

них была множественная локализация и при этом, как правило, одна из нескольких опухолей также располагалась в начальной части тонкой кишки. У одного больного четыре однотипных по характеру опухолевых узла (недифференцированный мелкокле- точный рак) находились в двенадцатиперстной (три) и начальном отделе тощей кишки (один). У другого пациента 6 узлов ретикулосаркомы локализовались на про- тяжении 1,5 м тощей кишки в среднем ее отделе и один — в 15 см каудальнее связ- ки Трейца.

В связи с распространенностью опухолевого процесса 9 больным были произве- дены операции только паллиативного характера — обходные анастомозы, ограничен- ные резекции кишки, разгрузочные кишечные свищи, эксплоративная лапаротомия. У 17 больных удалось осуществить радикальные оперативные вмешательства, которые заключались в резекции кишки вместе с опухолью и иссечении части брыжейки с на- ходящимися в ней регионарными лимфоузлами. Двум больным пришлось выпол- нить резекцию кишки на двух уровнях. У одного больного резекция некротизирован- ной в результате инвагинации кишечной петли с опухолью дополнена при повторном оперативном вмешательстве удалением путем энтеро- и гастротомии трех полипов из тощей, одного — из подвздошной кишки и четырех — из желудка.

При гистологическом исследовании удаленных опухолей установлено, что у 4 больных они были доброкачественными, а у 19 имели злокачественный характер. Нет сведений о гистологическом характере трех удаленных опухолей. Из числа выпи- санных после перенесенной операции (18 чел.) более 3 лет живы 10 больных, причем 6 из них живут пять и более лет. Среди пациентов, оперированных в плановом по- рядке, исходы лечения существенно лучше.

Внимание врачей общего профиля при жалобах больного на боли в животе или иные нарушения нормальной функции внутрибрюшных органов не должно ограни- чиваться обследованием только желудка или (и) толстого кишечника. Нельзя вы- пускать из поля зрения и средний отдел желудочно-кишечного тракта — тонкий ки- шечник, где очаговые процессы (доброкачественные и злокачественные опухоли, яз- вы, рубцовые изменения, спайки или иная патология) являются столь же реальными, как и на любом ином уровне пищеварительной трубки.

УДК 616.3—006

#### Н. П. Силитрин, В. Ф. Диденко, А. М. Батраков (Саранск). Полинеоплазии желудочно-кишечного тракта

Первично-множественные опухоли могут развиваться как синхронно, так и мета- хронно, причем последние диагностируются чаще. Частота поражения органов и систем различна, но, как правило, первично-множественные опухоли локализируются в желудочно-кишечном тракте, затем в коже, молочной железе, легких.

В Мордовском республиканском онкологическом диспансере за два года (1979— 1980) первично обратились и получили соответствующее лечение 370 больных с за- болеваниями желудочно-кишечного тракта. У 9 из них обнаружены первично-мно- жественные опухоли (не считая кожной локализации), что составило 2,4% (женщин — 6, мужчин — 3; в возрасте от 31 до 41 года — 3, от 51 до 61 — 5 и старше 61 года — 1 человек). Двойная локализация выявлена у 4 пациентов, тройная — у 3, опухоли четырех локализаций — у 1 и пяти — также у 1 больного. Синхронно опухоли раз- вивались у 5, метакронно — у 4 человек.

Приводим краткие данные о некоторых больных.

Ф., 56 лет, поступила в клинику 13/VIII 1979 г. с диагнозом — рак слепой кишки в III стадии, подтвержденный при ирригоскопии. Жалобы: общая слабость, тупые боли в правой половине живота, жидкий стул с примесью слизи.

После подготовки 16/VIII 1979 г. больная прооперирована. При ревизии брюш- ной полости в восходящем и нисходящем отделах толстой кишки найдены две опу- холи. Произведена колэктомия с наложением анастомоза между подвздошной и дистальным отделом сигмовидной кишки. Гистологический диагноз: в обеих локали- зациях кишки — аденокарцинома. Осложнений после операции не было. Выписана домой. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно.

Р., 31 года, поступила в клинику с диагнозом — рак прямой кишки в III ста- дии, частичная кишечная непроходимость, опухоль яичников. После соответствующей подготовки 10/I 1980 г. больная прооперирована. Обнаружены раковая опухоль ам- пулярного отдела прямой кишки с инфильтрацией в параректальную клетчатку и дис- семинацией тазовой брюшины, киста левого яичника на широкой ножке, рак правого яичника, метастазы в большой сальник. Произведены двусторонняя овариэктомия с резекцией большого сальника, двустольный противостественный анус. Гисто- логический диагноз: низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки, аде- нокарцинома с ослизнением правого яичника, папиллярная цистаденома левого яич- ника. После операции проведен курс полихимиотерапии: 5-фторурацилом и циклофос- фаном. Выписана 15/II 1980 г. Умерла 15/V 1980 г.

Во всех случаях опухолевого процесса желудочно-кишечного тракта необходимо помнить о возможности первично-множественного процесса. Поэтому во время



лапаротомии следует проводить тщательную ревизию всего толстого кишечника. Больные после успешного оперативного лечения рака пищеварительного тракта подлежат постоянному диспансерному наблюдению и периодически проводимым рентгенологическим и эндоскопическим обследованиям.

УДК 618.17—008.8+611.711:616—073.75

**Я. Н. Ниязов, Р. А. Ниязова (Уфа). Рентгенологические изменения скелета у женщин с нарушениями менструальной функции**

Мы наблюдали 67 женщин в возрасте от 20 до 50 лет с нарушениями менструальной функции. У 10 из них констатированы аменорея, у 11 — синдром Штейна—Левенталя, у 43 — дисфункционально-маточные кровотечения различной этиологии, у 3 — климактерические и постклимактерические синдромы. Указанным больным проведено рентгенологическое исследование скелета, причем у 45% были обнаружены костно-суставные изменения.

На рентгенограммах черепа у 17 женщин выявлены остеопороз в передних отростках клиновидной кости, уплотнение костей свода черепа (чаще в лобной кости), слабо выраженный линейный и неравномерный остеосклероз дна и спинки турецкого седла, многоконтурность дна турецкого седла с деформацией, неравномерное уплотнение венечного и частично лямбдавидного швов.

Из 17 больных у 7 выражен рисунок ложа артериальных сосудов, у 5 отмечен симптом пальцевидных вдавлений в лобной, теменной, височной костях, у 3 пациентов усилено изображение ложа венозных синусов в височно-теменной и затылочной областях.

Поражения суставов обнаружены у 18 женщин. Они состояли в кистовидных просветлениях в головках и основаниях смежных суставных сочленений, неравномерном уплотнении субхондральных пластинок, костных разрастаниях по краям суставных поверхностей по типу обезображивающего остеоартроза в мелких суставах конечностей.

Наличие клинических жалоб — боли в области шеи — послужили показанием для рентгенологического исследования шейного отдела позвоночника. На обычных рентгенограммах шейного отдела позвоночника в 0,2% случаев выявлены признаки деформирующего спондилеза и в 1,2% — межпозвоночного остеохондроза. Для уточнения диагностики выполнены рентгенограммы шейного отдела позвоночника. Для этого пользовались гибкой кассетой, представляющей собой светонепроницаемый пакет из кожи или дермантина, с минимальным радиусом кривизны 7—8 см. Внутри пакета между усиливающими экранами расположена рентгеновская пленка. Благодаря свойствам кассета может плотно облежать исследуемый участок тела.

Методика рентгенографии: больная ложится вниз лицом на мешочек с наполненным в передней части шеи. Гибкая кассета устанавливается между шеей и передней частью шеи. При боковом положении больной гибкая кассета подкладывается под область шеи на мешочек с песком, предназначенный для облучения кассетой шеи.

Физико-технические условия рентгенографии гибкой кассетой: расстояние фокус-рентгеновской трубки-кассеты — не более 50 см, напряжение — 52—57 кВ, сила тока — 60—100 мА, экспозиция — 0,3—0,4 с.

На обычных рентгенограммах шейного отдела позвоночника дегенеративно-дистрофические изменения обнаружены только у 3 человек, а на рентгенограммах с гибкой кассетой признаки деформирующего спондилеза, раннего и выраженного межпозвоночного остеохондроза выявлены у 29 больных. Из них у 19 женщин отмечены остеофиты и костные разрастания крючковидных отростков тел шейных позвонков, выпрямленность шейного лордоза, сужение высоты межпозвоночных щелей, выбухание задних лимбусов, уплотнение субхондральных замыкательных пластинок межсуставных отростков; у 7 женщин обнаружены остеопороз тел позвонков, остеосклероз замыкательных пластинок, костные выбухания передних краниокаудальных углов и задних лимбусов, незначительное снижение высоты межпозвоночных щелей.

УДК 618.15—007.44—089:616.62—008.22

**Л. Н. Василевская, В. М. Багаев (Москва). Восстановление мочеиспускания после операций по поводу опущения и выпадения стенок влагалища и матки**

Оперативные вмешательства на матке и влагалище нередко в послеоперационном периоде приводят к атонии мочевого пузыря и циститам. Предупреждение этих осложнений весьма важно. С 1972 по 1981 г. мы наблюдали 131 больную старше 50 лет после пластических операций, выполненных влагалищным путем, по поводу опущения, выпадения матки и влагалища. Влагалищная экстирпация матки по Мейо произведена у 87, манчестерская операция — у 9, передняя и задняя пластика с левоторопластикой — у 35 больных. Все операции включали мышечно-фасциальную пластику мочевого пузыря и уретры.