

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Г. М. Чекаев

*Кафедра хирургии и онкологии (зав.— проф. Д. М. Красильников)
Казанского государственного медицинского университета, Республиканская
клиническая больница (главрач — С. В. Абуладзе) МЗ РТ*

Существование первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) в настоящее время ни у кого не вызывает сомнений. Наиболее часто встречаются описания комбинации рака желудка со злокачественными опухолями молочной железы, матки, мочевого пузыря и кожи.

Редкость сочетания рака желудка с раком слепой и прямой кишок и трудность диагностики побудили нас поделиться нашим наблюдением.

Н., 60 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на затрудненное прохождение твердой пищи, ноющие боли в эпигастрии, отсутствие аппетита, тошноту, общую слабость, похудание.

Состояние средней тяжести, кахексия. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких рассеянные сухие хрипы. Живот умеренно увеличен в размерах с наличием варикозно расширенных вен и пигментацией кожи вокруг пупка, мягкий, умеренно болезненный в области пупка, где пальпируется плотное бугристое неподвижное образование. В отлогих местах перкуторно определяется свободная жидкость.

Ректальное исследование: на задней стенке ампулы имеется опухоль (3×2 см) блюдцеобразной формы.

Рентгенологическое заключение при исследовании желудка: рак кардиального отдела желудка.

УДК 616—006.3.04—085.849

После проведения инфузионной терапии больному выполнена операция, в ходе которой было выявлено следующее: асцитическая жидкость в количестве 1500 мл; в области кардиального отдела желудка — опухоль, прорастающая во все слои желудка (6×5 см) с переходом на пищевод, увеличенные плотные периаортальные лимфатические узлы. Желудок малых размеров, умеренно фиксирован и в рану выводится с трудом. Печень не увеличена; видимых метастазов опухоли не найдено; стенка тонкой кишки утолщена, гиперемирована, умеренно раздута на всем протяжении. В области слепой кишки определяется опухолевидное образование (7×6 см), прорастающее в корень брыжейки тонкой кишки. Произведены гастростомия по Кадеру, илеостомия, дренирование брюшной полости.

Клинический диагноз: первично-множественные опухоли желудочно-кишечного тракта, рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, рак слепой кишки с прорастанием в корень брыжейки тонкой кишки, осложненный частичной обтурационной непроходимостью кишечника, рак прямой кишки. Асцит.

Гистологически установлено, что все опухоли являются аденокарциномами.

Через 24 дня больной скончался.

В заключение следует отметить, что крайне редкое сочетание локализации опухолевого процесса в желудке, слепой и прямой кишках создает значительные трудности при ранней диагностике и выборе оптимального варианта хирургического лечения.

Поступила 21.04.94.

О РОЛИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

В. С. Даценко

*Кафедра клинической радиологии (зав.— проф. В. С. Даценко)
Российской медицинской академии последипломного образования, г. Москва*

Лечение сарком мягких тканей представляет сложную, а порой и неразрешимую проблему. Около 25 лет назад единственным эффективным методом считалось хирургическое вмешательство. Однако неадекватные операции (вылущивание опухоли в амбулаторных условиях), наличие в 40—70% случаев мультицентрического роста приводят к развитию местных рецидивов и отдаленных метаста-

зов, преимущественно в легкие. Применение новых источников излучений и методов лучевого воздействия позволили наметить принципиально новые способы лечения сарком мягких тканей.

При лечении больных со злокачественными мягкотканными новообразованиями ставятся 4 задачи [4]: а) воздействие на первичную опухоль; б) сохранение функции конечности