

Слизистая оболочка обеих половин носа набухшая, слегка гиперемизирована, с синюшным оттенком. Носовые раковины гипертрофированы, в носовых ходах незначительное количество серозно-слизистого отделяемого. Уши — без отклонений от нормы. Глотка (мезофаринкс) — без видимых патологических изменений. На корне языка по средней линии определяется опухоль полушаровидной формы, размером 4×4 см, плотной консистенции. Задний край опухоли доходит до надгортанника, несколько отодвигая его кзади; опухоль касается задней стенки глотки, так что свободными для дыхания остаются только боковые участки. При пальпации подчелюстной области над подъязычной костью определяется уплотнение, лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа по передней поверхности шеи не прощупывается, но данных об ее отсутствии нет.

Реакция Вассермана — отрицательная.

Предположительный диагноз: киста в области корня языка.

Больной дважды производилась пункция образования, но без результата; после пункции возникало значительное кровотечение, что дало основание заподозрить фиброму корня языка.

Операция (проф. А. А. Ожерельев) проводилась двухмоментно. Вначале были перевязаны обе наружные сонные артерии и произведена верхняя трахеотомия. Через пять дней под гексеналовым наркозом с разрезом по средней линии от нижней губы до подъязычной кости обнажена нижняя челюсть, которая перепилена по срединной линии. Рассечено дно полости рта. Правая и левая половины челюсти раздвинуты, вытянут наружу и вниз язык. Доступ к корню языка свободный. Начиная от надгортанника и до задней трети языка расположена опухоль $4 \times 4 \times 3$ см. Слизистая над ней рассечена, и опухоль тупо выдвинута из мышц языка. Наложено 8 кетгутовых швов на рану языка. Язык опущен в ротовую полость. Дно полости рта ушито. Нижняя челюсть скреплена внутриротовой проволоочной шиной. Наложены швы на кожу подбородочной и подчелюстной области.

Первые дни послеоперационного периода протекали без осложнений. На пятый день удалена трахеотомическая трубка. На шестой день было кровотечение из раны языка, остановившееся после внутривенного введения раствора хлористого кальция. На следующий день повторное обильное кровотечение. Перелита гемостатическая доза крови, но через час кровотечение возобновилось с новой силой. Больная взята в перевязочную: рана языка тампонирована, введены гемостатические средства. Гемоглобин с 54% снизился до 33%, состояние больной резко ухудшилось. От предлагаемой повторной операции для радикальной остановки кровотечения больная категорически отказалась. Обильные кровотечения повторялись на девятый и шестнадцатый день. В дальнейшем состояние больной улучшилось, кровотечения не повторялись.

При ларингоскопии на 35-й день с момента операции на корне языка обнаружена вяло гранулирующая рана. Больная выписана на 38-й день. Через два года сообщила, что чувствует себя хорошо.

Только с момента получения гистологического заключения о наличии в удаленном препарате ткани щитовидной железы стали понятны упорные массивные кровотечения, так как известно, как богато кровоснабжена щитовидная железа и насколько значительны по калибру могут быть подходящие к ней сосуды.

Доступ, примененный при осуществлении данной операции, дает широкие возможности манипуляций на корне языка и малозаметный в косметическом отношении рубец.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрученко А. Н. Вест. оторинолар., 1952, 4.— 2. Гнатышак А. И. Вест. хир. им. Грекова, 1956, 3.— 3. Горбунова М. П. Вест. оторинолар., 1951, 4.

Поступила 10 февраля 1959 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПЕРВОЙ СТАДИИ

(Сочетанно-лучевым и комбинированным способами)

Р. А. Родкина

Из акушерско-гинекологической клиники (зав.— проф. И. Т. Мильченко)
Куйбышевского медицинского института и Куйбышевского областного
онкологического диспансера (главврач — Н. Н. Родионова)

Вопрос о наиболее рациональном методе лечения рака шейки матки первой стадии окончательно не решен. Применяются как комбинированный, так и сочетанно-лучевой метод. Полученные нами анкетные ответы по этому вопросу из различных онкологических учреждений Советского Союза подтверждают высказанное положение. Вместе с тем можно отметить, что за последние годы большее предпочтение начали отдавать сочетанно-лучевой методу.

Е. А. Базлов указывает, что после лучевой терапии рака шейки матки первой стадии выздоровление, при наблюдении в течение 5 лет, наступило у 80% женщин. При комбинированном методе — у 75% больных. На этом основании он считает, что при раке шейки матки первой стадии лучевой метод лечения является основным, В. Д. Кучаидзе пользуется исключительно лучевым методом. А. Н. Лебедева опубликовала результаты лечения больных раком шейки матки первой стадии за 1942—1947 годы. Из 156 женщин, подвергнутых лечению лучевым методом, через 5 лет были практически здоровы 76% женщин, при комбинированном методе — 45% излечений. Лучевой метод лечения рака шейки матки первой стадии применяется в Воронежском и Грозненском онкологических диспансерах. О преимуществах сочетанно-лучевого метода многократно писал А. И. Серебров.

Наши наблюдения касаются 698 больных раком шейки матки первой стадии, лечившихся с 1948 года по 1954 год. Сочетанно-лучевому методу лечения подверглось 436 (62,3%) женщин. Комбинированному лечению — 262 (37,7%) женщин.

Женщин до 45-летнего возраста, лечившихся лучевым методом, было 159 (36,4%), от 46 до 55 лет — 156 (35,8%), старше 55 лет — 121 (27,8%). Среди лечившихся комбинированным методом до 45 лет было 150 (57,2%), от 46 до 55 лет — 87 (33,2%), старше 55 лет — 25 (9,6%). Таким образом, комбинированному лечению чаще подвергались больные более молодого возраста.

Среди лечившихся комбинированным методом плоскоклеточный ороговевающий рак обнаружен у 79, плоскоклеточный неороговевающий — у 102, недифференцированный — у 62, аденокарцинома — у 17, полиморфноклеточный рак — у одной. Среди лечившихся сочетанно-лучевым методом у 96 оказался плоскоклеточный ороговевающий рак, у 235 — плоскоклеточный неороговевающий, у 93 — недифференцированный, у 10 — аденокарцинома и у двух — полиморфноклеточный рак.

При выборе метода лечения мы учитывали индивидуальные особенности больных: общее состояние, возраст, изменение в придатках, степень выраженности подкожной жировой клетчатки.

Рентгенотерапия проводилась при следующих условиях: напряжение — 180 кв, сила тока — 10 миллиампер, фильтр — 0,5 меди и 1,0 алюминия, расстояние — 30—40 см, на каждое поле по 200 рентгенов 2 поля в день. Из лечившихся сочетанно-лучевым методом 109 больных получили глубокую рентгенотерапию по старой методике — от двух до трех курсов с промежутками между ними в 3—6 месяцев по 500 рентгенов на курс. 327 женщин лечились по новой методике, одним ударным курсом дозой от 8 до 10 тысяч рентгенов при прежних технических условиях. 147 оперированных женщин получали курсовую рентгенотерапию, а 115 женщин — одновременную.

При сочетанном методе мы пользовались глубокой рентгенотерапией и радием. У 294 доза радия составляла в среднем 6—8 тысяч миллиграмм-часов, у 56 — от 4 до 6 тысяч, у 11 — от 3 до 4 тысяч и у 75 — от 8 до 9 тысяч миллиграмм-часов. Препараты радия вводились на 46 часов. Каждая получала 4—5 аппликаций с промежутками от 4 до 5—6 дней. У 415 радий применялся путем внутриматочных и внутривлагалищных аппликаций. У 17, ввиду сужения цервикального канала, препараты радия вводились только внутривлагалищно в своды и к шейке. Четырем применены только внутриматочные аппликации. Среди 262 подвергшихся комбинированному лечению 24, с целью очищения шейки от канкрозных разрастаний, до операции была проведена радиевая терапия путем аппликаций в своды в дозе от 2500 до 3000 миллиграмм-часов. Восьми в послеоперационном периоде применялись аппликации влагалищной культи радием (2000—2500 миллиграмм-часов) с целью профилактики рецидивов.

При изучении отдаленных результатов лечения за 9 лет в зависимости от возраста выявилось, что из 159 до 45-летнего возраста, подвергнутых сочетанно-лучевому лечению, оказались практически здоровыми 80,6%, из 150 подвергнутых комбинированному лечению в этом же возрасте — 80%.

Таким образом, при комбинированном методе лечения больных молодого возраста результаты лечения не являются более благоприятными, чем при лучевом. В молодом возрасте, как свидетельствует наш материал, рак шейки матки довольно хорошо поддается и сочетанно-лучевому методу лечения, при котором в дальнейшем не возникают ни стенозы, ни стриктуры влагалища.

Гистологическая структура опухолей на отдаленные результаты лечения влияния не оказывает.

Из 262 оперированных умерли в ближайшие дни после операции 3, что составляет 1,1%; среди подвергшихся сочетанно-лучевой терапии первичной смертности не наблюдалось.

Отдаленные результаты лечения следующие:

При комбинированном методе практически здоровыми оказались 208 (79,4%). Рецидивы обнаружены у 49 (18,7%). Умерли от рецидивов 34 (13%), и 5 женщин — от других причин.

При сочетанно-лучевом методе практически здоровых оказалось 382 (87,6%). Рецидивы выявлены у 54 (12,4%). От рецидивов умерли 45 (10,3%).

Через 5 лет после лечения сочетанно-лучевым методом (1948—1951) из 221 больной практически здоровыми оказались 174 (78,7%), живых с метастазами —

2 (0,9%), умерло — 23 (10,4%), вышло из-под наблюдения по неизвестным причинам 22 (10%).

При комбинированном методе лечения при наблюдении более 5 лет (1948—1951) из 177 больных практически здоровых было 117 (66,1%), живых с метастазами 3 (1,7%), умерло 28 (15,8%), вышло из-под наблюдения 29 (16,4%).

Сравнивая отдаленные результаты лечения рака шейки матки первой стадии комбинированным и сочетанно-лучевым методами, мы не смогли выявить какого-либо преимущества комбинированного метода.

На основании своих наблюдений мы пришли к выводу, что при раке шейки матки первой стадии методом выбора должен быть сочетанно-лучевой способ. Оперативное вмешательство должно производиться лишь там, где имеются противопоказания к лучевому методу.

Поступила 18 января 1959 г.

БРУЦЕЛЛЕЗНЫЕ МАСТИТЫ

Канд. мед. наук И. И. Шушковский

(Омск)

Среди 576 женщин с положительными пробами на бруцеллез в одном случае обнаружен двухсторонний мастит, бруцеллезная природа которого доказана гистологически.

Б-ная Я., 50 лет, домашняя хозяйка, поступила в 1-ю факультетскую хирургическую клинику 5/VII-45 г. с жалобами на опухоль в правой грудной железе. Опухоль заметила 29/I-45 г.

Муж больной был болен бруцеллезом и 13/V-46 года умер от бруцеллезного психоза. Он работал на войне, и больная готовила пищу из приносимого им с работы мяса.

Больная астенической конституции, пониженной упитанности. Видимые слизистые бледны, тургор кожи понижен. Сердце — тоны приглушены. Пульс 70. Рентгенологически определяется расширение сердца, больше за счет левого желудочка и предсердия. Грудная аорта диффузно расширена, уплотнена. Легкие эмфизематозно расширены. Очаговых и инфильтративных затемнений не отмечается. Гилусы уплотнены. Синусы свободны.

Живот мягкий, безболезненный.

Правая грудная железа увеличена, в наружно-нижнем квадранте определяется опухоль с мандарин, безболезненная, с кожей не спаянная, кожа над опухолью не изменена. Ввиду подозрения на злокачественный характер опухоли, больной предложена операция — удаление грудной железы.

7/VII опухоль правой грудной железы стала уменьшаться. 9/VII отмечается болезненность и увеличение левой грудной железы.

При уточнении анамнеза выяснилось, что 30/I-45 г. больной была произведена реакция Бюрне, которая оказалась положительной ++. Реакция Райта 21/II-45 г. была положительной 1:400. С диагнозом „бруцеллез“ больная 11/VII-45 г. переведена в терапевтическую клинику.

При поступлении жаловалась на боли в суставах и опухоли в грудных железах. Кожные покровы бледные, сердце — тоны приглушены, печень увеличена, выходит из-под края ребра на ширину ладони. Лимфатические узлы без особенностей. В правой грудной железе прощупывается плотная опухоль величиною с куриное яйцо, в левой грудной железе — опухоль с голубиное яйцо. Назначены аутогемотерапия и сульфидиотерапия.

13/VII опухоль в левой грудной железе стала увеличиваться. 16/VII-45 г. усилились боли в суставах, больше в правом локтевом.

17/VII-45 г. сделана биопсия опухоли левой грудной железы. Злокачественного роста в присланном материале не найдено. Морфология грануляционной ткани имеет черты, характерные для бруцеллезного поражения.

Окончательный диагноз: Вторичный хронический бруцеллез. Двухсторонний бруцеллезный мастит. 25/VII больная выписана домой.

Повторный осмотр 1/III-47 г. Жалуется на ломящие боли в суставах рук и ног, сильную потливость, головную боль и шум в ушах.

Питание больной несколько понижено, печень увеличена, выходит на два пальца из-под края ребра, болезненная, селезенка увеличена, выходит из-под края ребра на один палец, мягкая, безболезненная.

Вывод: в эндемических по бруцеллезу очагах во всех случаях обнаружения опухоли грудной железы не надо забывать о возможности бруцеллезной этиологии опухоли и сделать реакцию на бруцеллез и биопсию.

Поступила 27 июня 1958 г.