

Молодой возраст не только не исключает возможности возникновения злокачественной опухоли носоглотки, но должен настораживать, так как больные в возрасте до 40 лет составляют почти 50%. Для своевременной и правильной диагностики опухоли носоглотки все больные, обратившиеся к врачу любой специальности с жалобами на наличие узлов на шее, должны быть осмотрены отоларингологом. При подозрении на опухоль необходимы рентгенография носоглотки и костей основания черепа, цитологическое и гистологическое исследование новообразования в носоглотке.

УДК 616—006.2:616—006.326.03

А. В. Солнышкин, Я. Н. Кантор (Зеленодольск, ТАССР). Эмбриональные липомы

Практические хирурги мало знакомы с эмбриональными липомами, поэтому часто расценивают их как доброкачественные опухоли и не проводят радикального лечения, что ведет к многократному рецидивированию.

Мы наблюдали 2 больных эмбриональными липомами (липобластомами).

Ш., 54 лет, поступила в онкологическое отделение с опухолью мягких тканей левого бедра. Из анамнеза выяснилось, что опухоль существует 13 лет, постепенно увеличиваясь.

Нижняя треть левого бедра значительно увеличена в размерах. При пальпации в нижней трети задней поверхности бедра и подколенной ямке определяется опухолевидное образование туго-эластической консистенции, безболезненное, неподвижное, размерами около 25×15 см. Кожа над опухолью лоснится, выражен венозный рисунок. Паховые лимфоузлы не увеличены (см. рис.).

Обзорные рентгенограммы, «мягкие снимки» и пневмограммы выявили дольчатое строение опухоли.

Произведена инцизионная биопсия. Диагноз — эмбриональная липома.

После предоперационной глубокой рентгенотерапии опухоль, представленная тремя крупными узлами размерами 17×8 , 15×7 , 13×6 см и несколькими мелкими, которые расположены по периферии, была удалена. Микроскопически — большое количество клеток вытянутой или звездчатой формы расположено среди слизистой массы. В небольшом числе встречаются клетки неправильно округлой формы. Опухоль содержит много сосудов, в основном капилляров. Ядра клеток гиперхромные, слабо полиморфные. Цитоплазма клеток мелкозернистая. У части клеток в цитоплазме содержится одна крупная или группа более мелких капель жира.

Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Проведен курс послеоперационной глубокой рентгенотерапии с 3 полей. Суммарная доза 8630 рад. В настоящее время Ш. здорова, трудоспособна.

Б., 46 лет, поступила по поводу рецидива эмбриональной липомы тыльной поверхности правой стопы. Опухоль впервые появилась в 1954 г. До 1971 г. ее удаляли 4 раза.

Объективно: на тыльной поверхности правой стопы — большая, состоящая из 3 узлов опухоль с изъязвлением. Кожа над ней цианотична. Консистенция мягко-эластичная, безболезненная при пальпации. Пальцы на стопе отечны, функция стопы резко ограничена. Произведена биопсия из язвы. Гистологически установлена эмбриональная липома.

От ампутации голени больная категорически отказалась. Проведен курс глубокой рентгенотерапии с 4 полей суммарной дозой 9984 рад, после чего наступила полная регрессия опухоли. В настоящее время рецидива нет.

На основании наших наблюдений и данных литературы следует, что липобластомы характеризуются медленным ростом, склонностью к многократному рецидивированию и мультицентричностью роста. Решающее значение для диагностики имеет гистологическое исследование.

Лечение должно быть комбинированным — широкая эксцизия опухоли в комбинации с пред- и послеоперационной актинотерапией.

УДК 618.14—089:618.146—006.6

В. П. Лялькин (Владимирская область). Хирургическая биопсия в амбулаторной диагностике предраковых заболеваний и рака шейки матки

Мы наблюдали в женской консультации ЦРБ 1496 больных с заболеваниями шейки матки (возраст — от 18 до 86 лет; жительниц села — 1056, города — 440).

Среди хирургических вмешательств в амбулаторных условиях при патологии шейки матки были применены: биопсия — у 879 больных, удаление полипов — у 483,