

произведена лапароскопия без дополнительного обследования в стационаре. При этом было установлено наличие левосторонней трубной беременности без ее нарушения. Произведена операция — левосторонняя тубэктомия, после которой наступило выздоровление больной.

Разрыв маточной трубы при незначительном количестве крови в брюшной полости определяется по дефекту на ее серозной оболочке. При наличии же большого количества крови с учетом клинического проявления заболевания целесообразна аспирация крови в стерильную посуду с добавлением антикоагулянтов (1 тыс. ед гепарина на 1000 мл крови), а после исключения повреждения полых органов следует реинфузировать аспирированную кровь из брюшной полости. Аспирация крови позволяет более детально осмотреть брюшную полость, установить источник кровотечения и степень повреждения маточной трубы.

Лапароскопическая картина перекрута кисты не представляет диагностической трудности. В отличие от неперекрученной

кисты она резко напряжена, имеет синюшно-багровую окраску с резко выраженным венозным стазом, тусклой серозной оболочкой и множественными мелкими или крупными кровоизлияниями.

Широкое использование лапароскопии в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний и заболеваний органов гениталий в трудных случаях позволяет своевременно и точно устанавливать диагноз и во многих ситуациях избегать ненужных для больных лапаротомий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дехтярь В. Г. // Острый аппендицит у женщин. — М., Медицина, 1971.
2. Ротков И. Л. // Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. — М., Медицина, 1980.
3. Савельева Г. М., Богинская Л. Н., Бреусенко В. Г., Жилкин Г. В. // В кн.: Руководство по клинической эндоскопии. — Под ред. В. С. Савельева и др. — М., Медицина, 1985.

Поступила 20.07.88.

УДК 618.14+618.11]—006.6—089.8

ЛЕЧЕНИЕ СИНХРОННОГО РАКА ТЕЛА МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

И. В. Смольянинова, О. В. Чулкова

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена

Лечению синхронного рака тела матки и яичников посвящены немногочисленные публикации, основанные, как правило, на единичных клинических наблюдениях [3, 5]. Поскольку синхронные опухоли рассматриваются как метастатические, свидетельствующие о распространенном опухолевом процессе, большинство исследователей являются сторонниками комплексного лечения, состоящего из оперативного вмешательства в сочетании с лучевой [2, 4] и лекарственной терапией [6, 10]. Между тем существуют и иные точки зрения. Так, вопрос о целесообразности включения химиотерапии в план комплексного лечения остается открытым, поскольку до сих пор неясно, способствует ли это лучшей выживаемости больных [8, 9]. Некоторые авторы считают, что при установлении диагноза раннего первично-множественного рака достаточно только операции с последующей гормонотерапией или без нее [5, 7].

В настоящем исследовании ретроспективно изучено применение различных лечебных методов у 100 больных синхронным раком эндометрия и яичника, находившихся под наблюдением с 1964 по 1986 г. По морфологическим признакам (степень дифференцировки опухоли и глубина ее инвазии в миометрий, наличие микроэмболов в сосудах и предраковых морфологических изменений в

окружающих тканях эндометрия и яичника) опухоли были разделены на первично-множественные, диагностированные у 57 больных (1-я группа), и метастатические — рак тела матки с метастазом в яичник и рак яичников с метастазом в эндометрий, имевшие место у 43 больных (2-я группа). Первично-множественные опухоли были представлены преимущественно сочетанием рака тела матки и рака яичника I клинической стадии по классификации ФИГО (75% больных).

В табл. 1 отражены методы лечения больных синхронным раком эндометрия и яичника.

Общая 5-летняя выживаемость больных 1-й группы, рассчитанная актуальным методом [1], составила 79,9%, во 2-й — 12,9%.

При анализе выживаемости в зависимости от метода лечения выявлено, что в 1-й группе наиболее высокие результаты достигнуты у больных, перенесших оперативное вмешательство с последующей лучевой и гормональной терапией (все 10 пациенток живы в течение 5 лет), а также с химиотерапией (5-летняя выживаемость констатирована у 87,2% женщин). У больных, получивших после операции только гормонотерапию, 5-летняя выживаемость отмечена у 49,4% женщин.

Среди больных метастатическим раком,

Таблица 1

Методы лечения больных синхронным раком
эндометрия и яичника
(без учета стадии заболевания)

Методы лечения	Больные 1-й группы		Больные 2-й группы	
	абс.	%	абс.	%
Операция + химиотерапия	6	10,5	6	14,0
Операция + лучевая терапия	10	17,5	13	30,2
Операция + химиотерапия + лучевая терапия	6	10,5	3	7,0
Операция + гормонотерапия	7	12,3	5	11,6
Операция + лучевая терапия + гормонотерапия	10	17,5	9	20,9
Операция + лучевая терапия + гормонотерапия + химиотерапия	17	29,8	3	7,0
Операция + гормонотерапия	1	1,8	1	2,3
Только операция	—	—	1	2,3
Не лечены	—	—	2	4,6
Всего больных	57	99,9	43	99,9

Таблица 2

Выживаемость больных раком в зависимости
от метода лечения

Методы лечения	Число больных	Выживаемость, %	
		3-летняя	5-летняя
С гормонотерапией	35	86,6	82,2
	18	20,5	20,5
Без гормонотерапии	22	81,6	76,5
	23	29,0	11,6
С лучевой терапией	43	84,4	81,3
	28	22,1	9,4
Без лучевой терапии	14	76,0	65,9
	12	42,0	4,2
С химиотерапией	36	78,7	74,8
	17	11,7	11,7
Без химиотерапии	21	84,5	78,8
	23	41,5	17,6

Примечание. В числителе — число больных 1-й группы, в знаменателе — число больных 2-й группы.

леченных различными сочетаниями компонентов комплексного лечения, 5 лет прожили лишь 8 из 43 больных. Наилучшие результаты наблюдались в группе, где больных прооперировали, а затем назначили им лучевую и гормонотерапию (30,3%).

Поскольку больных, леченных различными методами, было сравнительно немного (табл. 1), нам представилось целесообраз-

ным для получения более достоверных результатов объединить их в группы, в которых или использовался, или не использовался один из компонентов комплексной терапии. Выживаемость больных в этих группах представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, использование гормонотерапии как компонента комплексного лечения позволило повысить его результаты как в 1, так и во 2-й группах больных соответственно на 5,7% и 8,9%, применение лучевой терапии — соответственно на 15,4% и 5,2%. Включение же в комплекс химиотерапии не привело к увеличению продолжительности жизни больных синхронным раком тела матки и яичника. Можно предположить, что подобные результаты были связаны с тем, что химиотерапию получали в основном те больные, у которых были распространенные формы рака яичников (III стадия).

Рецидивы заболевания после комплексного лечения у больных первично-множественным раком наблюдались в 31,6% случаев, у больных метастатическим раком — в 68,9%. В 1-й группе у 9 из 18 больных рецидивы возникли в поздние сроки, спустя 4, 5 и более (до 12) лет после лечения, в то время как у большинства больных 2-й группы (у 17 из 20) — в первые 2 года. Средний срок появления рецидива составил 4,4 года в 1-й группе и 1,2 года — во 2-й группе. После рецидива опухоли больные жили в среднем 8,1 мес и 6,2 мес соответственно по группам.

Таким образом, по нашим данным, оптимальным методом лечения синхронного рака является комплексный, включающий оперативное вмешательство с последующей лучевой и гормональной терапией. В связи со склонностью первично-множественных опухолей к позднему рецидивированию целесообразно проведение гормонотерапии как противорецидивного лечения сроком не менее 5 лет; в группе больных с метастатическими опухолями, прогностически неблагоприятными, — в течение всего периода наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березкин Д. П. // Вopr. онкол. — 1982. — № 11. — С. 12—19.
2. Бохман Я. В., Баткаков В. П., Колосов А. Е. // Акуш. и гин. — 1979. — № 10. — С. 44—49.
3. Бохман Я. В., Колосов А. Е. // В кн.: Онкологические аспекты ановуляции. — Псков, 1980.
4. Debous I. M. // Strahlenther und Oncol. — 1986. — Vol. 162. — P. 540—548.
5. Eifel P., Hendrickson M., Ross B. et al. // Cancer (Philad.). — 1982. — Vol. 50. — P. 163—170.
6. Lotre W., Richter P., Sarembe B. // Arch. Geschurelstforsch. — 1982. — Vol. 52. — P. 569—574.
7. Pagel I., Bock I. E. // Danich Med. Bull. — 1984. — Vol. 31. — P. 333—345.
8. di Paola G. R., Sardi I. E., Rueda de Leve-

ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКИХ ФОРМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНИМИ ДОЗАМИ ТЕОФИЛЛИНА

А. П. Цыбульский, Н. М. Рахматуллина

Кафедра клинической аллергологии (зав. — проф. Р. Х. Бурнашева)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Лекарственная терапия бронхиальной астмы в настоящее время остается наиболее эффективным и доступным методом лечения. Основными лекарственными препаратами являются симпатомиметики и адренолиноподобные вещества, интал, стероиды и метилксантины. Производные метилксантинов, в частности теofilлин, как бронходилататоры известны с 1924 г. В последние годы вновь возник интерес к клинической фармакологии препарата. Эффективность применения теofilлина во многом связана с использованием очень высоких доз препарата, находящихся на грани с токсическими [4]. Выраженный терапевтический эффект проявляется в том случае, если концентрация теofilлина в крови больного достигает 10—12 мкг/мл. Тяжелые осложнения в виде аритмии, остановки дыхания, желудочного кровотечения наступают при концентрации 15—20 мкг/мл [1, 2].

Длительный опыт нашей работы с теofilлином показал возможность получения положительного лечебного эффекта при использовании средних доз препарата у больных с atopическими формами бронхиальной астмы. Под нашим наблюдением находились 84 пациента с бронхиальной астмой atopической формы (мужчин — 32, женщин — 52). В зависимости от проводимой терапии все больные были подразделены на две группы: в 1-ю (основную) вошли 44 человека, во 2-ю (контрольную) — 40. Основная группа получала теofilлин в качестве базисной терапии в сочетании с муколитиками, физиотерапевтическими процедурами (массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика, электролечение, парафино-озокеритовые аппликации на грудную клетку). Контрольную группу лечили по стандартной схеме (адренолиноподобные препараты, симпатомиметики), а также назначали им муколитики и физиотерапевтические процедуры без использования теofilлина.

На основании клинико-инструментальных данных больные по тяжести были подразделены на три подгруппы. Распределение больных по тяжести в основной и контрольной группах было равномерным. 1-я под-

группа (26 чел.) объединила больных в фазе обострения с легким течением заболевания, 2-я (30) — со среднетяжелым, 3-я (28) — с тяжелым. Во всех трех подгруппах длительность заболевания составляла от 1,5 до 3 лет.

Больные 1-й подгруппы жаловались на редкий кашель со скудной мокротой, чувство нехватки воздуха, приступы ночного затрудненного дыхания до одного раза, одышку при физической нагрузке. Больных 2-й подгруппы беспокоили приступообразный кашель со слизистой и слизисто-гнойной мокротой, выраженная одышка при физической нагрузке, приступы удушья до 4—5 раз в сутки. В 3-й подгруппе количество приступов увеличилось до 5—7 раз в сутки и более, одышка возникала и в покое, кашель был приступообразным, переходящим в удушье.

В основной группе больные 1-й подгруппы получали теofilлин в дозе 0,1 после приема пищи (однократно утром), во 2-й подгруппе — в дозе 0,2—0,3 в сутки (утром, днем, вечером), в 3-й — в суточной дозе 0,3—0,5. Вечером препарат назначали за 2—3 ч до ночного отдыха с целью устранения неблагоприятного влияния на сон. Все больные, получавшие теofilлин, имели в рационе питания ограничения в виде исключения кофе, какао, шоколада, уменьшения употребления чая. Поскольку курение способствует быстрой деструкции теofilлина [5], в исследование вошли больные с ограниченным употреблением сигарет. Стационарный курс продолжался от 10 до 30 дней. В дальнейшем все больные находились на амбулаторном лечении и принимали препарат по 0,1 ежедневно.

Концентрацию теofilлина в крови определяли спектрофотометрическим и иммуноферментным методами [3, 6]. Кровь забирали через 2 ч после очередного приема препарата, на 7 и 14-й дни лечения. Уровень теofilлина в сыворотке крови у больных с легким течением заболевания на 7-й день приема был равен $3,5 \pm 0,3$ мкг/мл, на 14-й — $3,0 \pm 0,2$ мкг/мл, со среднетяжелым течением заболевания — соответственно