

нейшем отмечен регресс болезненных проявлений. Больной вновь приступил к трудовой деятельности. На ЭЭГ — кривая десинхронного типа, не чувствительная к гипервентиляции.

Выявление отмеченных клинико-электроэнцефалографических особенностей пароксизмального синдрома должно направить диагностическую мысль по пути дифференцирования эпилепсии от других заболеваний, протекающих с эпилептическими припадками.

Удк 616—006.4:611.1/8.7

А. П. Старостин, А. В. Солнышкин (Казань). К вопросу о хирургическом лечении злокачественных опухолей мягких тканей конечностей

Мы наблюдали 120 больных среднего и пожилого возраста с саркомами мягких тканей конечностей (мужчин — 44, женщин — 76). У 89 больных саркома локализовалась на нижних конечностях (в том числе у 50 — на бедре и ягодичной области), у 21 — на плече. Таким образом, саркомы чаще поражали проксимальные сегменты конечностей.

Фибросаркома была у 39 чел., неклассифицируемая цитобластома — у 28, синовиальная цитобластома — у 12, мюллерова — у 17, ангиогенная — у 14, липосаркома — у 6 и злокачественная нейринома — у 4.

Хирургическое вмешательство как самостоятельный метод лечения или в составе комбинированной терапии было произведено у 102 больных, в том числе у 58 с первичной опухолью и у 44 с рецидивной.

Радикальные эксцизии были осуществлены у 72 больных (из них у 28 с рецидивными опухолями), ампутированы — у 23 (у 12 по поводу рецидива саркомы), экзартикуляции — у 7 (4 при рецидиве). У 5 больных широкое иссечение опухоли сочеталось с резекцией участка прилежащей кости и у 2 — с резекцией магистральных вен без последующей пластики. Следовательно, широкое иссечение опухоли было наиболее частым оперативным вмешательством: оно произведено у 75,8%, преимущественно при локализации ее в проксимальных сегментах конечностей; при расположении сарком в дистальных отделах преобладали ампутиации и экзартикуляции конечностей.

Что касается частоты сохраненных операций и ампутиаций в зависимости от морфологического варианта мягкотканых сарком, то наиболее часто радикальные операции производились при злокачественных синовиомах (у 6 из 8 больных) и при рабдомиосаркомах (у 5 из 13). При других морфологических формах какой-либо зависимости выбора хирургического вмешательства от гистологической структуры не было.

При радикальных эксцизиях больших по размерам опухолей образуется значительный раневой дефект, который не удается закрыть путем сближения краев кожи без натяжения, что создает угрозу их некроза. Поэтому у 18 больных мы прибегли к закрытию послеоперационных дефектов кожных покровов свободным дермоэпидермальным аутопериплантатом. Лимфаденэктомии нами были выполнены у 35 больных, в том числе у 29 — одновременно с удалением опухолей. Метастазы при гистологическом исследовании удаленных лимфоузлов обнаружены у 11 (31,4%) пациентов.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения свидетельствует, что при фибросаркомах 5-летнее выживание составило 59,9%, при неклассифицируемых blastомах — 20,2%, при ангиосаркомах — 12,8%, рабдомиосаркомах — 22,5%, липосаркомах — 27,7%; из числа больных со злокачественной синовиомой ни один не прожил 5 лет после операции.

Мягкотканые саркомы конечностей обладают высокой степенью злокачественности, о чем свидетельствует тот факт, что 5-летняя выживаемость после лечения равна всего 43%. Особенно малоутешительны результаты лечения при синовиальных саркомах, ангиосаркомах и неклассифицируемых цитобластомах.

УДК 616.327.2:616—006.06

В. Г. Шиков, Л. Д. Стиоп, В. Е. Станкевич, А. А. Зайцев (Москва). К диагностике злокачественных опухолей носоглотки

Мы наблюдали 270 больных злокачественными опухолями носоглотки. Регионарные метастазы при поступлении выявлены у 72,2% больных, в том числе у 37,3% — двусторонние. У 30% больных появление метастатических узлов на шее служило первым симптомом опухоли носоглотки. Ни один из пациентов при первом обращении к врачу с жалобами на наличие узлов на шее не был осмотрен отоларингологом. Почти у половины из них ошибочно диагностировали неспецифический и туберкулезный лимфаденит и назначали соответствующее лечение. ЛОР-органы не были обследованы даже у тех больных (20%), у которых злокачественная опухоль была заподозрена и диагноз подтвержден гистологическим исследованием удаленных узлов. Им назначали симптоматическое лечение, производили оперативные вмешательства на лимфатических узлах, нередко применяли повторные курсы лучевой терапии.

Представленные данные свидетельствуют, что основной причиной диагностических ошибок у больных злокачественными опухолями носоглотки является недостаточная онкологическая настороженность и отсутствие осмотра ЛОР-органов.