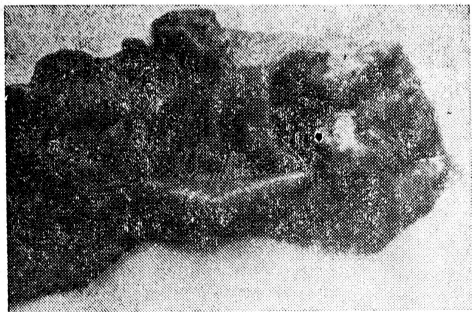




Фрагмент удаленной правой половины ободочной кишки больного М. В правой половине снимка — опухоль, обтурирующая просвет кишки, слева вверху — один из полипов.

карциномой) селезеночного угла ободочной кишки. Выполнена левосторонняя гемиколэктомия. В течение 19 лет практически здорова.

Через 4 года у старшей дочери, 44 лет, появились периодические боли и урчание в животе, вздутие его, задержка стула. Зная о характере болезни матери, но страшась рака, она длительное время не обращалась за медицинской помощью. На операции (1964 г.) обнаружен рак поперечной ободочной кишки IV стадии. Наложен обходный анастомоз. При исследовании биопсийного материала лимфоузла установлен метастаз аденокарциномы. Через полгода после операции больная умерла.

В 1969 г. боли в животе, расстройства стула возникли у младшей дочери, 40 лет. У больной диагностирована опухоль селезеночного угла ободочной кишки, произведена левосторонняя гемиколэктомия. Опухоль эндофитно-язвенного характера, прорастала все стенки кишки. Гистологически — аденокарцинома. Через 5 мес. появились метастазы в печени, а затем и в легких. Смерть наступила спустя 15 мес. после операции.

7/VIII 1978 г. в онкологический диспансер поступил глава семьи — М., 80 лет. Накануне его доставили в дежурную хирургическую клинику с острой кишечной непроходимостью, которую удалось ликвидировать консервативными мерами.

Болен около полугода. Определялась плотная бугристая опухоль ниже правой реберной дуги, вызывавшая боль при ощупывании живота и поясничной области соответствующей стороны.

Рентгенологически выявлен дефект заполнения контрастной массой восходящей кишки с большим депо бария и аналогичный первому, но меньших размеров, очаг в начальном отделе поперечной ободочной кишки.

Больной оперирован в плановом порядке 24/VIII 1978 г. В ходе операции (правосторонняя гемиколэктомия) обнаружена пенетрация опухоли восходящей кишки в забрюшинное пространство. Дефект стенки кишки в зоне распада опухоли был прикрыт передней стенкой нисходящей части *duodeni*. Опухоль 12×6 см, инфильтративно-язвенного характера, резко суживающая просвет кишки. Такая же по характеру опухоль (6×4 см) находилась тотчас аборальнее печеночного изгиба кишки. Рядом с ней 3 небольших (до 0,5 см в диаметре) полипа. Гистологическое заключение: аденокарцинома восходящей кишки с очагами некроза, прорастающая все слои стенки и окружающую клетчатку; аденокарцинома поперечной ободочной кишки с прорастанием в мышечный слой; метастазы аденокарциномы в лимфоузлы брыжейки; железистые полипы толстой кишки (см. рис.).

Послеоперационный период вначале протекал вполне удовлетворительно, но затем развилась флегмона забрюшинной клетчатки, воспалительный процесс распространился на область анастомоза, открылся кишечный свищ, и спустя 2 мес больной скончался.

Пятый член семьи — сын (старший из всех детей) находится под диспансерным наблюдением, равно как и уже взрослые дети обеих дочерей.

Идентичная локализация опухолей (ободочная кишка), однотипность гистологического строения (аденокарцинома), наличие у 2 (отец, младшая дочь) из 4 оперированных больных полипов в зоне расположения опухолей позволяют высказать предположение о развитии рака из полипов ободочной кишки. Наличие неблагоприятного в онкологическом отношении фона у обоих родителей обусловило, видимо, генетически высокую предрасположенность дочерей к более ранней (по возрасту), чем у матери, а тем более у отца, малигнизации полипов, бурное течение опухолевого процесса, что привело к столь быстрому роковому исходу. К тому же выявление новообразований у обеих дочерей и помощь им (как и отцу) были явно поздними.

В дополнение к изложенному и в подтверждение роли генетического фактора в развитии опухолей у членов этой семьи заметим, что бабушка сестер (мать матери) в довольно молодом возрасте умерла от рака толстой кишки. К сожалению, более подробной информацией о ее заболевании, чем устные сведения родственников, мы не располагаем.

Считаем, что члены семей, в которых имеются лица, умершие от злокачественной опухоли или лечившиеся по поводу онкологического заболевания, должны быть взяты на диспансерное наблюдение.

УДК 616.351—006.81.04

В. А. Пыркoв, М. М. Стрельников (Казань). Меланома прямой кишки

Среди 349 больных злокачественными новообразованиями прямой кишки, обратившихся в клинику за 7 лет (1972—1978), было 6 человек с меланомой (1,7%).

Все эти больные (1 мужчина и 5 женщин в возрасте от 45 до 65 лет) жаловались на боли в прямой кишке и ректальные кровотечения. 2 пациентки самостоятельно прощупывали опухоль в области заднего прохода; у 1 больного опухоль выпадала при дефекации. Запоры были у 1 больного. Длительность заболевания с момента первых клинических проявлений колебалась от 3 мес до 1,5 лет. 1 больной произведена радикальная операция через 11 мес после начала заболевания, 2 пациента, заметившие первые признаки болезни 3 мес назад, оказались неоперабельными из-за отдаленных метастазов. Первичная опухоль при этом достигала больших размеров и выходила за пределы органа.

Всем 6 больным диагноз поставлен только в клинике, куда они поступали с диагнозом рака прямой кишки. 2 больных на предыдущих этапах лечились по поводу геморроя, а у 1 за 1,5 года до поступления в клинику был диагностирован малигнизированный полип прямой кишки. У всех пациентов меланома локализовалась в анусе. Наибольшая глубина нижнего полюса опухоли составляла 3 см от ануса. У 3 больных при ректоскопии и на удаленных препаратах определялись подслизистые субсерозные метастатические очаги. Опухоль быстро достигала больших размеров, росла экзофитно, при изъязвлении кровоточила. В описываемых случаях первичный очаг достигал 4—7 см в поперечнике, метастатические подслизистые узлы — от 2 до 8 см. Опухоли представляли собой экзофитные папиллярные или грибовидные образования плотной консистенции с изъязвлением.

Пигментация опухоли — ценный диагностический признак. При ахроматических опухолях, что наблюдалось у 3 наших больных, установить природу новообразования можно было только при микроскопическом исследовании. Биопсия при меланоме нежелательна из-за опасности диссеминации. Цитологическое исследование отпечатков и пунктатов дало возможность распознать заболевание у 4 больных, у 2 было сделано заключение о наличии рака. В последующем гистологическое исследование позволило уточнить диагноз.

Паховые лимфатические узлы были поражены метастазами у 2 больных, узлы по ходу верхней прямокишечной артерии — у 3, узлы в параректальной клетчатке — у 1. У 1 больного во время лапаротомии пальпаторно определялись крупные, плотные метастазы в развилке подвздошных сосудов с обеих сторон. У 2 больных при лапаротомии найдены множественные метастазы меланомы в печени. Поражение опухолью всех слоев кишки выявлено у 3 больных, им произведена экстирпация прямой кишки.

При гистологическом исследовании препарата у 1 из оперированных больных обнаружен эпителиоидноклеточный вариант меланомы, у 1 — веретенноклеточный и у 1 — невоуклеточный.

2 больным мы произвели радикальную брюшнопромежностную экстирпацию. У 1 больного с метастазами в паховых и подвздошных лимфатических узлах эта операция носила паллиативный характер. При метастазах в печени, найденных у 2 больных, ограничились эксплоративной лапаротомией. 1 больная с метастазами меланомы в паховые лимфатические узлы не оперирована в связи с тяжелой сердечной патологией.

Один из радикально оперированных нами 2 больных умер через 5 мес после операции, другая больная живет 2 года, но у нее обнаружены множественные метастазы меланомы. Остальные больные умерли в различные сроки, не превышающие года с момента выписки из клиники.

УДК 618.11—006.6—037

Н. В. Мерабишвили, В. П. Козаченко, М. Н. Пичугина (Москва). Отдаленные результаты лечения рака яичников I стадии

Нами изучены отдаленные исходы лечения 48 больных злокачественными эпителиальными опухолями яичников I стадии, из которых 41 в настоящее время состоит под поликлиническим наблюдением в Онкологическом научном центре АМН СССР.

Материалами для данного исследования послужили клинические истории болезни, поликлинические карты, протоколы операции, результаты гистологического анализа удаленных препаратов и цитологического исследования асцитической жидкости брюшной полости.

У всех больных диагноз верифицирован морфологически и систематизирован по гистологической классификации ВОЗ. При определении степеней распространенности процесса пользовались классификацией ракового комитета FJGO. Отсчет продолжительности жизни проводили от времени начала лечения, так как больных лечили различными методами и находились они в неконтролируемых условиях.

У всех 48 больных была I стадия заболевания: у 32 — IA, у 9 — IB и у 7 — IC. Возраст больных — от 26 до 73 лет. Самая высокая заболеваемость отмечена в возрастных группах 36 — 44 и 50 — 59 лет (15 и 14 соответственно).

18 больных были в менопаузе, у 2 менструальная функция была сохранена и только у 4 нарушена. Больные с сохраненной менструацией были в возрасте от 40 до 56 лет, из них 7 — от 49 до 55 лет.

Заслуживают внимания данные о генеративной функции больных. У 8 пациенток в анамнезе имелось указание на первичное бесплодие, у остальных детородная функция была сохранена.

Первыми симптомами заболевания являются в основном постоянные боли внизу