

Г. А. ДАНИЕЛЯН, Е. Х. САРКИСЯН

О ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПО МАТЕРИАЛАМ ИНСТИТУТА РЕНТГЕНОЛОГИИ И ОНКОЛОГИИ АН АРМ. ССР

Более 100 лет назад Бильрот впервые сообщил о первично-множественном раке. Автор к первично-множественному раку относит лишь те случаи, когда злокачественные новообразования выявлены одновременно в разных органах и гистологически отличаются друг от друга.

За прошедший период опубликовано большое количество работ, посвященных первично-множественным злокачественным новообразованиям. Авторами описаны случаи первичной множественности злокачественных опухолей одного или многих органов, одной, двух, трех и даже пяти разных гистологических структур.

Опубликованные исследования позволили дать более определенную характеристику этой патологии, несколько отличающуюся от положения, высказанного Бильротом.

Так, большинство клиницистов-онкологов [3, 4, 6] считает, что первично-множественные злокачественные опухоли—это одновременно или последовательно возникшие новообразования в одном и том же органе или в разных органах.

Мнение авторов, считающих что развившееся в организме злокачественное новообразование ведет к развитию какого-то иммунитета, предотвращая развитие новых, оказалось необоснованным.

Н. Н. Петровым [4] описаны первично-множественные опухоли одной или разных гистологических структур: а) местная—в одной области тела, в одном органе, б) раздельная—в разных органах, в) симметричная—чаще на коже лица, развивающаяся одновременно (синхронно) или последовательно (метахронно).

Считается бесспорным, что первично-множественные опухоли чаще встречаются на наружных покровах человеческого тела, или поражение кожи сочетается с опухолью другой локализации. Второе место по частоте занимает желудочно-кишечный тракт. Множественный рак названной локализации—это озлокачествленные полипы, возникающие одновременно или последовательно. Полипы желудочно-кишечного тракта, как правило, бывают множественные, они часто подвергаются злокачественному перерождению. Следовательно, если у пациента по-

липоз и один из этих полипов переродился, могут озлокачествиться и другие. Для этого как-будто есть все условия—одинаковые факторы внешнего раздражения и индивидуальной предрасположенности к раку. Однако несмотря на это, первично-множественный рак, то есть озлокачествление двух или более полипов, наблюдается сравнительно редко.

По А. П. Шанину [5], около 10% рака кожи составляет первично-множественный рак. По сборной статистике Е. А. Целя [6], первично-множественный рак толстого кишечника составляет 16% рака данной локализации, а желудка 1,9—3%.

Тщательное исследование удаленного органа иногда позволяет найти несколько первичных опухолей, недиагностированных клинически и рентгенологически. Раковые опухоли, возникшие в одном и том же органе, как правило, являются самостоятельными первичными опухолями, они могут располагаться вблизи и в отдалении друг от друга. В первом случае они, сливаясь друг с другом, могут не диагностироваться как первично-множественные. Эти положения, обоснованные в работах Н. Н. Петрова, А. П. Шанина [4, 5], подтверждены исследованиями Е. А. Целя [6]. Некоторую трудность представляет дифференциация метастазов первичного рака от первично-множественного поражения.

Изучение путей метастазирования опухолей, гистологической структуры их, тщательно собранный анамнез заболевания, изучение выявленных и описанных случаев первично-множественного рака могут помочь выяснению этого вопроса.

Наши наблюдения проводились в Армянском институте рентгенологии и онкологии по материалам, охватывающим 1947—1965 гг. Мы наблюдали 51 больного с первично-множественными раковыми опухолями (мужчин—32, женщин—19) в возрасте: от 41 до 50 лет—9, от 51 до 60—20, от 61 до 70—17, от 71 и старше—5. Необходимо отметить, что ни в наших данных, ни в доступной нам литературе нет описаний первично-множественного рака в возрасте до 35 лет.

В наших наблюдениях три первичных опухоли установлены только у 8 больных, у остальных обнаружены по две опухоли, при этом у 32 опухоли располагались в одном и том же органе, включая 28 наблюдений первично-множественного рака кожи.

Распределение больных по локализациям представлено в табл. 1.

На нашем материале первично-множественные опухоли развивались синхронно у 18 и метасинхронно у 33 больных (у 6 больных через 1—2 года после первой, у 4—через 2—3 года, у 8 больных спустя 3—4 года, а у остальных вторая опухоль обнаружена через 6 и более лет).

Из 18 больных с синхронным развитием опухолей у 12 опухоли были примерно одной и той же величины, а у 6 различной. Очевидно, опухоли развились или одновременно, но с различной интенсивностью, или одна опухоль развилась вслед за другой.

У 34 больных опухоли, развившиеся одновременно и последовательно, имели одинаковое гистологическое строение, у остальных—разное. В случаях, когда опухоли имеют одинаковую гистологическую

Таблица 1

Локализация первично-множественного рака	Число больных за 1947—1955 гг.	Число больных за 1956—1965 гг.
Кожа	18	10
Желудок	—	4
Желудок и матка	1	—
Желудок и толстая кишка	—	1
Кожа и желудок	2	1
Кожа и легкие	2	—
Обе молочные железы	—	3
Молочная железа и прямая кишка	1	—
Нижняя губа и кожа обеих кистей	—	1
Кожа века, лица и молочная железа	—	1
Мочевой пузырь и молочная железа	—	1
Мочевой пузырь и почка	—	1
Мочевой пузырь, нижняя губа и саркома глаза	—	1
Мочевой пузырь и нижняя губа	—	1
Прочие	2	—

структуру и локализуются в одном и том же органе, очень трудно дифференцировать их метастатическое происхождение от первично-множественного. Таких наблюдений установлено 4: 2 случая—множественный рак кожи, один—рак желудка с последующим поражением шейки матки, один—рак обеих молочных желез. Гистологически аденогенный рак был выявлен при исследовании обеих опухолей. Первичная множественность рака трех первых наблюдений не вызывает сомнений, так как у двух больных опухоли имели разное гистологическое строение, и у третьего первичная множественность подтвердилась клинически и данными анамнеза.

Приводим краткое описание двух наших наблюдений первично-множественного рака.

Больной М. С., 56 лет, поступил в стационар 23/IV 1960г. с жалобами на наличие слегка болезненной опухоли в правой половине живота. Опухоль заметил 3 мес. назад, за это время она в размере несколько увеличилась. При первичном исследовании в правой половине живота, чуть ниже пупка, прощупывалась умеренно подвижная, малоболезненная, бугристая, плотная опухоль, величиной с куриное яйцо. Данные анализа крови и мочи отклонений от нормы не показали. Рентгенологически при контрастном ретроградном исследовании толстого кишечника установлено неравномерное заполнение бариевой массой восходящего отдела толстой кишки с наличием большого дефекта наполнения.

4/V под спинномозговой анестезией 0,5%-ным раствором совкаина (1,0 мл) произведена гемиколэктомия с созданием анастомоза конец в бок между приводящим отделом подвздошной и культей поперечно-ободочной кишок. Применен аппарат механического шва. Удалены увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Послеоперационное течение гладкое. Гистологическим исследованием установлена аденокарцинома. В удаленных лимфоузлах метастазов нет. Выписан на 17-ый день в хорошем состоянии. До конца августа 1961 года жалоб не предъявлял, считая себя здоровым. С начала сентября после приема пищи отмечал тупые боли и тяжесть в эпигастрии, постепенное похудание. 30/IX 1961 г. повторно поступил в стационар. Больной умеренно истощен, обезвожен, в эпигастриальной области прощупывается плотная, болезненная, неподвижная опухоль, без четких границ. Свободная соляная кислота в желудочном содержимом отсутствует, связанная—10.

Клиническое исследование крови: Нв—68 ед., эр.—3700000, лейкоц.—1400, РОЭ—40. Моча: белок—0,092%, эритроциты неизмененные—20—30, лейкоциты—8—10 в поле зрения. При обзорном снимке мочевой системы и сергозиновом контрастировании в лоханке левой почки обнаружен треугольной формы конкремент размером 1,5×2,5 см. Рентгенологически обнаружена опухоль антрального отдела желудка. 14/XI под спинномозговой анестезией 0,5%-ным раствором совкаина (1,2 мл) произведена субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальников с лимфоузлами. Макроскопическое исследование установило чашеподобную карциному антрального отдела ближе к малой кривизне, микроскопическое—солидный рак. Послеоперационное течение гладкое, выписан 27/XI в хорошем состоянии.

Больная А. А., 69 лет, поступила 25/I 1962 г. с жалобами на боли после приема пищи и тяжесть в эпигастриальной области. Считает себя больной более 5 мес. Не лечилась. Органы грудной клетки без заметных изменений. Клиническое исследование крови: Нв—42 ед., эр.—2240000, лейкоц.—3000, РОЭ—30. Отмечается 100%-ная токсическая зернистость нейтрофилов. Моча в пределах нормы. Желудочный сок: общая кислотность—10, свободная и связанная соляная кислота—0. Цитологически в промывных водах желудка обнаружены небольшие группы и одиночные экземпляры атипических клеток ракового новообразования. Реакция на кровь положительна. Рентгенологически—желудок малых размеров, расположен высоко. Выявлены два крупных дефекта в тени желудка, расположенных один в вертикальном, другой в горизонтальном отделах желудка. После соответствующей подготовки под интубационным эфирокислородным наркозом с релаксантами произведена субтотальная резекция желудка. Осмотр удаленного препарата показал, что имеются две опухоли на расстоянии 8 см друг от друга, почти одинаковой величины. Гистологическое исследование препаратов, взятых с обеих опухолей, установило аденокарциному.

В первом наблюдении наглядно показана возможность наличия последовательно развившейся первично-множественной опухоли у одного и того же больного в разных органах. Опухоли отличались друг от друга гистологической структурой, причем вторая выявлена через 1,5 г. после первой. Во втором наблюдении распознан первично-множественный рак в одном и том же органе с одинаковой гистоструктурой.

В результате наших наблюдений мы пришли к заключению, что в ходе операции при полипозе желудка необходимо более тщательно исследовать весь орган, ибо не исключена возможность наличия нераспознанного при клиническом и рентгенологическом исследованиях озлокачествленного полипа, расположенного вдали от обнаруженной основной опухоли. Это же положение относится к полипозу и раку толстого кишечника и прямой кишки.

Больные с первично-множественным раком в основном подвергаются обычным методам лечения. 28 больных, страдающих первично-множественным раком кожи, лечились лучевыми методами с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. В 4 наблюдениях больные с синхронно развившимся раком желудка подверглись операции. В 5 случаях висцерального рака, которому предшествовал рак кожи, больные подверглись и лучевому воздействию, и операции, и химиотерапии.

Наши наблюдения и данные литературы показали, что первично-множественный рак встречается значительно чаще, чем предполагалось. Опубликование всех выявленных наблюдений первично-множественного рака позволит уточнить все вопросы этой интересной проблемы.

Գ. Ա. ԴԱՆԻՆԵՅԱՆ, Ե. Խ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ

ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԲԱԶՄԱԿԻ ԶԱՐՈՐԱԿ ԵՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակներն ուսումնասիրելով 51 հիվանդի, որոնք մեկ կամ մի քանի օրգաններում ունեցել են մի քանի շարորակ ուռուցքներ, գտնում են, որ այն նկատվում է 35 տարեկանից բարձր անձնավորությունների մոտ:

Հիմնականում նման ախտահարումներ նկատվում են մաշկի քաղցկեղի դեպքում. մյուս օրգանների մի քանի քաղցկեղային օջախներ նկատվել են եզակի դեպքերում:

Առաջնային բազմակի շարորակ նորագոյացությունների ախտորոշմանը նպաստում են անամնեզի մանրազնիւն վերլուծումը, ինչպես նաև տարածման ուղիների և հյուսվածաբանական կառուցվածքի ուսումնասիրությունը:

Ինչ վերաբերում է բուժմանը, ապա այն չի տարբերվում սովորական շարորակ նորագոյացությունների բուժման մեթոդներից:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Атанасян С. С. и Абовян М. Н. Труды межреспубликанской онкологической конференции, Ереван, 1954, стр. 137.
2. Вольская В. М. Хирургия, 1964, 8, стр. 61.
3. Кадыров Ф. А. Вопросы онкологии, 1962, 1, стр. 85.
4. Петров Н. Н. В кн.: Злокачественные опухоли. Л., 1947.
5. Шанин А. П. Злокачественные новообразования кожи. М., 1938.
6. Цель Е. А. В кн.: Вопросы онкологии, 7. М., 1964, стр. 231.