

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 — T₂N₊M₀. 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.

В стационаре выявлено двустороннее поражение яичников метастазами. Диаметр опухолей — до 35 см. В результате рентгенографии желудка обнаружена инфильтративная форма рака. При лапаротомии в связи с наличием метастазов в печень, распространённостью процесса по протяжению и ввиду проходимости пищи было решено желудок не удалять, опухоли же Крукенберга сочли необходимым удалить из-за их размеров, нарушения функции смежных органов и по психологическим мотивам (о наличии заболевания желудка больная не подозревала). Гистологический диагноз: рак Крукенберга. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

В., 40 лет. В анамнезе — внематочная беременность. Родов не было. Опухоль желудка выявлена лишь при фиброгастроскопии. Произведена спленогастроэктомия по VI варианту с резекцией мезаколон и надвлагалищная ампутация матки с придатками. Послеоперационный период осложнился развитием подпеченочного абсцесса. Гистологический диагноз: аденокарцинома желудка с метастазами в лимфоузлы и правый яичник T_2N+M+ .

Иногда первичный очаг остается невыявленным.

Д., 59 лет. Анамнез отягощен: сестра умерла от рака печени. Сама больная страдала язвой двенадцатиперстной кишки, холециститом, колитом. Перенесла аппендэктомию 15 лет назад. Жалоб не предъявляет. Опухоль значительных размеров, исходящая из малого таза, выявлена на профосмотре. Произведено удаление опухоли (диаметр ее — 25—30 см) вместе с маткой и придатками. При гистологическом исследовании установлен рак Крукенберга. Несмотря на тщательное рентгенологическое и клиническое обследование до и после операции, первичную опухоль обнаружить не удалось. Больная погибла год спустя, вскрытия трупа не производили.

Учитывая тесную взаимосвязь злокачественного поражения желудочно-кишечного тракта, молочных желез и яичников, мы пришли к выводу, что всех больных с истинными пролиферирующими кистозными придатками необходимо госпитализировать в специализированные онкологические учреждения, где имеются условия для проведения квалифицированного рентгенологического, эндоскопического и морфологического исследований и где возможно применение различных методов лечения.

У всех больных с пролиферирующими опухолями яичников необходимо тщательно обследовать желудочно-кишечный тракт с применением рентгенографии и фиброгастроскопии, а также молочные железы с использованием бесконтрастной маммографии.

При срочных вмешательствах на брюшной полости (аппендэктомию и др.) у больных, перенесших операции на желудочно-кишечном тракте, необходимо осматривать яичники. То же относится и к больным с неясной, стертой формой аппендицита.

Все больные, страдающие любыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта и относящиеся к группе повышенного риска, должны регулярно — 2 раза в год — подвергаться профилактическому осмотру.

Характерно, что метастазы Крукенберга чаще развиваются у тех больных, которые относятся к группе повышенного риска по поводу рака яичников. Каких-либо закономерностей, связанных с профессией, мы не обнаружили. Санация групп повышенного риска может в некоторой степени снизить процент запущенных форм и улучшить прогноз.

УДК 616.211—006.52

Проф. В. Г. Силютин, канд. мед. наук И. М. Кветной (Куйбышев-обл.).
Инвертированная папиллома носа

Инвертированная папиллома носа, известная также под названием «твердая переходноклеточная папиллома» — редкая опухоль, обладающая гистологическим строением, определяющимся именно данной локализацией.

Опухоль не метастазирует, но часто рецидивирует; прорастая, она разрушает окружающие ткани, в том числе и костную. Инвертированная папиллома носа чаще встречается у мужчин 50—60 лет. Она не имеет характерного внешнего вида, клиницисты часто принимают ее за полип, что может повлечь за собой прогрессирование заболевания, так как инвертированная папиллома обладает большей клинической злокачественностью, чем простой фиброзный полип.

Ввиду редкости подобных наблюдений, трудности клинической диагностики и важного значения патоморфологической идентификации процесса, существенно влияющей на течение заболевания и терапию, приводим описание двух наших наблюдений.

У Б., 45 лет (1-е наблюдение), и К., 38 лет (2-е наблюдение), была сходная клиническая картина: затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа, головные боли; макроскопически между искривленной перегородкой носа и нижней носовой раковиной в обоих наблюдениях справа определяются два серовато-розовых бугристых малоподвижных образования плотнoэластической консистенции, исходящих из среднего носового хода; во втором наблюдении одно из образований было с явлениями некроза и изъязвления, что заставило клиницистов предположить ма-