

сердца, осложненных мерцательной аритмией, у лиц пожилого и старческого возраста должен использоваться полный комплекс анамнестического, субъективного, объективного, лабораторного, инструментального, иммунологического и биохимического методов исследования, что поможет избежать диагностических ошибок.

Поступила 17 июня 1984 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—006.6—02:577.175.32

### Ю. И. Пронин (Полтава). О «раковой» стигматизации и ее сущности

В медицинской литературе, посвященной вопросам клинической онкологии, описываются так называемые «раковые» стигмы, которые появляются у людей задолго до развития у них доброкачественной или злокачественной опухоли. Речь идет о ряде особенностей анамнеза и данных объективного обследования некоторых онкологических больных. Сущность «раковых» стигм до сих пор неясна. В связи с этим мы решили проанкетировать 608 больных с опухолями различных локализаций, которые находились в стационаре областной онкологической диспансеры. Контрольной группой служили 779 человек с неопухольевыми заболеваниями, леченные в различных отделениях областной клинической больницы. У больных обеих групп предполагалось учитывать внешние признаки соматической гипофизарной дифференциации.

Больным был предложен целый ряд вопросов, на которые они могли в большинстве случаев без затруднений дать точный ответ и выразить его в цифрах. Помимо этого у них были зарегистрированы некоторые данные объективного обследования.

Анализ полученных результатов показал, что те анамнестические сведения и данные объективного обследования, которые некоторыми расцениваются как раковые стигмы, чаще всего встречаются у людей с гиперпитуитаризмом (акромегалиозом) и реже у лиц с гипопитуитаризмом (субнанизмом). Однако в пределах группы лиц с определенной соматической гипофизарной дифференциацией больные с опухолями и неопухольевыми заболеваниями имели «раковые» стигмы одинаково часто.

Можно предположить, что так называемые «раковые» стигмы являются гипофизарными, представляя собой отдельные и к тому же косвенные признаки и проявления гиперпитуитаризма. Между гипофизарными стигмами и опухолевой болезнью вряд ли существует причинно-следственная связь. Скорее их нужно расценивать как параллельные процессы. Появившись до развития опухоли, гипофизарные стигмы остаются и после ее возникновения (в готовом виде), воспринимаясь клиницистами как чисто «раковые» стигмы.

Как известно, в последние годы о некоторых явлениях (из числа «раковых» стигм) стали говорить как о «факторах риска» развития злокачественных новообразований. По-видимому, при определении групп повышенного риска проще и целесообразнее ориентироваться на прямые признаки акромегалиоза. Так, по нашим данным, большинство онкологических больных являются акромегалиозами. Математические расчеты показывают, что у них опухоль развивается в шесть раз чаще, чем у лиц с гипопитуитаризмом. Такая большая склонность к опухолевым заболеваниям обусловлена тем, что у акромегалиозов гипофиз отличается значительной потенциальной способностью к повышению своей соматотропной функции в условиях стресса. Последнее обстоятельство не может не способствовать малигнизации тканей в зоне «хронического пролиферата».

УДК 617.53—006.6—089.8

### В. И. Коченов, О. П. Гордечев (Горький). Случай первично-множественных злокачественных опухолей шеи

К., 58 лет, поступил в клиническое отделение оториноларингологии Горьковской областной больницы им. Н. А. Семашко 2/III 1980 г. с подозрением на новообразование гортани. При обследовании в гортани была обнаружена инфильтративно растущая опухоль  $T_3N_0M_0$ , распространившаяся на все этажи органа слева с переходом на голосовую складку справа, фиксацией левой половины и наличием небольшого участка экзофитного роста в области гортанного желудочка. Результат биопсии — плоскоклеточный неорогевевающий рак гортани.

Увеличения регионарных лимфатических узлов не было. Однако при пальпации органов шеи отмечены некоторое диффузное увеличение и уплотнение щитовидной железы. Произведена ее пункционная биопсия, результат которой не позволил конкретизировать происхождение изменений щитовидной железы.

На операции после Т-образного рассечения кожи шеи, вскрытия передней поверхности гортани и трахеи обнаружено резкое увеличение обеих долей и перешейка щитовидной железы, ткань которой во всех отделах представляла конгломерат мелких плотных узлов. Щитовидная железа была спаяна с гортанью, что могло означать прорастание опухоли гортани в щитовидную железу. Однако срочное гистологическое



Препарат удаленных единым блоком гортани и щитовидной железы, пораженных злокачественными опухолями разного гистологического строения.

исследование кусочков щитовидной железы из области перешейка и правой доли, взятых во время операции, опровергло это предположение. В препаратах тканей из щитовидной железы имелась аденокарцинома с участками фиброза и тиреоидита. Кроме этого, во время операции были обнаружены множественные лимфатические узлы в предгортанной клетчатке размерами с горошину. В связи с констатацией поражения не только гортани, но и щитовидной железы злокачественной опухолью другого гистологического строения тактика хирургической операции была изменена. Выполнены ларингэктомия и тиреоидэктомия, одновременно были удалены два органа единым блоком и две злокачественные опухоли разного гистологического строения. Общий вид удаленных тканей представлен на рисунке. Вслед за этим произведены пластика глотки, формирование постоянной трахеостомы, ушивание кожной раны.

Послеоперационный период протекал гладко, без нагноения раны. На 5-й день после операции канюля удалена. Гистологическое исследование лимфоузлов не подтвердило их опухолевого поражения. Несмотря на это, больной был направлен на послеоперационное облучение, которое было начато на 14-й день после операции и продолжено после выписки 30/III 1980 г. амбулаторно в суммарной дозе 45 Гй.

Больной находится под контролем в течение четырех лет; рецидивирования или метастазирования злокачественных новообразований не обнаружено.

Приведенное наблюдение является казуистическим, однако оно может свидетельствовать об общности этиологических моментов возникновения различных злокачественных опухолей шеи, еще раз подтверждает рациональность выделения в онкологии раздела — опухоли головы и шеи.

УДК 616.22—006:616.151.5

#### К. Ф. Ягудин, И. Д. Гордиевский (Ворошиловград). Состояние свертывающей системы крови у больных гиперпластическими ларингитами и опухолями гортани

Мы провели сравнительное изучение состояния гемокоагуляции у больных с доброкачественными опухолями, раком гортани I и II стадий и гиперпластическими ларингитами до лечения, а также после щадящих операций на гортани. С этой целью время свертывания крови определяли по Бюркеру, время рекальцификации плазмы — по Бергергофу и Рока, толерантность плазмы к гепарину — по Р. Марбет, концентрацию фибриногена — по Р. А. Рутберг, протромбиновый индекс — по Квику в модификации В. А. Кудряшова, фибринолитическую активность методом лизиса эуглобулинов плазмы, количество тромбоцитов — по Фонио, фибриноген Б — по Куммине и Лайонсу, тромботест — по М. А. Котовщиковой.

Были обследованы 90 больных (мужчин — 84, женщин — 6), страдающих новообразованиями гортани и хроническими гиперпластическими ларингитами. В возрасте от 20 до 30 лет было 6 больных, от 31 до 40 — 15, от 41 до 50 — 25, от 51 до 60 — 32, от 61 до 70 — 12. Контрольную группу составили 10 здоровых людей в возрасте 23—27 лет. Рак диагностирован у 28 больных, из них у 5 — I стадии, у 23 — II; верхнего отдела — у 3, среднего — у 25. Плоскоклеточный рак с ороговением выявлен у 23 пациентов, без ороговения — у 5. Доброкачественные опухоли гортани установлены у 32 больных, гиперпластические ларингиты — у 30.

22 больным раком гортани после клинического обследования и соответствующей

Показатели гемокоагуляции у больных с заболеваниями гортани

| Группа обследованных                                     | Время свертывания крови, с | Протромбиновый индекс, % | Количество тромбocитов · 10 <sup>9</sup> в 1 л | Время рекальцификации, с | Толерантность плазмы к гепарину, с | Количество фибриногена, г/л | Фибринолитическая активность, мин |
|--|----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Контроль . . . . .                                       | 240,5±7,9                  | 83,1±12,7                | 314,6±11,4                                     | 93,5±6,6                 | 570,0±31,6                         | 2,7±0,2                     | 206,2±8,8                         |
| Больные с доброкачественными опухолями гортани . . . . . | 237,3±6,7                  | 91,1±2,0                 | 338,5±11,5                                     | 93,0±2,9                 | 56,4±6,0                           | 3,3±0,2                     | 249,6±7,8                         |
| Р  | >0,5                       | <0,05                    | >0,5   | >0,5                     | >0,5                               | <0,05                       | <0,01                             |
| с гиперпластическими ларингитами . . . . .               | 244,4±2,5                  | 91,2±2,2                 | 356,1±16,6                                     | 96,3±2,9                 | 562,3±21,4                         | 3,6±0,9                     | 261,4±11,2                        |
| Р  | >0,5                       | <0,05                    | <0,05  | >0,5                     | >0,5                               | <0,01                       | <0,001                            |
| раком гортани I и II стадий . . . . .                    | 249,4±7,3                  | 94,1±2,7                 | 352,3±20,8                                     | 93,7±3,1                 | 554,6±34,0                         | 3,8±0,3                     | 268,9±7,8                         |
| Р  | >0,5                       | <0,01                    | >0,5   | >0,5                     | >0,5                               | <0,01                       | <0,001                            |