

зуется высокой засоленностью, что, по мнению некоторых авторов, может способствовать проявлению данной патологии.

Кроме юго-восточного нозоареала повышенной заболеваемости злокачественными опухолями пищевода, обусловленной указанными выше причинами, на территории ЧАССР имеются «гнезда» повышенной заболеваемости, приуроченные к долинам крупных рек — Волги и Суры. Здесь заболеваемость прямо пропорциональна количеству жителей в населенных пунктах, максимально приближенных к реке. В питании населения, проживающего по берегам Суры и Волги, значительную роль играет мелкокопостная рыба в разнообразном виде, что также является возможным этнологическим фактором развития рака пищевода.

Итак, Чувашская АССР относится к районам Советского Союза с низкой заболеваемостью населения злокачественными опухолями пищевода: стандартизованный показатель равен 6,64 для мужчин и 2,13 для женщин. Максимальный уровень заболеваемости отмечается среди возрастных групп от 70 лет и старше. У городских жителей заболеваемость регистрируется чаще, что связано, возможно, с лучшей диагностикой в городской местности. Наиболее часто раком пищевода в ЧАССР болеет татарское население, далее в убывающем порядке идут русские, чуваша, мордва.

«Группами повышенного риска» в отношении рака пищевода в ЧАССР можно считать татарское население (сельское) и население прибрежных зон Суры и Волги. Факторами, повышающими риск заболевания, являются национальные особенности питания татар (недостаток витаминов), употребление в большом количестве мелкокопостной рыбы населением прибрежных зон, повышенная минерализация природных вод и засоленность почв.

УДК 616.11+616.36—006.6

Канд. мед. наук В. А. Сунцов, В. А. Федотов (Саратов).  
Случай злокачественной опухоли перикарда и печени

Опухоли сердца и перикарда, как первичные, так и вторичные, относятся к довольно редким заболеваниям. Тем более редко встречается сочетание опухолей перикарда и печени. Вот почему, на наш взгляд, представляет интерес описанное ниже наблюдение двойной первичной локализации злокачественной опухоли.

Ч., 53 лет, поступила в клинику госпитальной терапии 17/IV 1973 г. с жалобами на одышку в покое, кашель с гнойной мокротой, повышение температуры, общую слабость, отсутствие аппетита, периодическую тошноту, чувство тяжести и давления в правом подреберье.

Считает себя больной с 1970 г., когда после пневмонии появились приступы удушья, которые расценивались как бронхиальная астма. В 1972 г. был диагностирован инфаркт миокарда (стенкардиальная форма). Однако позднее приступов стенокардии не было. За последние 8 месяцев Ч. похудела на 14 кг, отмечала ухудшение аппетита, диспепсические расстройства. С 15/IV повысилась температура до 39° появилась кашель с гнойной мокротой, приступы удушья, в связи с чем больная была направлена в клинику.

При поступлении состояние тяжелое, цвет лица землистый. Грудная клетка эмфизематозна, ригидна при пальпации. Число дыханий 32 в 1 мин. Справа в подлопаточной области усилено голосовое дрожание, здесь же определяется притупление перкуторного звука. По остальным полям коробочный звук. Рассеянные сухие свистящие хрипы. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, АД 105/70 мм рт. ст. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Нижняя граница правой доли печени на 2—3 см ниже реберной дуги, левой доли — на 3 см выше уровня пупка. Поверхность печени бугристая, край плотный, болезненный. Первоначально заболевание расценивалось как хронический бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз, бронхоэктазы с перифокальной пневмонией справа, осложненные легочно-сердечной недостаточностью II B степени. Помимо этого, у больной установлен атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклеротический кардиосклероз, хронический гепатит. С 7—8/V состояние больной значительно ухудшилось: отмечалось резкое усиление одышки (до 44 в 1 мин), учащение пульса (до 120 в 1 мин), нарастала глухость тонов, в легких вновь нарастало количество сухих и влажных хрипов, заметно увеличилась печень. Прогрессирующее ухудшение состояния, увеличение печени, бугристость ее поверхности, отсутствие периферических отеков, а также почти полное отсутствие эффекта от лечения заставили заподозрить первичный рак печени. Для исключения новообразования другой локализации произведено обследование желудочно-кишечного тракта и почек; в них патологии не выявлено.

Анализ крови: эр.—  $3,4 \cdot 10^{12}$  в 1 л, Нб 1,4 ммоль/л, цв. показатель 0,9, л.  $6,3 \cdot 10^9$  в 1 л, э.— 1%, п.— 4%, с.— 70%, лимф.— 15%, мон.— 10%, СОЭ 71 мм/ч. Билирубин: общий 12 мкмоль/л, прямой 5,1 мкмоль/л, непрямой 6,8 мкмоль/л. Сулемова проба 1,8 мл, диастаза крови 6,25 ед.

Общий белок 59 г/л. Альбумины — 55%, глобулины:  $\alpha$ — 12%,  $\beta$ — 11,4%,  $\gamma$ — 21,6%. Сахарная кривая: 6,0—5,9—10,8—11,4—12,6 ммоль/л. Холестерин 3,9 ммоль/л, протромбиновый индекс 105%.

Данные рентгенологического исследования: легочная ткань повышенной прозрачности. Корни тяжисты. Диафрагма подвижна, умеренно увеличен левый желудочек сердца. Аорта уплотнена. Со стороны желудочно-кишечного тракта, в том числе при ирригоскопии, патологии не обнаружено. На обзорной урограмме правая половина брюшной полости равномерно затенена до крыла подвздошной кости (увеличение печени). Почки не контурируются. Реакция Грегерсена положительная. Уропепсин — 600 ед. На ЭКГ выявлены признаки гипертрофии обоих желудочков, диффузно-дистрофические изменения миокарда, низкая амплитуда основных зубцов комплекса QRS. Комбинированная гипертрофия желудочков. Блокада конечных разветвлений волокон Пуркинье. Выраженные диффузные изменения миокарда. Большая осмотрена гинекологом, патологии в женской половой сфере не обнаружено.

На основании клинических данных и результатов исследований был поставлен следующий основной диагноз: цирроз-рак печени; пневмосклероз, бронхоэктазы, правосторонняя перифокальная пневмония; сопутствующий диагноз: атеросклероз аорты, коронарных сосудов; атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. Осложнения: легочно-сосудистая недостаточность II степени; блокада левой ножки пучка Гиса и волокон Пуркинье; острая коронарная недостаточность.

Терапия не дала эффекта.

Данные протокола вскрытия. Упитанность значительно понижена. В полости перикарда 700 мл геморрагической жидкости. Эпикард сплошь покрыт ворсинистой пленкой фибрина. Под ней на месте эпикарда видна бело-серая ткань, покрывающая все сердце в виде панциря (см. рис. 1). В печени встречаются четко ограниченные белые плотные шаровидные узлы диаметром до 7 см. В левой доле имеется группа узлов, граница которых с печеночной тканью нечеткая. Лимфатические узлы основания сердца и бифуркации уплотнены, достигают 1,5 см в диаметре, на разрезе белые.

При микроскопическом исследовании оказалось, что опухоль перикарда построена из полиморфных, в основном мелких клеток с неправильной формы крупными, плотными ядрами (рис. 2). В печени опухоль представлена крупными светлыми полигональными клетками с пузырьковидными ядрами. Хорошо выражена соединительная строма (рис. 3). В надпочечниках обнаружены метастазы рака печени; они же имелись в части лимфатических узлов, в других узлах найдены метастазы мезотелиомы.



Рис. 1. Между мощным слоем фибрина и миокардом светлая полоса опухолевой ткани. Вверху видны прорастание ею ушка предсердия и замурованная в ней коронарная артерия. Макропрепарат.

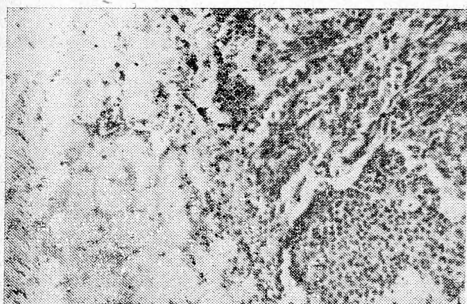


Рис. 2. Опухоль перикарда. Слева субэпикардинальный жир. Гематоксилин-эозин.  $\times 200$ .

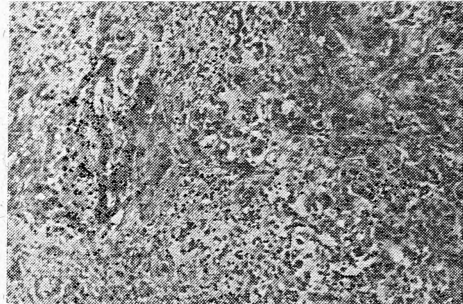


Рис. 3. Опухоль печени. Справа печеночная ткань, инфильтрируемая опухолевыми клетками. В центре левой половины участок опухоли трабекулярного строения. Гематоксилин-эозин.  $\times 200$ .

Патологоанатомический диагноз: мезотелиома перикарда с метастазами в регионарные лимфатические узлы, осложненная фибрино-геморрагическим перикардитом; узловатый рак печени с метастазами в надпочечники и лимфатические узлы средостения.

Кроме того, выявлены признаки хронического бронхита, эмфиземы легких, правостороннего пневмосклероза и слабо выраженные признаки атеросклероза аорты и коронарных сосудов.

Данное наблюдение иллюстрирует редкое сочетание первичного рака печени с мезотелиомой перикарда. Отсутствие первичной опухоли желудка, почек, легких и

других органов, а также наличие метастазов мезотелиома в регионарные лимфатические узлы, а рака печени — в надпочечники и лимфоузлы средостения подтверждают диагноз двойной первичной локализации опухоли. Необходимо отметить, что рак печени был распознан прижизненно, а мезотелиома перикарда явилась патологоанатомической находкой.

УДК 618.11—006

Канд. мед. наук Л. Д. Пароник, С. Г. Сафина, Ф. К. Новиков, А. В. Муравьева, С. И. Нагимова (Казань). **Метастатические опухоли яичников**

Клиника опухоли Крукенберга (метастатического поражения яичников) у  $\frac{2}{3}$  больных — это клиника запущенного рака. Лишь  $\frac{1}{3}$  больных не предъявляет жалоб, опухоль у них диагностируется как первичное новообразование яичника со своей симптоматикой или вообще обнаруживается во время профосмотра.

Симптоматика метастатических опухолей не отличается каким-либо постоянством. Закономерных изменений месячного цикла не наблюдается. У молодых женщин относительно частым явлением можно, на наш взгляд, считать задержку месячных (по данным других авторов, более характерна метроррагия). Обращает на себя внимание тот факт, что среди больных с метастатическими опухолями яичников преобладают лица молодого возраста.

Метастазирование может происходить, надо полагать, и ретроградно-лимфогенным, и имплантационным, и гематогенным путем.

Выбор метода лечения больных с метастатическими опухолями яичников зависит от локализации первичной опухоли, возраста пациентки, наличия или отсутствия метастазов в другие органы, состояния иммунных, защитных сил организма и пр.

При одновременном выявлении первичной опухоли и метастазов только в яичниках показано одномоментное удаление опухолей. Паллиативное удаление метастатических опухолей применяется либо в самом начале их развития, когда нет явных метастазов в других органах, либо при возникновении серьезных нарушений функций смежных органов и угрозы опасных осложнений. Прогноз заболевания почти всегда неблагоприятный.

За период с 1966 по 1978 г. в Казанском городском онкологическом диспансере страдающие опухолями Крукенберга составили 13,8% всех больных со злокачественными новообразованиями. Возраст больных — от 29 до 59 лет. В анамнезе имелись указания на более позднее — в 17—19 лет — начало менархе и небольшое количество беременностей, родов. Давность заболевания — от нескольких недель до 1—1,5 лет. Больные жаловались на ухудшение общего состояния, слабость, субфебрильную температуру по вечерам, увеличение живота за счет быстро увеличивающейся опухоли, запоры, учащенное мочеиспускание, боли внизу живота, нарушение менструального цикла в виде временной аменореи. У 5% больных были обнаружены изменения со стороны крови: анемия, повышение СОЭ. У 72% больных клиническая опухоль в яичниках проявилась раньше, чем первичная. Основной очаг был установлен уже в диспансере при более тщательном изучении анамнеза и применении рентгенографии. Для исключения или подтверждения диссеминации процесса мы кроме обычных методов диагностики широко применяем пункцию через задний дугласов карман с цитологическим исследованием выпота или промывных вод. Ни у одной пациентки опухоль яичника при пункции не была повреждена. Осложнений не наблюдалось.

В 28% наблюдений опухоли Крукенберга небольших размеров выявлены при лапаротомии по поводу основного заболевания, при овариоэктомии по поводу запущенного рака молочных желез и в процессе наблюдения за больными с новообразованиями различных локализаций.

Учитывая относительно молодой возраст больных, большие размеры опухолей, изменение функции смежных органов и отсутствие видимых метастазов в другие органы, мы провели у 88,2% больных оперативное лечение. При operабельности первичного очага производили одномоментное удаление его и опухолей Крукенберга вместе с телом матки (надвлагалищная ампутация), так как там часто тоже имеются метастазы. Первичной операционной смертности и ухудшения послеоперационного периода в связи с вмешательством на половых органах не было. План лечения всегда составляли совместно с хирургами-онкологами.

Метастазы в яичники чаще всего дают опухоли желудка и молочных желез.

К., 30 лет. В анамнезе — резекция желудка по Бильрот II 1 год назад по поводу аденокарцинома с переходом в слизистый рак с метастазами в лимфоузлы — T<sub>2</sub>N<sub>+</sub>M<sub>0</sub>. За 2 мес до поступления в онкодиспансер у больной была произведена аппендэктомия по эстремным показаниям. Рецидива болезни нет. Диссеминация отсутствует. Опухоли яичников округлые, бугристые, относительно подвижные, размеры их — 10 × 15 и 25 × 30 см. Произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками. Гистологическое заключение — метастазы рака в яичники и тело матки. Послеоперационный период без осложнений.

Ф., 38 лет, направлена с диагнозом: опухоль яичника. Жалоб, на основании которых можно было бы предположить заболевание желудка, больная не предъявляет.