

Из 8 больных, которым произведена дефундация матки, отдаленные результаты проверены у 3. У всех женщин менструации нормальные.

Всех женщин, имевших возможность забеременеть, было 35. Беременность наступила у 9. Из них у 7 беременности закончились самопроизвольными родами. У одной больной роды сопровождались первичной слабостью родовой деятельности. Роды закончились рождением живого доношенного ребенка. Срок наступления беременности от 3 месяцев до 1 года после операции. У 2 женщин беременности, наступившие в течение первых 6 месяцев после операции, закончились самопроизвольными выкидышами.

У одной больной, перенесшей энуклеацию интерстициально-субмукозного узла со вскрытием полости матки, беременность наступила дважды, причем первый раз через 3 месяца после операции. Обе беременности закончились искусственными абортами по желанию больной.

Последующее наступление беременности, а также доношивание и роды с благоприятными исходами говорят о полном восстановлении функциональной способности матки после консервативных операций.

Рецидивы опухоли отмечены у 5 больных (2,9%), из которых у 2 была нарушена менструальная функция в виде гиперполименореи. У одной больной опухоль достигла размеров 16—17 недель беременности, сопровождалась не только нарушением менструальной функции, но и дизурическими явлениями, а также болевым синдромом. Больная была повторно оперирована спустя 7 лет. Произведена радикальная операция. У другой больной был применен метилтестостерон в комбинации с прегнином, и менструации нормализовались. Заметного роста опухоли у больной не отмечено. Три другие больные жалоб не предъявляли, но при объективном исследовании в теле матки определяются узелки величиной от лесного до грецкого ореха.

При бимануальном исследовании установлено, что у большинства больных сохранилось правильное положение матки. У 7 больных обнаружена ретрофлексия, причем у всех узлы были вылучены из задней стенки матки, и во время операции не была произведена вентросуспензия матки. В тех же случаях, когда энуклеация узлов из задней стенки матки сочеталась с последующей вентросуспензией матки по Долери-Джильяму (всего 14 больных), ретродвижения матки не отмечено. Наш небольшой опыт позволяет рекомендовать с целью предупреждения значительного спаечного процесса и изменения положения матки после энуклеации узлов, особенно на задней стенке матки, вентросуспензию матки по Долери-Джильяму.

При изучении отдаленных результатов после операции передней гистеротомии с удалением рождающихся субмукозных узлов влагалищным путем у 5 больных установлено отсутствие рецидивов, нормальная менструальная функция, полное сохранение работоспособности. У всех форма шейки сохранена, и только у одной больной после полного расхождения швов на шейке было отмечено рубцовое изменение передней губы шейки матки.

Из всех обследованных больных (72) только у одной с рецидивом опухоли отмечено учащенное мочеиспускание, у остальных же дизурических расстройств не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М. С. Хирургическое лечение фибромом матки. Медгиз, М., 1958.
2. Александров М. С. Акуш. и гин. 1948, 4.
3. Добротина А. Ф. Там же, 1960, 2.
4. Кейлина Х. В. Сов. мед. 1940, 1.
5. Лебедев А. И. Дисфункциональные маточные кровотечения. Медгиз, М., 1960.
6. Петченко А. И. Фибромиомы матки. Госмедиздат УССР, Киев, 1958.
7. Пуговишникова М. А. Акуш. и гин. 1960, 2.
8. Пекки А. С. Там же, 1964, 6.
9. Могилев М. В. Сов. мед. 1951, 8.
10. Цырюльников М. Л. Акуш. и гин. 1960, 2.

УДК 618.146—616—006.6

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ «ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА» (CANCER IN SITU) ШЕЙКИ МАТКИ

И. П. Гоменюк, И. С. Кузьмин

Кафедра патологической анатомии (зав. — проф.

Н. В. Константинович),

кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. С. К. Барутчев)

Винницкого медицинского института им. Н. И. Пирогова и

Жмеринского онкодиспансера (главврач — И. С. Кузьмин)

Как известно, внутриэпителиальный рак (cancer in situ) представляет собою своеобразный процесс в многослойном плоском эпителии, где морфологически имеются проявления разрастания и утолщения клеток обычно с нарушением типич-

ной слоистости, заметной анаплазии клеток, гиперхромности их ядер и увеличением количества митозов. Особенностью этого процесса является то, что признаков прорастания в подлежащую ткань с нарушением базальных мембран нет.

И. В. Давыдовский и др. указывают, что морфологические изменения, характеризующие «рак in situ», не так уж редко обнаруживаются в вагинальной порции шейки матки, удаленной по другим причинам, не связанным с раковым ростом или подозрением на него (от 1 до 4%). Есть указания, что аналогичная морфология может наблюдаться не только при беременности, но и в детском возрасте. Подобная картина изменений может длиться годами и в дальнейшем далеко не обязательно переходит в типичную морфологию рака с инфильтративным ростом. Поэтому некоторые клиницисты «внутриэпителиальный рак» относят к начальным стадиям истинного рака (А. И. Серебров, Ю. Т. Коваль), другие (Э. В. Гительман, Твомбли) — к истинным предракам. О. Е. Нудольская «преинвазивный рак» считает предраковым заболеванием, а Г. Е. Гофман — доброкачественным процессом, не переходящим в рак.

С 1950 г. по 1963 г. в акушерско-гинекологическую клинику Винницкого мединститута и Жмеринский онкодиспансер поступило 130 женщин с гистологическим диагнозом «внутриэпителиальный рак» (cancer in situ) шейки матки. Из них у 122 в прошлом были роды или аборт, 8 женщин страдали бесплодием.

В возрасте от 20 до 40 лет было 54, от 41 до 50 лет и старше — 76 женщин.

У 20 женщин был сопутствующий эндометриоз, у 3 — лейкоплакия, у 5 — эктропион, у одной — эндометриоз, у одной — железистая гиперплазия эндометрия с эрозией шейки матки, у одной — железистая гиперплазия с эрозией шейки матки и кистой яичника, у одной — эрозия шейки матки с аденомой и у 10 шейки макроскопическая была нормальной. Из 130 женщин у 88 (67,7%) «внутриэпителиальный рак» сочетался с эрозиями шейки матки. По-видимому, эрозии являются почвой для развития «внутриэпителиального рака» шейки матки. Сочетание «внутриэпителиального рака» шейки матки с беременностью наблюдалось у 15 женщин.

Расширенная экстирпация матки с последующей рентгенотерапией была произведена у 57 женщин, ампутация шейки матки — у 2, радиотерапия (от 2333 до 4666 р.) — у 12, диатермокоагуляция — у 51, консервативное лечение — у 4. Отказались от лечения 4 женщины.

Все удаленные препараты во время расширенной экстирпации матки подвергались серийному гистологическому исследованию. Рак матки был выявлен только в одном случае из 57. Хотя отсутствие рака в гистологических срезах после удаления матки, если «внутриэпителиальный рак» до операции был установлен гистологически, еще не является доказательством диагностической ошибки (поскольку можно думать, что в отдельных случаях очаг мог быть удален при биопсии), однако 100% отсутствие ракового разрастания в экстирпированных матках заставило нас перейти к более консервативным методам лечения и контрольным повторным биопсиям с разных участков шейки матки с последующим серийным гистоисследованием взятого материала.

Контрольная повторная биопсия была произведена 2 раза у 34, 3 — у 15, 4 — у 11 и 5 раз — у 7 женщин. У всех при серийном гистоисследовании повторного биоптического материала первоначальный диагноз не был подтвержден.

После расширенной экстирпации матки под нашим наблюдением находились 24 женщины 2 года, 8 — 3 года, 6 — 5 лет, 7 — 6 лет, 4 — 7 лет и 3 — 8 лет. Одна женщина умерла от рецидива, но у нее был обнаружен рак как в биоптическом материале до операции, так и в послеоперационном препарате. Четыре женщины были из-под наблюдения.

При лечении радиом под нашим наблюдением находились: 1 женщина 2 года, 4 — 3 года и 3 — 4 года. Из 8 наблюдавшихся женщин у 5 наступила кастрация, у 2 образовались спайки и укорочение сводов и у одной возникли длительно незаживающие эрозии шейки матки, в связи с чем ей была произведена диатермокоагуляция. 4 женщины были из-под наблюдения.

После диатермокоагуляции 12 женщин наблюдались нами в течение 3 лет, 8 — 5 лет, 16 — 7 лет, 6 — 8 лет и 3 — 9 лет. Из 45 женщин лишь у 2 наступил рецидив эрозий шейки матки, им была повторно сделана диатермокоагуляция, после чего наступило выздоровление, 6 женщин были из-под наблюдения.

После консервативного лечения наблюдались 4 женщины: одна — 6 лет, одна — 7 лет и 2 — 9 лет. У 3 выздоровление наступило одновременно с излечением трихомонадного кольпита. У одной женщины наблюдалось временное ухудшение, но затем эрозия зажила без всякого лечения. 4 женщины от лечения отказались. При повторных обследованиях заболеваний у них не выявлено. 2 из них находились под нашим наблюдением 7 лет и 2 — 9 лет.

У 15 женщин, лечившихся диатермокоагуляцией и консервативно, наступила беременность. У 10 женщин она закончилась нормальными родами и у 5 — искусственными абортами.

Резюмируя наши данные, можно отметить, что наиболее благоприятные результаты лечения «внутриэпителиального рака» шейки матки наблюдались при диатермокоагуляции. Полученные нами данные подтверждают выводы О. Е. Нудольской, Г. Е. Гофмана и других авторов о том, что, по-видимому, «внутриэпителиальный рак» матки ни морфологически, ни клинически не является начальной стадией истинного

рака, а представляет собою доброкачественный процесс, связанный с пролиферацией покровного эпителия, обусловленный каким-либо раздражением. Ликвидация последнего обычно влечет за собой и нормализацию эпителиального покрова. Однако не следует забывать, что присоединение каких-то дополнительных влияний может обусловить в отдельных случаях переход этого процесса в истинный рак. Последнее требует, чтобы при обнаружении изменений типа «рак in situ» во избежание возможных, хотя и редких, случаев перехода в рак проводилось тщательное лечение и амбулаторное наблюдение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михалкевич Л. А., Пржибора С., Симм, Вольна М. Акуш. и гин. 1964, 4. — 2. Нудольская О. Е. Предраковое состояние тела и шейки матки. Медгиз, М., 1947. — 3. Серебров А. И. Рак матки. Медгиз, М., 1957. — 4. Улезко-Строганова К. П. Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов. Медгиз, М., 1939; Проблема рака и активная мезенхима. Медгиз, Л., 1940.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616—056.3

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ ЛЕГКИХ

А. М. Рутин

(Казань)

Эозинофильные инфильтраты, по данным большинства авторов, следует рассматривать как полиэтиологический синдром с аллергическим патогенезом. Эозинофильные инфильтраты нередко наблюдаются у больных гельминтозами, осложняют некоторые инфекционные заболевания, например туберкулез. Возникают эозинофильные инфильтраты иногда на фоне терапии сульфаниламидами или как аллергическая реакция на некоторые пищевые продукты, на вдыхание пылицы различных растений и т. д.

Наряду с «летучими», быстро появляющимися и исчезающими инфильтратами Л. Д. Гриншпун, Е. С. Брусиловским и И. П. Лернером описаны эозинофильные инфильтраты, протекающие по типу сливных пневмоний, нередко с реакцией со стороны плевры. Бывают случаи хронического течения эозинофильных инфильтратов различных органов. Эти заболевания при вовлечении в процесс сосудов приобретают черты эозинофильного гранулематоза. При эозинофильных инфильтратах легких эозинофилия крови и костного мозга достигает высоких степеней. По данным Е. С. Брусиловского, И. П. Лернера, Л. Д. Гриншпун, уровень эозинофилов у таких больных колеблется от 20% до 40%, а иногда достигает 90%, лейкоцитоз у этих больных находится в пределах 9000 и 13000. При летучих эозинофильных инфильтратах эозинофилия крови держится 8—17 дней. При затяжном течении эозинофилия может быть до 30 дней и более. Эозинофильные инфильтраты легких встречаются в любом возрасте, чаще у женщин в весенне-летний период. Заболевание начинается внезапно. Больные жалуются на потливость, познабливание, мышечные и суставные боли, экспираторную одышку, боли за грудиной, которые при левосторонней локализации могут имитировать приступы стенокардии. Кроме того, отмечается сухость в горле, насморк, кашель с отделением небольшого количества мокроты, характерного «канареечного цвета», иногда с примесью крови. Физикально выявляется небольшое укорочение перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание, крепитация или мелкопузырчатые влажные хрипы, температура повышается до субфебрильной и очень редко — до 39°. Эозинофильные инфильтраты часто сопровождаются и другими проявлениями аллергии: зудом кожи и слизистых, уртикарными и геморрагическими высыпаниями, эритемой. Рентгенологически эозинофильные инфильтраты характеризуются участками затемнения в легких пневмонического или очагового характера, иногда мигрирующего типа.

Приводим наше наблюдение. Р., 41 года, портниха меховой фабрики, поступила 9/X 1963 г. с жалобами на общую слабость, познабливание, головные боли, кашель с мокротой желтоватого цвета, приступы удушья по ночам с затрудненным выдохом, сопровождающиеся болями в грудной клетке. Месяц лечилась амбулаторно, но состояние больной прогрессивно ухудшалось: усилился кашель, появились приступы удушья по ночам.

Больная глухонемая, астенического телосложения. Миндалины с обеих сторон слегка увеличены. Грудная клетка правильной формы, левая половина ее несколько