговая форма, выраженная как мелкая двухсторонняя диссеминация, — у одного больного. С односторонними очагами средней величины, размером от 1 до 2 см в диаметре, было 2 больных; с двухсторонними, напоминающими метастатические узлы, — 5. Одиночные крупные, округлые, хорошо очерченные гомогенные узлы размером около 4×5 см были у 3 больных. Наблюдалась также и редкая форма лимфогрануломатоза, где наряду с большим медиастинальным железистым tumorом и увеличением периферических лимфоузлов определялся округлый, около 5 см в диаметре, участок уплотнения в легком с распадом и образованием полости с горизонтальным уровнем.

д. У одного больного был распространенный специфический лимфангоит. В этом случае легкое было груботяжистым, сетчатым — по типу интерстициальной пневмонии.

е. Наконец, наблюдался и массивный медиастинальный tumor со сдавлением или прорастанием бронхов и ателектазом всего легкого — у 3 больных, с ателектазом верхней доли — у одного, средней доли — также у одного.

У детей при рентгеновском исследовании определялись те же формы, что и у взрослых.

Таким образом как у взрослых, так и у детей рентгенологически не отмечалось ничего специфического, что характеризовало бы процесс как лимфогранулему легких, и, следовательно, диагноз лимфогрануломатоза легких может быть поставлен только на основании клинико-рентгенологических сопоставлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенцианова В. М., Туркина И. Г. Тез. докл. I Всеросс. съезда рентгенол. и радиол. (28—31/VIII 1961 г.), Куйбышев, 1961. — 2. Старичков М. С. *Вопр. онкол.*, 1963, 10.—3. Успенский А. Е. *Лимфогрануломатоз*. Медгиз, М., 1958.—4. Фанарджян В. А. *Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки*. Ереван, 1958.

УДК 616—089—611.35—006

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН

К. И. Антонова

Ульяновский обл. онкодиспансер (зав. — А. А. Быстрицкий)

Непосредственные и отдаленные результаты лечения рака прямой кишки зависят от своевременной диагностики. Из числа 236 больных, обратившихся в онкодиспансер за последние 15 лет, рак прямой кишки в запущенной стадии был обнаружен уже при первичном осмотре в 27,9%. (По данным Х. Дж. Бассей и Б. С. Морисона, рак прямой кишки признан иноперабельным в 27,5%.)

Хотя прямая кишка доступна для пальцевого исследования и ректороманоскопии, пальцевое исследование было проведено у 60% больных, а ректороманоскопия всего у 13%. В результате 140 больных до поступления к нам лечились по поводу самых

разнообразных заболеваний: 22 — от дизентерии, 62 — от геморроя, 46 — по поводу гастрита и колита, 3 — от воспаления придатков матки и 7 — по поводу трещины и полипа прямой кишки; 69 больных не лечились вообще, и только 27 были направлены с правильным диагнозом. Наиболее ранний и постоянный симптом рака прямой кишки — наличие крови в кале. Она появляется в виде или мелких капель, или больших темных пятен, или прожилок крови, или сукровичной жидкости. У наших больных она была обнаружена в 94%. Нарушается ритмичная деятельность кишечника, возникает ощущение неполного опорожнения или чувство так называемого «кишечного дискомфорта», т. е. отсутствие удовлетворения выполненной функцией (по образному описанию С. А. Холдина).

Поносы или запоры отмечены нами у 72% больных, ложные позывы, тенезмы — у 35,5%, слизь — у 39,7%, гной (чаще всего при запущенных формах, при анальных и нижеампулярных локализациях поражения) — у 13%. Лентообразный стул обнаружен в 3,3%. Боли различной интенсивности (от неприятных ощущений до сильных и нетерпимых) внизу живота, иногда в крестце, прямой кишке были в 70%.

Среди наших больных было 170 (72%) женщин. Более частое развитие рака прямой кишки у женщин отмечают в своих монографиях С. А. Холдин и Ю. А. Ратнер. 60% больных были в возрасте от 50 до 70 лет (44% — свыше 60 лет) и 10,5% — в возрасте до 40 лет. Т. Н. Михерева указывает на преимущественную заболеваемость раком прямой кишки больных в возрасте свыше 60 лет (63,6%).

К моменту обращения к нам I ст. заболевания была всего у 1,2% больных, II — у 32,2%, III — у 38,5% и IV — у 27,9% больных.

Из 170 наблюдавшихся нами женщин 115 подверглись операциям. 75 больным проведена радикальная операция, 40 — паллиативная (наложение противоестественного заднего прохода). Отказались от операции 42 больные; операция была противопоказана у 13.

Циркулярное поражение прямой кишки было у 50 больных, из которых 21 произведена радикальная операция, 29 — паллиативная. Поражение двух третей прямой кишки отмечено у 20 больных. Поражение половины окружности выявлено у 25 больных, четверти полуокружности — всего у 9. Радикальные операции проведены при анальной форме у 7 больных, при ампулярной — у 51 и ректосигмоидной — у 17.

Были произведены следующие операции: одномоментная брюшнопромежностная экстирпация у 49 больных (умерли 8), внутрибрюшная резекция — у 16 (умерла 1), брюшно-анальная резекция с протягиванием сигмы и сохранением сфинктера — у 3, промежностная ампутация прямой кишки — у 7, наложение противоестественного заднего прохода — у 40 (умерли 2).

Таким образом, из 75 радикально прооперированных умерли 9 (12%). По данным Б. А. Петрова смертность составляла 7,6%, а по данным С. А. Холдина — 10,7%.

Непосредственной причиной смерти у шести наших больных был перитонит. Две умерли от сердечно-сосудистой недостаточности и одна — от шока.

После паллиативных операций из 40 больных умерли 2 от кахексии и интоксикации.

При внутрибрюшной резекции прямой кишки мы во всех случаях профилактически проводили цекостомию для разгрузки кишечника, что важно для сохранения швов анастомоза.

Из 49 одномоментных брюшно-промежностных экстирпаций 8 операций сочетались с удалением части влагалища и обоих яичников.

При инфильтративных формах и III ст. ракового процесса мы пользовались одномоментной брюшно-промежностной экстирпацией. Брюшно-анальную резекцию с протягиванием и сохранением сфинктера и внутрибрюшную резекцию мы выполняли при высоко расположенных и отграниченных формах рака.

Лучевая терапия при раке прямой кишки нами была применена у трех больных при рецидивах — без эффекта.

За последний год мы стали применять по методике, разработанной в Институте им. Герцена, пресакральное введение химиопрепаратов (тиотэф и циклофосфан) вместе с антибиотиками и новокаином. Нужно отметить, что после введения данных препаратов мы наблюдали небольшое уменьшение опухоли и увеличение подвижности ее.

Аденокарцинома обнаружена у 64 и другие формы рака — у 11 женщин.

Об эффективности лечения можно судить по отдаленным результатам. Из 46 радикально оперированных живы пять лет и более 22 больные (47,7%). Причем при II ст. из 30 оперированных живы пять лет и более 20 больных (66%), а при III ст. из 16 оперированных живы свыше пяти лет лишь две.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михерева Т. Н. *Вопр. онкол.*, 1963, 9. — 2. Ратнер Ю. А. *Опухоли кишечника*. Т. 1. Книгоиздат. Казань, 1962. — 3. Холдин С. А. *Злокачественные новообразования прямой кишки*. Медгиз, Л., 1955.