

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

В. Н. Савицкий

I кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. В. Н. Савицкий)
Киевского ГИДУВа

Примененные нами препараты относятся к группе синтетических алкилирующих лекарственных соединений. Они способны реагировать с фосфатными группами высокополимерной дезоксирибонуклеиновой кислоты, вызывать нарушение структуры дезоксирибонуклеопротендов и тем самым делать клетки нежизнеспособными. Больше всего эти вещества действуют на пролиферирующую опухолевую ткань, богатую дезоксирибонуклеопротеидами.

Мы использовали главным образом этимидин (препарат А-1), бензотэф (А-16), фтортэф (А-23), а частично и тиотэф. Первые 3 препарата вводили внутривенно или внутривенно через день в дозировке: этимидин—6 мг кристаллического вещества, растворенных в 20 мл стерильного изотонического раствора NaCl; бензотэф—24 мг в 20 мл того же раствора; фтортэф—10 мг в дистиллированной воде. Тиотэф вводили через день внутривенно, внутримышечно или внутривенно по 10—15 мг в физиологическом растворе.

Ослабленным больным с пониженным количеством лейкоцитов в первые инъекции вводили половинную дозу, а затем увеличивали промежутки между ними; более крепким вводили 2 дня подряд, затем делали перерыв. Повторный курс лечения назначали через 1,5—2 месяца, третий курс—через 3—4 месяца после второго.

Если у больной под влиянием лечения наступала тошнота и рвота, ей назначали барбитураты или аминазин, а также на 1—2 дня удлиняли интервалы между введениями. При снижении числа лейкоцитов до 3000 и ниже и тромбоцитов до 100 000 введение прекращали, переливали кровь, лейкоцитарную и тромбоцитарную массы, давали аскорбиновую кислоту, нуклеиновокислый натрий (внутримышечно по 5 мл 2,5% раствора).

Указанные химиотерапевтические препараты вводили также и в брюшную полость (после лапаротомии) через резиновую трубку или при помощи шприца, прокалывая кожу пупочного кольца.

Методика последнего способа, сравнительно редко применяемого, но весьма эффективного (им пользуются при лечении гнойных перитонитов—Г. А. Орлов, Б. А. Полянский), такова: область пупка анестезируют 0,25% раствором новокаина, вводя его в кожу слева и справа от пупка до получения «лимонной корки», клеммами Бокгауза (цанками) справа и слева от пупка захватывают брюшную стенку и энергично ее приподнимают, а затем в нижней части пупочного кольца иглой среднего калибра прокалывают ее, после чего 10—20-граммовым шприцем вводят раствор химиотерапевтического вещества. При попадании иглы в брюшную полость чувствуется, что раствор свободно проходит и не вытекает через иглу обратно.

Мы провели наблюдение над 60 больными раком яичника, которые лечились в акушерско-гинекологическом отделении больницы им. Калинина и акушерско-гинекологическом отделении Киевской областной больницы.

В возрасте от 31 до 35 лет было 3 женщины, от 36 до 40—8, от 41 до 50—19 и старше 50 лет—30.

В I стадии заболевания было 6 женщин, во II—21, в III—13, в IV—20; стадию заболевания мы определяли по изменениям в брюшной полости, обнаруживаемым во время операции. Лишь у 6 больных, отказавшихся от операции, стадия поражения была установлена на основании общего состояния больной, анатомических изменений в тазу, наличия кровянистого асцита, атипических клеток в асцитической жидкости и других лабораторных данных.

Из 54 прооперированных больных малигнизированные цилиэпителиальные кисты были у 22, папиллярный рак у 14, аденокарцинома—у 12, метастатический рак Крукенберга—у 6.

Экстирпация или суправагинальная ампутация матки с двусторонним удалением придатков и резекцией сальника была произведена у 27, удаление только придатков матки или частичная резекция опухоли—у 17 больных. У остальных 10 больных вмешательство ограничилось пробной лапаротомией с иссечением кусочков ткани для гистологического исследования.

При поражениях I и II ст. во всех случаях, независимо от возраста, была произведена суправагинальная ампутация матки с одновременным удалением явно пораженного и непораженного яичника. Удаление яичников без удаления матки или удаление части опухоли мы производили у больных, у которых злокачественный характер опухоли во время операции не был установлен, а также если полное удаление опухоли невозможно было произвести. Мы полагаем, что даже частичное удаление опухоли с эвакуацией асцитической жидкости вполне целесообразно: больная хотя бы временно перестает ощущать тяжесть внизу живота, у нее улучшается настроение, аппетит, сон.

Таблица 1

Стадия заболевания	Число больных, у которых соответствующая стадия установлена	
	до операции	в момент операции
I	9	4
II	18	23
III	7	17
IV	20	10
Итого	54	54

Результаты лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты лечения больных раком яичника

Терапия	Число больных	Продолжительность наблюдения						Умерло за период наблюдения
		до 3 мес.	3—6 мес.	6—12 мес.	1—2 года	2—3 года	от 3 и больше лет	
Радикальная операция . . .	27	—	—	0/1	3/0	12/1	6/4	6
Паллиативная операция . . .	17	—	—	—	4/4	6/3	—	7
Пробная лапаротомия . . .	10	—	0/2	1/2	2/1	0/2	—	7
Консервативная терапия . . .	6	0/1	0/3	0/1	0/1	—	—	6

Примечание. В числителе — больные, находившиеся под наблюдением, в знаменателе — умершие в процессе лечения.

Наш материал как в количественном отношении, так и с точки зрения продолжительности наблюдения дает нам право сделать только предварительную оценку эффективности примененного лечения. Наилучшие результаты получены именно там, где была произведена радикальная операция с последующим применением химиотерапевтических препаратов: из 27 больных умерло 6, причем 18 мы наблюдали на протяжении от 2—3 лет и больше. Наихудшие результаты получены в группе больных, подвергавшихся только консервативной терапии (умерли все 6) и пробной лапаротомии (из 10 больных умерли 7), причем смерть наступала в более ранние сроки.

Под влиянием только одной химиотерапии у больных заметно улучшалось общее состояние, сон и аппетит, боли уменьшались или совсем исчезали, больные прибавляли в весе; опухоль или инфильтрат постепенно уменьшались, а иногда (правда, на время) и совсем исчезали, асцитическая жидкость рассасывалась или же более медленно накапливалась, атипичные клетки в асцитической жидкости исчезали.

Оценивая положительные результаты, мы стремились найти и объективное отражение их.

Появившееся в японской печати сообщение о наличии в сыворотке крови раковых больных особого фермента фосфолипида, названного малигнолипином, который может быть обнаружен при помощи специальной реакции Хакима, послужило основанием для использования этой реакции и у наших больных раком яичника. Малигнолипин был обнаружен только в тканях злокачественных опухолей и в крови больных раком и ни разу не был обнаружен в тканях и крови здоровых людей.

При постановке реакции Хакима кровь для исследования берут из вены утром, натощак; после стояния ее дважды центрифугируют. Гемолиз и повышенное количество билирубина мешают правильному определению.

Для реакции берут 0,01 мл 0,5% раствора аскорбиновой кислоты, 0,02 мл 0,5% раствора солянокислого тиаминина, 0,1 мл 0,5% спирта, 0,15 мл 10% раствора KOH, 0,1 мл 0,5% раствора CuSO₄, 0,12 мл 0,02% водного раствора основного фуксина. Смесь встряхивают после прибавления каждого реактива.

Результат реакции оценивают через 15—30 мин. на солнечном свете, через белое стекло или бумагу. Более или менее выраженная фиолетовая окраска свидетельствует о положительной реакции. Интенсивность окраски к 30-й мин. ослабевает. При наличии отрицательной реакции цвет будет красноватым, но не густым и без фиолетового оттенка. Для сравнения рекомендуется ставить контрольную пробу с заведомо нераковой сывороткой. Этой реакцией мы пользуемся в течение последних лет и находим, что она может служить подсобным методом оценки результатов примененной терапии.

Что касается эффективности того или другого химиотерапевтического препарата, то можно утверждать, что этимидин дает более быстрые и более ощутимые результаты. Отрицательной стороной этого препарата является его токсическое действие на орган слуха.

Все примененные препараты вызывают также и уменьшение количества лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов, что требует принятия общеизвестных специальных мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросова Е. П. *Акуш. и гин.*, 1953, 3. — 2. Блохина Н. Г. В кн.: Вопросы химиотерапии злокачественных опухолей. Медгиз, М., 1960. — 3. Воскресенский П. А. *Акуш. и гин.*, 1954, 2. — 4. Жарданиа. Там же, 1956, 5. — 5. Краевская П. С. Рак яичников. Медгиз, М., 1960. — 6. Ларионов Л. Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей. Медгиз, М., 1962. — 7. Новикова Л. А. *Акуш. и гин.*, 1961, 3. — 8. Переводчикова Н. П. Лекарственные метсды лечения злокачественных опухолей. Медгиз, М., 1961. — 9. Серебров А. И. *Акуш. и гин.*, 1959, 3; там же, 1960, 3. — 10. Сигалов А. Б. *Акуш. и гин.*, 1959, 3. — 11. Соловьева Л. А. *Тр. Омского мед. ин-та*, 1957, 21.

УДК 616—073.75—616—006.55—618.11

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА СОСОЧКОВОЙ КИСТОАДЕНОМЫ ЯИЧНИКА

Л. М. Тухватуллина

I кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Н. Е. Сидоров)
и II кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Д. Е. Гольштейн)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

При гистеросальпингографии диагноз опухоли яичника ставится обычно на основании косвенных признаков: смещение матки в сторону, противоположную локализации опухоли, дугообразное подтягивание трубы кверху при больших опухолях яичников с сохранением ее проходимости (при воспалениях придатков трубы непроходимы). Иногда контрастное вещество, введенное при гистеросальпингографии в брюшную полость, окружает опухоль, вследствие чего становится отчетливой не только ее величина, но и поверхность (Ю. Рушковски и Д. Славиньска, 1963).

Приводим два наших наблюдения.

1. А., 31 года, поступила по поводу воспалительной опухоли правых придатков матки. Жалуется на постоянные боли внизу живота. Перенесла аппендэктомию. Замужем с 22 лет. Первая беременность закончилась нормальными родами, остальные две — искусственными абортми, причем последний был три года назад. В течение 5 лет больная страдает воспалением правых придатков матки. Заболевание связывает с простудой. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно с временным улучшением. Последнее стационарное лечение проводилось месяц назад в течение 28 дней.

Состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, внутренние органы без отклонений от нормы. Наружные половые органы сформированы правильно, шейка цилиндрическая, чистая. Влагалище широкое, зев закрыт, матка в антефлексии, отклонена кзади, плотная, безболезненная, не увеличенная. Левые придатки не определяются. Справа прощупывается опухоль овальной формы величиной с небольшое яблоко, болезненная, ограниченная в подвижности.

Гем.—15,2 г%, Э.—4 890 000, Л.—7200, формула без отклонений. РОЭ 8 мм/час.

Гонококки не обнаружены. Р. Пирке положительная.

Гинекография. На фоне введенного газа определяется тень матки, отклоненной влево и кзади, видна тень неувеличенного левого яичника и неоднородная тень значительно увеличенного правого яичника с изъеденными контурами. После введения контрастного вещества тень полости матки обычная, выражены трубно-маточные сфинктеры Рейнберг — Арнштама. Фаллопиевы трубы тонкие, проходимость сохранена с обеих сторон. Через 24 часа контрастное вещество располагается в брюшной полости в виде полос, отдельных мелких шариков и скоплений.

Поставлен диагноз: опухоль правого яичника с папиллярными разрастаниями, спайки в брюшной полости.

При лапаротомии обнаружены точечные кровоизлияния в париетальную и висцеральную брюшину, небольшой геморрагический асцит. Матка нормальной формы и величини, левые придатки матки не увеличены, непосредственно ко дну матки припаяна исходящая из правого яичника опухоль в форме цветной капусты, величиной с мужской кулак.