

УДК 616.22—006.6 (574.31)

Канд. мед. наук К. Ф. Ягудин (Караганда). Распространение рака гортани в Карагандинской области

Целью нашей работы явилось изучение особенностей распространения рака гортани среди населения Карагандинской области. Заболеваемость изучали путем определения экстенсивных, интенсивных, стандартизированных показателей и показателя наглядности с учетом пола, возраста, места жительства и национальности. В качестве источника информации использованы первичные статистические документы и отчетно-учетная форма № 6.

В 1970—1976 гг. в Карагандинской области зарегистрировано 193 больных раком гортани (городских жителей—158, или 81,9%, сельских—35, или 18,1%). В возрасте от 30 до 39 лет было 9 человек, от 40 до 49 лет—56, от 50 до 59 лет—60, от 60 до 69 лет—47, от 70 лет и старше—21. Процент женщин равнялся 11,9, что намного выше данных литературы.

В структуре общей онкологической заболеваемости населения области удельный вес больных раком гортани составлял в среднем 1,52%. Отмечено увеличение экстенсивного показателя с 1,04% в 1970 г. до 1,87% в 1976 г.

При изучении по возрастной заболеваемости раком гортани самые высокие ее показатели установлены среди мужчин старше 70 лет и среди женщин старше 60 лет.

Возрастные показатели заболеваемости раком гортани населения Карагандинской области были выше, чем в некоторых областях Украины, но ниже среднестатистических данных по Казахстану и СССР. По нашим наблюдениям, частота заболевания раком гортани среди коренного населения значительно ниже, чем среди проживающих в области немцев, украинцев, русских (соответственно 1:3:5:19).

В Карагандинской области заболеваемость раком гортани имеет тенденцию к росту как среди городского, так и среди сельского населения. Заболеваемость городского населения в 1976 г. увеличилась в 2,2 раза по сравнению с 1970 г. Высокие показатели заболеваемости раком гортани среди сельского населения отмечены в 1975 и 1976 гг. (4,39 и 4,49), особенно среди лиц, проживающих в пригородах промышленных городов.

Показатели заболеваемости населения промышленных городов Караганды, Темиртау, Сарани и Шахтинска оказались ниже среднесоюзных (в перечисленных городах—соответственно 2,04; 2,68; 2,92 и 3,13, среднесоюзный—3,4, 1975 г.).

УДК 616.12—006.364.04—091

Н. И. Кардакова (Киров). Первичная опухоль сердца

У Л., 25 лет, в 1965 г. был диагностирован ревматизм, в связи с чем она находилась на диспансерном наблюдении и получала сезонную бициллинопрофилактику. В марте 1971 г. в период беременности Л. жаловалась на слабость, быструю утомляемость. В ноябре 1971 г. появилась пастозность голеней. При осмотре обращала на себя внимание бледность кожных покровов. В легких выслушивались рассеянные сухие и влажные хрипы. Границы сердца расширены, тоны учащенные, ритмичные, грубый систолический шум на верхушке сердца, акцент второго тона над легочной артерией. АД 16/9 кПа (120/70 мм рт. ст.). При поступлении в роддом установлен диагноз: ревмокардит, сочетанный митральный порок; недостаточность кровообращения I—II степени. Беременность 36 нед., 22/XI 1971 г. состояние роженицы ухудшилось, началось кровохарканье, определялся отек легких. После выведения больной из состояния острой правожелудочковой недостаточности произведено родоразрешение путем кесарева сечения, извлечен мертвый плод. 7/XII 1971 г. больная умерла при явлениях сердечно-легочной недостаточности. Заключительный клинический диагноз: ревмокардит, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия; сердечно-легочная недостаточность II—III ст.; отек легких.

При патологоанатомическом вскрытии (прозектор Подосиновской ЦРБ Кировской области В. П. Мамотов) констатировано венозное полнокровие внутренних органов.



Сердце размерами $14 \times 12 \times 7,5$ см. Полости его расширены и содержат темную жидкую кровь, особенно резко расширены полости предсердий; клапанный аппарат сердца, аорты, легочной артерии не изменен. Толщина стенки левого желудочка достигает 2 см, правого — 0,5 см. Миокард на разрезе серо-красного цвета. По обе стороны межпредсердной перегородки — опухолевые узлы, исходящие из перегородки и имеющие широкое основание (см. рис.), неправильно овальную форму и гладкобугристую поверхность (на рисунке удалена передняя стенка сердца). Размеры узла в левом предсердии — $7,5 \times 4,5 \times 4$ см, в правом — $5,5 \times 5,5 \times 3,3$ см. Опухоль блокирует предсердно-желудочковые отверстия, нижний конец левого узла проникает в полость левого желудочка.

По поверхности обоих узлов сделаны неглубокие разрезы, всю опухоль не вскрывали с целью сохранить препарат для музея. На разрезе опухоль мышечно-волоконистая, цвет ее пестрый — от темно-коричневого до желтого. Признаков ревматизма при исследовании трупa не обнаружено. Гистологические данные: ткань опухоли представлена преимущественно крупными полиморфными клетками, последние чередуются с округлыми и неправильной формы клетками. Встречаются паукообразные клетки, а также напоминающие «теннисную ракетку». Клетки складываются в тяжи или образуют волокна, напоминающие мышечные. Ядра интенсивно окрашиваются основными красками, довольно часто встречаются фигуры митозов. На поверхности опухоли некрозы, кровоизлияния, рыхлая круглоклеточная инфильтрация. Заключение: рабдомиосаркома.

Особенностью описанного наблюдения является массивный внутрисердечный рост опухоли. Локализация опухоли в сердце, наличие распада в ней вызывали расстройства кровообращения, близкие к расстройствам при сочетанном пороке митрального клапана. Беременность усилила сердечно-сосудистую недостаточность, что привело к летальному исходу.

УДК 616.11—006.32.04

Л. И. Крюкова, М. Н. Клярфельд (Казань).
Первичная злокачественная мезотелиома перикарда

П., 38 лет, впервые почувствовала давящие боли и тяжесть за грудиной при физической нагрузке в августе 1976 г. Вскоре стали появляться к концу рабочего дня отеки на лице, шее, правой руке. В покое отеки исчезали. Однако к октябрю 1976 г. отеки в покое уже не проходили, оставалась пастозность лица и шеи, что заставило больную обратиться к врачу. Был оставлен диагноз шейно-грудного остеохондроза. Проведенное амбулаторно медикаментозное и физиотерапевтическое лечение не дало эффекта. В декабре 1976 г. больная была госпитализирована в терапевтическое отделение ГИДУВа, где диагностирован синдром верхней полой вены. После подтверждения этого диагноза в отделении грудной хирургии 6-й горбольницы было рекомендовано оперативное лечение в Москве, куда и были направлены соответствующие документы, а больная была выписана под наблюдение участкового врача. С января по май 1977 г. больная находилась дома. В мае состояние резко ухудшилось. Появились резкие боли в грудной клетке с иррадиацией в межлопаточную область, в нижнюю челюсть, настолько сильные, что больная принимала вынужденное положение. Это заставило ее вызвать скорую помощь, и она была доставлена в терапевтическое отделение 12-й горбольницы.

При поступлении состояние больной было тяжелым. Лицо одутловатое, кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. На коже передней и правой боковой поверхности грудной клетки, на правой руке выражена венозная сеть. Перкуторно над легкими определяется легочный звук, дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: верхняя — 3-е межреберье, левая — по левой срединно-ключичной линии, правая — на 1,5—2 см вправо от правого края грудины. Тоны приглушены, ритм правильный, 96 уд. в 1 мин. АД 13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.). Живот безболезненный, печень и селезенка не пальпировались.

Рентгенологическое исследование выявило некоторое усиление бронхососудистого рисунка слева: купол диафрагмы подтянут шварты, корни умеренно тяжисты. Границы сердца в норме. Конфигурация не изменена. Выступает и немного пульсирует дуга верхней полой вены. Пульсация ритмичная, аорта в норме.

Анализ крови: Нb — 1,9 ммоль/л, л. $6 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 1%, с. — 70%, лимф. 22%, мон. — 7%, СОЭ 37 мм/ч. Содержание сиаловых кислот 0,253 ед. опт. пл., С-РБ +++++. Формоловая проба отрицательная. Протеинограмма без изменений. Холестерин в сыворотке крови — 3,9 ммоль/л. На ЭКГ — синусовая тахикардия. Нормограмма. Уплощен зубец Т в грудных отведениях и усиленных от конечностей. Анализ мочи: белок отрицательный, плотность 1,020, л. 0 — 2 в поле зрения.

Больную продолжали беспокоить боли в груди, в шейном отделе позвоночника, появились боли и ломота в суставах рук и ног, в плечевом поясе, нарастала общая слабость, появились одышка, чувство нехватки воздуха, кашель.

В июле 1977 г. повысилась температура до 38° , в правой подлопаточной области появились крепитирующие хрипы, слева в подлопаточной области стало определяться укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание. При повторном рентгеноло-