

генитальными тельцами. Наличие такой богатой афферентной иннервации слизистой искусственного влагалища говорит о функциональной полноценности ее, способствующей восприятию самых разнообразных раздражений: химических, тактильных, механических типа давления.

УДК 618.146—006.6

ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК И ПРЕКЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

З. В. Мавлютова

Казанский городской онкологический диспансер (главврач — И. Б. Нагимов). Научный руководитель — проф. З. Ш. Гилязутдинова

Профилактика рака шейки матки находится в центре внимания онко-гинекологической службы. Своевременное выявление и лечение рака *in situ* предотвращает развитие инвазивного рака шейки матки.

Настоящая работа посвящена изучению преклинического рака (микроканцер) шейки матки, развившегося на фоне рака *in situ*.

Мы обследовали 137 больных, направленных в диспансер из различных женских консультаций республики с гистологически установленным диагнозом — рак *in situ* шейки матки. Все больные были взяты на учет.

В возрасте от 20 до 30 лет было 7 женщин, от 31 до 40 лет — 53, от 41 до 50 лет — 38, от 51 до 60 лет — 36 и старше — 3. 22 женщины были в менопаузе, у остальных менструальная функция была сохранена. У 130 больных в анамнезе были беременности и роды, причем у 46 из них роды протекали с разрывами шейки матки. Необходимо отметить, что из этих больных 117 предъявляли определенные жалобы, а у 20 патология шейки матки была выявлена при профилактическом осмотре. По данным анамнеза, у 117 женщин периодически проводилось лечение шейки матки, причем у 6 была осуществлена электрокоагуляция эрозии шейки матки без предварительной биопсии.

11 женщин считали себя больными до 1 года, 9 — до 3 лет, 9 — до 6 лет, 5 — до 9 лет и 18 — более 10 лет. У остальных заболевание шейки матки выявлено впервые. 89 больных жаловались на бели и незначительные боли внизу живота, а 16 отмечали контактные кровянистые выделения из половых путей. У 10 женщин рак *in situ* сочетался с другими заболеваниями гениталий: у 4 — с миомой матки, у 3 — с эндометриозом яичников, у 2 — с гиперплазией эндометрия и у 1 — с параовариальной кистой.

У 21 больной найдено начало инвазивного рака на фоне рака *in situ* (15,5%). 3 женщины подвергнуты сочетанной лучевой терапии, 18 — расширенной экстирпации матки с двусторонней лимфаденэктомией и последующим наружным облучением на гамма-терапевтическом аппарате ЛУЧ-1. Причем при гистологическом исследовании окружающей клетчатки и лимфоузлов у 2 из них обнаружены метастазы в лимфоузлы из obturatorной ямки с одной стороны. В настоящее время они клинически здоровы.

У 77 женщин установлен рак *in situ*, у 41 диагноз не был подтвержден. Отсутствие рака *in situ* в 36 случаях можно было объяснить полным удалением патологического очага при ранее проведенной биопсии. У 3 женщин за рак *in situ* была принята дисплазия эпителия и у 2 — децидуальная реакция и пролиферация эпителия (биопсия у этих 2 женщин была проведена при беременности).

Лечение рака *in situ* у 77 больных мы проводили с учетом клинического течения, распространенности процесса, возраста, желания иметь детей, сопутствующих заболеваний. У 16 больных произведена простая экстирпация матки, у 2 — лучевая терапия, у 52 — электрокоагуляция шейки матки, у 6 — высокая ампутация шейки и у 1 — электрокоагуляция шейки. После электрокоагуляции шейки матки конфигурация шейки восстановилась, эпителизация ее была полной.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 121 женщины (сроки — от 1 до 5 лет). Каждые 2—3 месяца больные подвергались осмотру и цитологическому исследованию мазков.

У 119 женщин достигнуто полное выздоровление. У 2 из них через год после электрокоагуляции наступила беременность, одной произведен аборт с благоприятным исходом, у другой женщины беременность закончилась срочными родами без травматизации шейки матки. У 2 больных был выявлен рецидив рака *in situ* с очагами инвазивного роста: у одной из них, 48 лет — через 3 года после электрокоагуляции шейки матки, у другой, 45 лет — через 8 месяцев после электрокоагуляции шейки матки.

Анализ нашего материала позволяет нам рекомендовать следующее: 1) считать обязательным комплексное обследование больных с подозрением на рак *in situ* шейки матки с целью своевременного выявления преклинического рака; 2) лечение рака *in situ* следует проводить индивидуально: больным старше 40—45 лет, особенно при наличии атрофических и рубцовых изменений шейки матки, целесообразно произвести

простую экстирпацию матки с придатками, а в более молодом возрасте — электроконизацию шейки матки с последующим гистологическим изучением серийно-ступенчатых срезов удаленной ткани; 3) больных после электроконизации шейки матки по поводу рака *in situ* необходимо подвергать кольпоскопическому и цитологическому контролю в онкодиспансере в течение 3 лет.

УДК 618.214—616.5—003.92

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Доц. М. А. Давыдова, Л. М. Тухватуллина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Основной причиной разрывов матки служат патологические изменения ее, среди которых первое место занимают послеоперационные рубцы. Поэтому оценка состоятельности послеоперационного рубца на матке приобретает большое значение. Эффективным методом определения полноценности рубца на матке является двойное контрастирование и гистерография. Однако рентгенография применима до наступления беременности, к тому же она, к сожалению, еще не получила должного распространения. Во время родов для этой же цели рекомендуют проводить гистерографию, но и этот метод еще широко не используется (главным образом вследствие недостатка соответствующей аппаратуры). Таким образом, практический врач в основном поставлен перед необходимостью судить о состоятельности рубца на матке при прогрессирующей беременности и в родах только по клинической картине. Между тем именно от качества рубца зависит решение вопроса о возможности самопроизвольных родов или производстве кесарева сечения во избежание разрыва матки по рубцу.

Показаниями к операции кесарева сечения при наличии рубца на матке являются: 1) анатомически узкий таз при доношенной беременности; 2) функционально неполноценный рубец; 3) неокрепший рубец (по мнению разных авторов, рубец можно считать окрепшим, если после операции прошло от 2 до 5 лет).

Из этих 3 показаний первое принято всеми акушерами-гинекологами. Действительно, если первая операция кесарева сечения была произведена из-за несоответствия между предлагающей частью плода и анатомически узким тазом, то в последующих родах при доношенной беременности весьма велик риск разрыва матки. Второе показание бесспорно, однако трудность заключается в установлении критерия неполноценности рубца. Спорным, по нашему мнению, является третье показание, ибо состояние рубца не может определяться временем, прошедшим после операции. И вряд ли не окрепший в первые месяцы после операции рубец станет полноценным с годами. Мы также считаем ошибочной тактику искусственного прерывания беременности по поводу «неокрепшего рубца», ибо искусственный аборт ни в коей мере не может способствовать укреплению рубца. Мы рекомендуем в течение 2 лет после операции предохраняться от беременности, но если она наступит в этот период, то не считаем нужным прерывать ее из-за «неокрепшего рубца».

При наличии рубца на матке операцию кесарева сечения производим по первым двум из перечисленных показаний.

Под нашим наблюдением находилось 45 женщин с рубцом на матке, из них 35 — после кесарева сечения и 10 — после различных операций.

У 8 женщин показанием к ранее перенесенному кесареву сечению служило центральное предлежание плаценты, у 3 — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, у 9 — суженный таз (II ст.), у 9 — функционально узкий таз, у 1 — упорная слабость родовой деятельности, у 1 — самопроизвольно заживший пузырно-влагалищный свищ после наложения акушерских щипцов и у 4 причина неизвестна. У 32 женщин операция была произведена 1 раз и у 3 — дважды. Корпоральное кесарево сечение было произведено у 29 женщин и истмическое — у 6, из них у 3 — по Гусакову.

Что касается других операций на матке, то 6 женщин перенесли миомэктомию, 1 — удаление добавочного беременного рога, 1 — глубокое иссечение интерстициальной части маточной трубы и 1 — ушивание матки после перфорации. У 1 женщины было 2 операции на матке: ушивание разрыва матки со стерилизацией и пересадка ампулярных отделов труб в матку по поводу вторичного бесплодия.

В возрасте до 30 лет было 22 женщины, от 31 до 40 лет — 21 и старше — 2. 23 женщины рожали через естественные родовые пути, 22 были первородящими.

У 34 женщин послеоперационный период протекал гладко, у 11 были осложнения: у 2 — расхождение послеоперационной раны на брюшной стенке, у 1 — кровотечение с последующим пятикратным выскабливанием стенок полости матки и у 8 — повышение температуры выше 38°.

У 5 женщин после операции прошло не более года, у 12 — от года до 2 лет, у 12 — от 2 до 3 лет, у 8 — от 3 до 4 лет и у 8 прошло 5 лет и более.