

В заключение следует указать, что ни у одной из оперированных женщин не было повреждения уретры, мочевого пузыря и прямой кишки ни во время операции, ни во время применения каркаса; планомерное ношение пеллота с периодическим его извлечением и туалетом искусственного влагалища также не вызывало осложнений. По данным некоторых авторов [9, 11], оставление протеза на длительное время может вызвать расстройство кровообращения в стенке искусственного влагалища, появление эрозий на его поверхности и даже образование свищей в прямую кишку и мочевой пузырь.

Во время ношения пеллота следует избегать езды на велосипеде, мотоцикле, верхом на лошади и т. п., так как это может привести к травме влагалища, что и имело место в одном из наших наблюдений.

ВЫВОДЫ

1. Кожный кольпопоз свободной аутоотрансплантацией тонкого (0,4 мм) лоскута, взятого дерматомом, в противоположность кишечному кольпопозу, является весьма эффективной, технически несложной и совершенно безопасной операцией.

2. Предложенный нами каркас для кольпопоза позволил добиться хорошего приживления кожного лоскута, что в комплексе с последующим планомерным ношением пеллота предупреждало и устраняло сморщивание стенок и сужение просвета искусственного влагалища, а следовательно, давало в итоге хороший анатомический и функциональный исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н. Н. Кожная пластика. Медгиз, М., 1955.
2. Буриан Ф. Атлас пластической хирургии. Прага — Москва, 1967.
3. Гнилорыбов Т. Е., Кот А. И. Пластика свободным кожным лоскутом. Минск, 1968.
4. Грищенко И. И. Образование искусственного влагалища по методу кожно-эпидермальной аутоотрансплантации. Автореф. докт. дисс., Харьков, 1940; Программа и доклады 2-й научн. конф. Харьковск. мед. ин-та, 1960; Материалы научн. засед. Харьковск. научн. мед. об-ва, 1960; Доклад на III Всемирном конгрессе акуш. и гинек. (отдельн. оттиск). Вена, 1961.
5. Груздев В. С. Казанский мед. ж., 1926, 2; 1928, 8; 1933, 7.
6. Замятина З. И. Акуш. и гинек. 1955, 5; 1964, 3; В кн.: Актуальн. вопросы акуш., гинек. и педиатрии. Львов, 1964.
7. Маненков П. В. Итоги клинического опыта. Казань, 1968.
8. Петров В. И. Свободная пластика кожи. Медицина, Л., 1964.
9. Demjen S., Hudcovic A., Pomtuch A. Acta chir. plast. 1966, 8, 3.
10. Evans G. N. Am. J. Obstet. Gynec., 1967, 99, 7.
11. Jacson I. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth., 1965, 72, 3.
12. Ulfelder H. Am. J. Obstet. Gynec., 1968, 100, 6.
13. Page E. W., Owsley J. Q. Ibid., 1969, 105, 5.

УДК 618.14—616—006.3.04

О САРКОМАХ МАТКИ

Ю. П. Николаева-Грачева

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Н. Якубова, научн. консультант — проф. Х. Х. Мецеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова¹

Вопрос о саркомах матки изучен недостаточно. По-видимому, это связано с относительной редкостью данного заболевания.

В отечественной литературе саркому матки впервые описал Н. Ф. Толочин в 1869 г. Затем было опубликовано около 45 сообщений о единичных случаях, а в 1949 г. А. С. Апетов привел 22 случая сарком без указания гистологического строения опухоли.

¹ Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии (зав.—доц. В. С. Соловьев) Пермского медицинского института и 7/1 1966 г. доложена на Пермском обществе акушеров и гинекологов.

В. Ф. Вамбергский обобщил в своей монографии 52 случая сарком матки (за период с 1918 по 1952 г.). 100 случаев, собранных в 15 онкологических учреждениях г. Ленинграда (за 35 лет, с 1922 г.), описаны в монографии Е. П. Мухиной (1966).

Нами изучен архивный материал гинекологического отделения областной клинической больницы, областного и городского онкодиспансеров г. Перми за 13 лет (1952—1964), включающий 42 клинических наблюдения. Для выяснения отдаленных результатов лечения была установлена письменная связь с лечебными учреждениями по месту жительства больных, несколько женщин обследованы лично автором.

При определении стадии заболевания мы придерживались общепринятых классификаций злокачественных новообразований тела и шейки матки. I стадия саркомы тела матки отмечена нами у 18 больных, II—III — у 2, III—IV — у 6, IV — у 12; у 4 больных стадия не установлена.

Возраст больных колебался от 2 до 73 лет. От 2 до 20 лет было 4 больных, от 21 до 40 лет — 5; от 41 до 60 лет — 22, от 61 до 73 лет — 11.

Диагностика саркомы матки довольно трудна. Нередко диагноз устанавливают на операционном столе.

Наши больные поступили в стационар с различными диагнозами (фибромиома матки, саркома матки, киста яичника, опухоль придатков матки и др.).

17 женщин из 42 за 2—3 месяца до лапаротомии считали себя вполне здоровыми. В анамнезе остальных 25 больных отмечены: фибромиома матки (у 11), воспаление придатков матки (у 7), киста яичника (у 2), полипы цервикального канала (у 2); 1 больная оперирована по поводу кисты яичника, 2 — по поводу фибромиомы тела матки (ампутация матки).

У 11 женщин саркома матки сочеталась с фибромиомой матки, у 2 — с кистой яичника, у 1 — с гидросальпинксом.

В числе больных были 2 девочки, 22 женщины в периоде менопаузы продолжительностью от 10 до 25 лет, 3 кормящие матери с детьми в возрасте до 11 месяцев (они погибли в первые четыре месяца после операции). Рожавших женщин было 34. Одни роды были у 7, до пяти — у 16, до десяти — у 11 женщин. У 10 рожавших больных были аборт: по одному у 6, по 3 у 2, 4 — у 1.

От начала субъективных ощущений до обращения к врачу у 14 женщин прошло около месяца, у 17 — от 2 до 6 месяцев, у 7 — от 7 месяцев до года, у 3 — свыше года до 2 лет, у 1 — неизвестно.

Клиника саркомы матки разнообразна. Из общих симптомов наблюдались слабость, похудание, анемия, кахексия (у 26 из 42 больных). Кровянистые выделения были у 21 больной, боли — у 11, чувство тяжести внизу живота — у 5, увеличение живота — у 3, бели — у 2, кровянистые выделения и боли — у 11, сочетание 3—4 симптомов — у 23 больных.

Превалирующим симптомом саркомы матки является метроррагия различной степени и продолжительности. Кровотечение зависит от локализации, направления и скорости развития опухоли, т. е. является ранним симптомом при саркоме слизистой оболочки матки или при саркоме мышечного слоя с прорастанием в слизистую оболочку.

Диагностическое выскабливание полости матки (за 1—13 месяцев) было произведено 13 больным, причем восьми из них многократно. У 5 женщин гистологически сразу диагностирована саркома матки, а у 8 — только после повторных биопсий.

Круглоклеточная саркома обнаружена у 2, веретенообразноклеточная — у 17, полиморфноклеточная — у 9, с неясной морфологией — у 14 (клинически запущенные случаи саркомы матки).

Саркома слизистой оболочки матки была у 8 женщин, мышечной — у 9, у остальных выяснить первичную локализацию не представилось возможным из-за запущенности процесса.

Оперативному лечению с последующей рентгенотерапией подверглись 23 больных, пробная лапаротомия была осуществлена у 5, не оперированы 14.

Из 42 больных умерло 18, в том числе 3 в течение 3 недель после операции. У 4 больных диагностированы метастазы в легкие. Более года жили 13, свыше 5 лет — 8 женщин. У 2 больных саркома культи шейки матки обнаружена спустя 1 и 4 года после ампутации матки по поводу фибромиомы. Одна из них погибла через 1,5 месяца, другая — через 4 месяца после операции.

2 больные погибли на 18 и 45-й дни после пробной лапаротомии, у 2 на 8 и 9-й дни наступила эвентрация. Течение послеоперационного периода у остальных больных было гладким.

Из 3 больных с саркомой шейки матки жили от 1 до 5 лет 2 женщины, 3-я погибла через 3 месяца от метастаза опухоли в легкие. Метастазы в легкие мы наблюдали у 4 больных, в параметрии — у 3, в шейку — у 4, на брюшину — у 2, на кишечник — у 3, в головку поджелудочной железы — у 1, в средостение — у 1.

У 15 из 23 оперированных метастазы возникли в 1-й год после операции.