

1. Благовещенская Н. С. Топическое нарушение слуха, вестибулярной функции, обоняния и вкуса при поражениях головного мозга. Медгиз, М., 1962.—
 2. Гаевский В. А. ЖУНГБ, 1964, 3.—3. Нестерова Л. Д. Казанский мед. ж., 1968, 5; Вестибулярная функция у больных отосклерозом. Автореф. канд. дис., Казань, 1969.—
 4. Румянцева О. В. ЖУНГБ, 1964, 3.—5. Солдатов И. Б., Храпапо Н. С. Труды межобластной конференции оториноларингологов. Л., 1965.—
 6. Хилов К. Л. Отосклероз. Медгиз, Л., 1958.—7. Храпапо Н. С. Вестн. оториноларингол., 1964, 6.
-

УДК 618.11—006.6—616—036.65

РЕЦИДИВЫ И МЕТАСТАЗЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКА

Р. А. Родкина

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. Р. А. Родкина)
Тюменского медицинского института*

Частота рецидивирования злокачественных опухолей яичника по данным разных авторов варьирует в пределах 11—75%, что намного превышает частоту метастазирования не только при всех злокачественных опухолях половых органов, но и при раке у женщин вообще.

В наших наблюдениях метастазы и рецидивы в разные сроки с момента окончания лечения обнаружены у 106 из 375 леченных больных раком яичника (28,3%). Чаще (в 67,2%) они отмечены у больных с двухсторонними поражениями.

Как правило, рецидивы и метастазы у больных раком яичника возникают на 1 и 2-м году после операции или других видов лечения (83,7%) и значительно реже встречаются на 3-м году и позже (16,3%).

Сроки возникновения рецидивов и метастазов зависят от различных факторов, в частности от способности опухолевых клеток длительно существовать в лимфатических узлах без клинического проявления, от возраста, стадии заболевания и радикальности лечения.

По нашим данным метастазы наиболее часто возникали у женщин в возрасте от 20 до 39 лет (31,4%) и свыше 60 лет (33,3%).

Нарастанние стадии заболевания приближает сроки рецидивирования и метастазирования и вызывает учащение их появления. Так же отмечено, что значительно чаще метастазы возникают в случаях первичного рака яичника (65,8%), при вторичном раке опухоль метастазировала в меньшей степени (34,2%). Что касается отдельных гистологических структур, то создается впечатление о большей склонности к рецидивированию раков солидного и капиллярного строения (50,4%).

Локализация рецидивов и метастазов различна. В лимфатических узлах и в области таза (вокруг шейки матки и влагалища, в культиях связок, в дугласовом пространстве и параметриях) они возникают, как правило, вскоре после операции. Наоборот, метастазы в печени (9 больных) развиваются медленно и нередко подолгу не беспокоят больных. Диссеминация по плевре и метастазирование в легкое отмечались у 23 больных, метастазы в области пупка — у 7. Их обнаруживали по преимуществу через 7 месяцев — 1 год, у 2 человек — через 3—4 года. Сравнительно редко наблюдалась метастазы в мочевой пузырь, брыжейку, ребро.

В зависимости от первичного клинического эффекта больные разделены на 3 группы. В 1-ю группу включены 42 больные, которые до появления рецидивов и метастазов были выписаны с клиническим выздоровлением, во 2-ю — 60 больных, выписанных с улучшением, в 3-ю — 4 больные, у которых лечение не дало никакого эффекта. Послеоперационное облучение и особенно химиотерапия заметно отодвигают сроки наступления рецидивов и метастазов. Так, у 42 больных 1-й гр. рецидивы возникали в основном на 2 и 3-м году наблюдения. Во 2-й гр. рецидивы и метастазы значительно чаще развивались на 1 и 2-м полугодии (у 45 из 60 больных). Только 5 женщин, лечившихся комбинированным или комплексным методом, прожили без рецидивов 3 года и более. Следовательно, наиболее эффективным с точки зрения удлинения периода до появления послеоперационных рецидивов является комбинированное лечение, сочетающее радикальное оперативное вмешательство (удаление обоих яичников, матки и сальника) и химиотерапию.

Клинические признаки наступившего рецидива и метастаза зависят в основном от локализации последних. Чаще всего метастазы располагаются в малом тазу и проявляются болями в животе, лихорадкой, асцитом. У больных увеличивается живот за счет накопления жидкости, в малом тазу образуются бугристые конгломераты, достигающие широких маточных связок и стенок таза, растягивающие задний свод влагалища, иногда сдавливающие прямую кишку или мочевой пузырь. Появляется уча-

щенное мочеиспускание, «чувство напиравания» на прямую кишку и другие симптомы. В случае метастазирования по плевре возникает гидроторакс. Жидкость может накапливаться в одной или обеих плевральных полостях, нередко иметь кровянистый характер. Цитологическое исследование указанного выпота большей частью выявляет комплексы опухолевых клеток.

Если метастазы развиваются в регионарных лимфатических узлах, то начальные симптомы неясны, отмечаются умеренные ноющие боли в пояснице, тазу, иногда в ноге соответствующей стороны. При возникновении рецидива на шейке матки, в культе влагалища или на слизистой появляются кровянистые выделения с ихородным запахом.

Распознавание рецидивов и метастазов требует больших знаний и опыта. Установлению ближайших и удаленных метастазов, кроме брюшностеночного влагалищно-ректального исследования, помогала пальпация брюшной полости, области паразитарных, подмышечных и надключичных лимфатических узлов, иногда биопсия. Особое внимание мы обращали на область пупка и послеоперационного рубца.

Для диагностики рецидивов и метастазов рака яичника мы в последние годы (1971) стали использовать дополнительное исследование методом лимфографии, которая способствует раннему выявлению возврата заболевания и метастазов в регионарном лимфатическом аппарате.

Лечение рецидивов и метастазов рака яичника трудно. Из 106 женщин 55 подвергнуты рентгеновскому облучению и радиевой терапии. Местные рецидивы лечили преимущественно радием, метастатические (в параметральной клетчатке, парааортальных лимфатических узлах) — глубокой рентгенотерапией или облучением ГУТ-Со-400. Доза на источниках наружно-дистанционированного облучения колебалась в среднем от 4000 до 8000 р., для радиевой терапии — от 1500 до 4000 р. в точке В. У всех больных лечение сочеталось с назначением тестостерон-пропионата. 1 женщина оперирована по поводу метастаза в пупок, 6 женщин подверглись повторной лапаротомии с целью удаления изолированных метастазов в брюшной полости. 20 пациенток получили симптоматическое лечение.

24 женщинам проводили лечение тиоТЭФом. Доза была значительно меньше, чем у первичных больных, и колебалась от 120 до 370 мг. ТиоТЭФ вводили преимущественно внутрибрюшинно и внутриплеврально в зависимости от локализации рецидивов и метастазов, состояния крови, индивидуальных особенностей и общего состояния организма больной. 4 женщины из этого числа получали химиотерапию в комбинации с облучением на ГУТ-Со-400 и 10 — тиоТЭФ в сочетании с тестостерон-пропионатом.

Более 2 лет прожили только 3 (2,8%) женщины, а при применении тиоТЭФа средняя продолжительность жизни 24 больных составила 22,4 месяца.

Приведенные сведения совпадают с данными других авторов, что рецидивы рака яичника чувствительны к воздействию различных химиотерапевтических препаратов.

Включение в лечебные мероприятия тиоТЭФа при рецидивах более эффективно, чем использование других видов воздействий. Ремиссии независимо от методов лечения были кратковременны — лишь в 2,8% наблюдений они достигали 2 лет и более.

УДК 618.11—616—001.38

О РАЗРЫВЕ ЯИЧНИКОВ

Доц. Р. В. Кузнецов, А. М. Пичугин

Кафедра общей хирургии (зав.—проф. А. В. Бельский)
Саратовского медицинского института

Дооперационное распознавание разрыва яичников представляет определенные трудности, и правильный диагноз устанавливается лишь в единичных случаях.

Подавляющее большинство больных с разрывом яичника подвергается операции по поводу предполагаемого приступа острого аппендицита или нарушенной внemаточной беременности. В клинике общей хирургии за 20 лет (1951—1970 гг.) оперировано 145 больных с апоплексией яичника, что составляет 1,8% всех женщин, оперированных по поводу острого аппендицита в этот период. В возрасте 12—13 лет было 3 пациентки, от 17 до 20 лет — 22, от 20 до 30 лет — 68, от 30 до 40 лет — 37, от 40 до 50 лет — 15. Таким образом, подавляющее большинство пациенток с разрывом яичников были в возрасте, соответствующем периоду наибольшей гормональной активности у женщин (от 20 до 30 лет).

Большинство больных госпитализировано не позже 12 часов от начала заболевания, и ни в одном направлении диагноз апоплексии яичников не фигурировал. При обследовании в клинике убедительно четкий диагноз разрыва яичника установлен только у 7 пациенток (4,8%), у 16 (11,0%) он был предположительным (у 14 в сочетании с острым аппендицитом и у 2 — с нарушенной внemаточной беременностью). У остальных 122 больных диагноз острого аппендицита (101 больная) и нарушенной