ной областей слева. Постепенно затруднение глотания, сухость во рту стали нарастать; припухлость в левой подчелюстной области увеличилась до размеров куриного яйца, заняла всю левую подчелюстную область. Кожа над ней нормального цвета, опухоль с ней не спаяна, эластична, с четкими границами, безболезненна. Открывание рта свободное, слизистая оболочка нормального цвета, дно рта несколько приподнято.

14/X 1966 г. произведена биопсия. Найдена миома из миобластов — опухоль Абрикосова.

21/X 1966 г. под местной анестезией произведено удаление опухоли левой подчелюстной области. Опухоль состояла из отдельных долек эластической консистенции, темно-багрового цвета, величиной от горошины до лесного и грецкого ореха. Оболочка опухоли очень тонкая, легко снимается. Дольки опухоли легко отделяются друг от друга.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Патогистологическое исследование подтвердило, что опухоль представляет собой миому из миобластов (опухоль Абрикосова).

УДК 618.1 — 616 — 006.3.04

Н. И. Пушкарев (Баш. АССР). **Саркома большой половой губы**

Б., 77 лет, поступила 19/XI 1966 г. с жалобами на наличие опухоли правой большой срамной губы, мешающей ходить и мочиться. Опухоль появилась 10 лет назад.

Правая большая губа в виде ограниченно подвижного с неровной поверхностью образования 23×10×9 *см*. Подкожные вены ее расширены.

Диагноз: фиброма (?) правой большой половой губы.

24/XI под местным обезболиванием произведено иссечение опухоли. Ткань препарата на разрезе напоминает рыбье мясо.

Гистологический диагноз: полиморфноклеточная саркома, возможно миогенного происхождения (проф. И. В. Давыдовский).

Рана зажила первичным натяжением. Б. выписана на 15-й день после операции. Направлена на рентгенотерапию.

УДК 616.351 — 006

И. Х. Хидиятов (Уфа). **Лечение больных раком прямой кишки**

За последние 11 лет под нашим наблюдением находились 107 мужчин и 87 женщин, страдающих раком прямой кишки. Жителей сел было 139, городов — 55; башкир было 18, татар — 49, русских — 107, других национальностей — 20; в возрасте до 29 лет было 15, 30—39 лет — 33, 40—49 лет — 52, 50—59 лет — 40, 60—69 лет — 36, 70 лет и старше — 18.

Из предшествующих заболеваний у 27 больных был геморрой, у 36 — хроническая дизентерия, у 16 — колит, у 11 — полипоз.

У 174 больных удалось установить рак прямой кишки при исследовании пальцем. При этом определялась степень поражения и стадия болезни. Ректороманоскопия, рентгенография с наливкой контрастной массы дополняли пальцевый метод; их применяли при диагностике опухолей высокой локализации. В каждом случае диагнозы были подтверждены гистологическим изучением биопсированной ткани опухоли.

У 56 больных опухоль располагалась на передней стенке прямой кишки, у 45 — на задней, у 24 — на правой, у 26 — на левой, у 43 — циркулярно; у 8 (4,1%) больных она исходила из сосочка перианальной кожи, у 36 (18,3%) — из патологически измененной слизистой анального канала, у 128 (66%) — из ампулы прямой кишки (у 51 — из нижнеампулярной части, у 38 — из среднеампулярной, у 39 — из верхнеампулярной) и у 22 (11,6%) — из ректосигмоидного отдела.

Язвенно-инфильтративный характер роста наблюдался у 82 чел., экзофитный — у 62, полипообразный — у 25, полипы с малигнизацией были у 25.

Радикальные операции на прямой кишке осуществлялись преимущественно в 1964—1966 гг. Из 35 радикально оперированных больных 2 умерли в послеоперационном периоде и 2 — в течение года после выписки от причин, не зависящих от операции, остальные находятся под наблюдением диспансера.

Химиотерапия (тиотэф, 5-фторурацил) проведена у 25 больных. После химиотерапии отмечалось уменьшение инфильтрации вокруг опухоли, улучшение общего состояния. В крови определяется лейкопения, повышенная РОЭ.

Рентгенотерапия проведена 33 больным, в основном при опухолях перианальной кожи и анального канала в период подготовки больных к операции и как самостоятельное лечение.

Оперативное вмешательство при раке прямой кишки — основной метод лечения в комплексе с химиотерапией и рентгенотерапией.

Эвагинационный метод резекции прямой кишки может быть рекомендован практическим хирургам при расположении опухоли I—II стадии на 6—10 *см* выше ануса, когда трудно выполнять резекции внутрибрюшным методом.