

3. Число аномалий родовой деятельности (слабость родовых сил, быстрые и стремительные роды) при рождении мальчиков выше, чем при рождении девочек.

4. Более высокая перинатальная смертность среди мальчиков, очевидно, в определенной степени связана с различием характера родового акта. Наряду с более высоким весом и ростом плода мужского пола (Р. И. Сифман, 1963) причину в различии характера родового акта при рождении мальчиков и девочек, а также факторы, способствующие перенашиванию и недонашиванию, надо искать и в возможном влиянии на женский организм продуктов гормональной деятельности внутриутробного плода (Роза, 1955).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гутнер М. Д. Родовой акт и черенная травма новорожденных. Изд. ВММА, Л., 1945.
2. Журавлева К. И. и Кушнирова В. А. В кн. «Акушерско-гинекологическая практика в Забайкалье». Читинское книжное издательство, Чита, 1964.
3. Кинчий Д. А., Крамарева В. К. Тез. докл. XI Всесоюз. съезда акушеров-гинекологов. Медгиз, М., 1963.
4. Николаев А. П. Профилактика и терапия внутриутробной асфиксии плода. Изд. АМН СССР, М., 1952.
5. Персианинов Л. С. Асфиксия плода и новорожденного. Медгиз, М., 1961.
6. Петров-Маслаков М. А. Тез. докл. XI Всесоюз. съезда акушеров-гинекологов. Медгиз, М., 1963.
7. Петченко А. И. Акушерство. Госмедиздат УССР, Киев, 1956.
8. Сифман Р. И. Статистика охраны здоровья матери и новорожденного. Медгиз, М., 1963.
9. Тимошенко Л. В. Тез. докл. XI Всесоюз. съезда акушеров-гинекологов, 1963. Медгиз, М.

Поступила 22 июля 1964 г.

УДК 618.14—036.6

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАКЕ МАТКИ

И. А. Кунаев

Акушерско-гинекологическая клиника (зав. — проф. И. Т. Мильченко)
Куйбышевского медицинского института

Мы наблюдали за изменениями слизистой оболочки дистального отдела толстого кишечника при различных стадиях поражения раком матки до лечения и в процессе проведения сочетанно-лучевой терапии у 38 женщин. Проводилась ректоскопия. Обнаруженные изменения слизистой оболочки нами зарисовывались и подробно описывались.

Изучение ректоскопической картины выявило характерные изменения, которые могут быть представлены в виде трех типов.

При первом типе отмечается богатое развитие расширенных сосудов, гиперемия, множество микро- и макроэкстравазатов, очаги кровоизлияний. Такие изменения нами обнаружены у всех больных с I ст. распространения рака шейки матки и у 13 из 14 — со II.

При втором типе все вышеописанные изменения слизистой оболочки прямой кишки комбинируются с отеком слизистой оболочки и деформацией просвета кишки. Такая картина выявлена у 5 больных с III, у 2 — с IV ст. рака шейки матки. У последних 2 больных рак шейки матки представлял собой пузырьный вариант.

Для третьего типа является характерным прорастание раковой опухоли стенки прямой кишки. Такое состояние выявлено у 2 больных, страдающих раком шейки матки IV ст.

При раке эндометрия изменения в слизистой оболочке прямой кишки менее выражены и не всегда соответствуют стадии распространения. Чаще всего наблюдаются изменения слизистой, соответствующие I типу (при всех стадиях рака), и только у одной больной с IV ст. найдены явления отека слизистой и деформация просвета кишки. Изменения отсутствовали у больной со II ст. рака эндометрия.

Больные с отсутствием эндоскопических изменений слизистой оболочки прямой кишки объединены в «0» группу.

Таким образом, в зависимости от локализации и стадии ракового процесса ректоскопически выявляются определенные объективные закономерности: с возрастанием стадии рака увеличиваются изменения слизистой оболочки прямой кишки.

Практически очень важно знать состояние слизистой дистального отдела толстого кишечника перед проведением лучевой терапии. Известно, что измененная слизистая оболочка более подвержена лучевым повреждениям (А. И. Шраменко, А. Н. Косарева).

Мы провели эндоскопическое обследование больных после рентгенотерапии, телегамматерапии и в процессе кюритерапии.

Среди 12 обследованных ректоскопически после рентгенотерапии были 2 женщины с раком шейки матки I ст., 8 — со II, 2 — с III. У одной больной с I ст. выявлен усиленный сосудистый рисунок слизистой оболочки, у другой, не предъявлявшей жалоб, обнаружены гиперемия, слизь, экстравазаты, что расценено нами как состояние латентного лучевого катарального ректита. Из 8 больных со II ст. у 7 отмечен усиленный сосудистый рельеф, у одной — латентный лучевой ректит. У всех женщин с III ст. рака шейки матки изменения слизистой оболочки соответствовали латентному катаральному ректиту.

По окончании телегамматерапии методом ректоскопии обследовано 13 женщин, из них 2 — с I ст. рака шейки матки, 7 — со II, 4 — с III. Изменения слизистой отсутствуют у всех больных с I ст. и у 3 — со II. У 4 больных со II ст. и одной — с III обнаружены изменения, соответствующие латентному катаральному ректиту. У 3 больных с III ст. выявлена усиленная сосудистая реакция.

Отмечается нормализующее воздействие на слизистую оболочку кишечника как рентгено-, так и телегамматерапии, причем последняя действует более благоприятно. Тот факт, что у целого ряда больных выявляется бессимптомный катаральный ректит, должен учитываться в дальнейшем при проведении кюритерапии.

Мы провели также обследование больных в процессе кюритерапии и после ее окончания.

В процессе кюритерапии латентный ректит одинаково часто возникает при всех стадиях распространения рака, более глубокие лучевые повреждения, соответствующие эрозивно-десквамативному ректиту, присущи только II и III ст.

После окончания кюритерапии радиоактивным кобальтом нами обследована 51 женщина с раком шейки матки и 6 — с раком эндометрия. Катаральный ректит выявлен у 7, эрозивно-десквамативный — у 2. Больные с III ст. распространения рака оказались наиболее подверженными лучевым повреждениям (у 2 выявлен катаральный, у одной — эрозивно-десквамативный ректиты). Почти у половины больных нами отмечены изменения слизистой оболочки, соответствующие латентному ректиту. Только ректоскопическое обследование позволило нам обнаружить патологические изменения слизистой оболочки у данной группы больных.

Таким образом, у 9 больных из 57 обследованных выявлены лучевые повреждения прямой кишки с клиническими симптомами, и у 28 — латентно протекающие ректиты.

Все больные с латентными, катаральными и эрозивно-десквамативными ректитами получили соответствующее лечение (диета, жировые клизмы) и выписаны в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение.

ВЫВОДЫ

1. Между степенью изменений в прямой кишке и стадией распространения рака шейки матки существует определенный параллелизм, заключающийся в увеличении патологических изменений в прямой кишке в связи с возрастанием стадии ракового процесса.
2. Больные с III ст. распространения ракового процесса наиболее подвержены лучевым повреждениям прямой кишки.
3. При втором типе изменений слизистой оболочки прямой кишки, проявляющемся в буллезном отеке слизистой, резкой деформации просвета необходима крайняя осторожность в дозировке лучевой терапии и тщательный контроль за динамикой изменений слизистой оболочки.
4. Ректоскопическое обследование необходимо проводить всем раковым больным до и после окончания лучевой терапии.
5. Метод ректоскопии может служить объективным критерием в оценке степени распространения специфического процесса и результата проводимой лучевой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурасулов Д. М. Акуш. и гинек. 1953, 4. — 2. Астрахан Д. Б. В кн.: «Вопросы экспериментальной и клинической онкологии». Медгиз, М., 1963. — 3. Жаботинский А. М., Протас Л. Р. Вест. рентгенол. и радиол. 1938, т. XIX. — 4. Косарева А. Н. Осложнения при лучевом и оперативно-лучевом методах лечения рака шейки матки. Автореф. канд. дисс. Л., 1959. — 5. Серебров А. И. Рак матки. Медгиз, М., 1957. — 6. Станкевич А. А. Вест. рентгенол. и радиол. 1959, 3. — 7. Гобилевич В. П. Вopr. онкол. 1959, 2. — 8. Шраменко А. И. Профилактика повреждений смежных органов при радиевой терапии гинекологических заболеваний. Медгиз, М., 1955. — 9. Jablonski K., Giermanski A. Zbl. Gynäkol. 1963, N. 7, S. 216—223.

Получила 29 октября 1964 г.