

## МЕЛАНОМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

**О. А. Троицкий**

**Урологическое отделение Арзамасской городской больницы (главный врач К. К. Шуклин), Горьковская область**

Злокачественная меланома относится к группе самых злокачественных опухолей человека, она характеризуется инфильтративным ростом, ранним появлением и быстрым развитием метастазов в регионарных лимфатических узлах и в отдельных органах (Т. Д. Шелокова, 1967).

По данным Raven (1953), из числа 2193 больных меланомой различной локализации подобные опухоли полового члена выявлены у 19, что составило 0,86%.

В отечественной литературе описаны 2 наблюдения меланомы полового члена (А. П. Шанин, 1959; Е. П. Сведенцов, 1961). В одном из них меланома диагностирована прижизненно. Оба больных с момента установления диагноза жили 5 и 6 месяцев. Наше наблюдение интересно тем, что больной с редкой локализацией меланомы после консервативного лечения живет 3 года.



Рис.1.Больной М. Меланома на тыльной поверхности полового члена до лечения.

Больной Ш., 52 лет, поступил в урологическое отделение 26/X 1967 г. по поводу кровоточащей опухоли в области венечной борозды полового члена. С рождения на тыльной стороне полового члена имелось пигментное пятно темно-коричневого цвета размером 2х3 см. За 3 месяца до поступления в больницу из этого пигментированного участка стала быстро расти опухоль. При поступлении состояние больного удовлетворительное. В паховых областях пальпируются увеличенные до 2-2,5 см плотные, неподвижные, безболезненные лимфатические узлы. Со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления без особенностей.

На тыльной поверхности полового члена - пигментное пятно. Почти в центре его, в венечной борозде, безболезненная опухоль темно-синего цвета, плотно-эластической консистенции, размером 1,2X1,5x0,8 см. На

верхушке опухоли-небольшая язвочка. На этом же пигментированном участке кожи, рядом с опухолью, определяется несколько мелких "дочерних" опухолевидных образований (рис. 1). Анализы мочи и крови без патологических изменений. Результаты серологической реакции по Вассерману и осадочных реакций Кана, Закс, Витебского отрицательные.

При цитологическом исследовании отпечатков язвы опухоли (В. П. Понеделко) обнаружены расположенные группами крупные, различные по форме многоядерные клетки. Некоторые из них имеют отростки. В протоплазме этих клеток содержится черновато-бурый пигмент в виде пылевидных включений (рис. 2). Произведена тазовая флебография. На рентгенограммах - специфические изменения, характерные для метастазов в лимфатические узлы, по ходу подчревной и подвздошных вен.

Диагноз: меланома полового члена с метастазами в паховые и подвздошные лимфатические узлы. От радикального оперативного лечения больной категорически отказался.

Больному в вену полового члена через 2-4 дня вводились по 24 мг бензотефа в 20 мл 0,25% раствора новокаина (на penis на 4-5 мин. накладывали жгут). Всего введено 264 мг бензотефа. Одновременно проводили близкофокусную рентгенотерапию. Разовая доза облучения на опухоль 300 р, в неделю 3 сеанса (общая доза 8000 р). Рентгеновское облучение регионарных лимфатических узлов проводили через день при разовой дозе глубокой рентгенотерапии 250 р. Доза облучения на каждую пахово-подвздошную область составила 2000 р. За время лечения больному трижды переливали кровь.

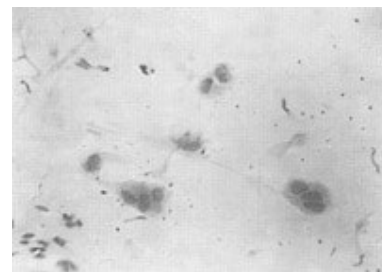


Рис.2. Препарат опухоли. Группа атипических многоядерных клеток. В протоплазме пигмент в виде пылевых включений. Приготовлен по методу отпечатка на предметном стекле

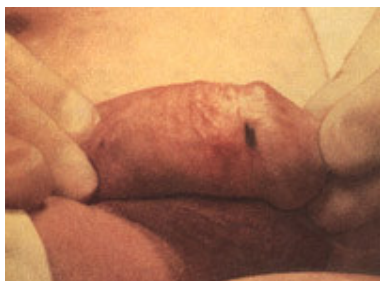


Рис.3. Тот же больной. После лечения прошло 3 года.