

Все эти больные (1 мужчина и 5 женщин в возрасте от 45 до 65 лет) жаловались на боли в прямой кишке и ректальные кровотечения. 2 пациентки самостоятельно прощупывали опухоль в области заднего прохода; у 1 больной опухоль выпадала при дефекации. Запоры были у 1 больной. Длительность заболевания с момента первых клинических проявлений колебалась от 3 мес до 1,5 лет. 1 больной произведена радикальная операция через 11 мес после начала заболевания, 2 пациента, заметившие первые признаки болезни 3 мес назад, оказались неоперабельными из-за отдаленных метастазов. Первичная опухоль при этом достигала больших размеров и выходила за пределы органа.

Всем 6 больным диагноз поставлен только в клинике, куда они поступали с диагнозом рака прямой кишки. 2 больных на предыдущих этапах лечились по поводу геморроя, а у 1 за 1,5 года до поступления в клинику был диагностирован малигнизированный полип прямой кишки. У всех пациентов меланомы локализовались в анусе. Наибольшая глубина нижнего полюса опухоли составляла 3 см от ануса. У 3 больных при ректоскопии и на удаленных препаратах определялись подслизистые субсерозные метастатические очаги. Опухоль быстро достигала больших размеров, росла экзофитно, при изъязвлении кровоточила. В описываемых случаях первичный очаг достигал 4—7 см в поперечнике, метастатические подслизистые узлы — от 2 до 8 см. Опухоли представляли собой экзофитные папиллярные или грибовидные образования плотной консистенции с изъязвлением.

Пигментация опухоли — ценный диагностический признак. При ахроматических опухолях, что наблюдалось у 3 наших больных, установить природу новообразования можно было только при микроскопическом исследовании. Биопсия при меланоме нежелательна из-за опасности диссеминации. Цитологическое исследование отпечатков и пунктатов дало возможность распознать заболевание у 4 больных, у 2 было сделано заключение о наличии рака. В последующем гистологическое исследование позволило уточнить диагноз.

Паховые лимфатические узлы были поражены метастазами у 2 больных, узлы по ходу верхней прямокишечной артерии — у 3, узлы в параректальной клетчатке — у 1. У 1 больного во время лапаротомии пальпаторно определялись крупные, плотные метастазы в развилке подвздошных сосудов с обеих сторон. У 2 больных при лапаротомии найдены множественные метастазы меланомы в печени. Поражение опухолью всех слоев кишки выявлено у 3 больных, им произведена экстирпация прямой кишки.

При гистологическом исследовании препарата у 1 из оперированных больных обнаружен эпителиоидноклеточный вариант меланомы, у 1 — веретенноклеточный и у 1 — невноклеточный.

2 больным мы произвели радикальную брюшнопромежностную экстирпацию. У 1 больного с метастазами в паховых и подвздошных лимфатических узлах эта операция носила паллиативный характер. При метастазах в печени, найденных у 2 больных, ограничилась эксплоративной лапаротомией. 1 больная с метастазами меланомы в паховые лимфатические узлы не оперирована в связи с тяжелой сердечной патологией.

Один из радикально оперированных нами 2 больных умер через 5 мес после операции, другая больная живет 2 года, но у нее обнаружены множественные метастазы меланомы. Остальные больные умерли в различные сроки, не превышающие года с момента выписки из клиники.

УДК 618.11—006.6—037

Н. В. Мерабишвили, В. П. Козаченко, М. Н. Пичугина (Москва). Отдаленные результаты лечения рака яичников I стадии

Нами изучены отдаленные исходы лечения 48 больных злокачественными эпителиальными опухолями яичников I стадии, из которых 41 в настоящее время состоит под поликлиническим наблюдением в Онкологическом научном центре АМН СССР.

Материалами для данного исследования послужили клинические истории болезни, поликлинические карты, протоколы операции, результаты гистологического анализа удаленных препаратов и цитологического исследования асцитической жидкости брюшной полости.

У всех больных диагноз верифицирован морфологически и систематизирован по гистологической классификации ВОЗ. При определении степени распространенности процесса пользовались классификацией ракового комитета FJGO. Отсчет продолжительности жизни проводили от времени начала лечения, так как больных лечили различными методами и находились они в неконтролируемых условиях.

У всех 48 больных была I стадия заболевания: у 32 — IA, у 9 — IB и у 7 — IC. Возраст больных — от 26 до 73 лет. Самая высокая заболеваемость отмечена в возрастных группах 36 — 44 и 50 — 59 лет (15 и 14 соответственно).

18 больных были в менопаузе, у 2 менструальная функция была сохранена и только у 4 нарушена. Больные с сохраненной менструацией были в возрасте от 40 до 56 лет, из них 7 — от 49 до 55 лет.

Заслуживают внимания данные о генеративной функции больных. У 8 пациенток в анамнезе имелось указание на первичное бесплодие, у остальных детородная функция была сохранена.

Первыми симптомами заболевания являются в основном постоянные боли внизу

Объем хирургического лечения у больных злокачественными эпителиальными опухолями яичников I стадии

| Стадия | Экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника | Экстирпация матки с придатками | Надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника | Надвлагалищная ампутация матки с придатками | Удаление придатков матки |
|--------|--|--------------------------------|---|---|--------------------------|
| IA | 21 | 4 | 3 | 3 | 1 |
| IB | 7 | 1 | — | 1 | — |
| IC | 4 | — | 3 | — | — |
| Всего | 32 | 5 | 6 | 4 | 1 |

живота или острые боли той же локализации с повышением температуры до 39°C, общее недомогание, потеря аппетита, у некоторых больных — кровяные выделения в менопаузе.

У всех больных проведено хирургическое лечение (см. табл.). У большинства больных (37) произведена экстирпация матки и придатков с резекцией и без резекции большого сальника. Следует отметить, что у 11 больных первоначально осуществлено только одностороннее удаление придатков, а при получении гистологического заключения о злокачественности предпринята релапаротомия с последующей экстирпацией матки с придатками. У большинства больных повторная операция выполнена через 2 мес, и только у одной — через 6 мес. В операционном материале, полученном при второй операции, ни у одной больной элементы опухоли не обнаруживались.

По гистологической структуре у 42 больных определялась серозная аденокарцинома, у 3 — муцинозная, у 2 — мезонефроидная и у 1 — анаплазированный рак. Зависимости между гистологической структурой опухоли и возрастом больных не отмечено.

У 2 больных выявлены первично множественные опухоли: рак легкого и рак молочной железы.

Всем больным проведено комбинированное лечение (оперативное вмешательство, химиотерапия или лучевое лечение). Большинству больных помимо первичного лечения проводили профилактическую химиотерапию алкилирующими препаратами.

41 больная, в том числе 31 с IA стадией рака яичников, 5 с IB ст. и 5 с IC ст., живы и находятся под поликлиническим наблюдением Онкологического научного центра АМН СССР.

Как показал анализ отдаленных исходов лечения, 3-летняя выживаемость составляет 100%, 5-летняя — 78%, 8-летняя — 53,6%, 10-летняя — 24,4%, 15-летняя — 19,5%.

Результаты лечения, полученные нами, несколько превосходят показатели, приводимые в литературе для больных раком яичников IA, IB, IC стадий.

УДК 542.221:618.1

Т. Б. Дудина, Е. А. Кучурин (Ижевск). Применение шпателей собственной модификации для онкоцитологических исследований при массовых профилактических осмотрах женщин

В улучшении качества профилактических осмотров по активному выявлению ранних форм рака наружных локализаций ведущая роль принадлежит цитологическому методу исследования. Между тем применяемые для взятия соскобов с шейки матки и цервикального канала инструменты (ложечка Фолькмана, пинцеты, шпатель Эйра) имеют определенные недостатки.

Нами организовано изготовление на промышленных предприятиях Удмуртской АССР шпателей нашей модификации (удостоверение на рационализаторское предложение № 1 от 20/IV 1976 г.). Шпатели УК-1 и УК-2 (см. рис.) используют для взятия мазков с влагалищной части шейки матки. Они представляют собой металлические (из нержавеющей стали) пластины с фигурными концами. Шпатель УК-1 имеет один, а УК-2 — два фигурных конца. Контуры концевых частей шпателей соответствуют кривизне влагалищной части шейки матки и имеют 3 различных размера.

Шпатель УК-3 (рационализаторское предложение № 4.78 от 30/I 1978 г.) используют для получения мазков с цервикального канала и прицельного взятия мазков с передней или задней губы шейки матки. Он представляет собой так же металлическую пластинку с треугольным концом в виде паруса. Шпатель вводят в цервикальный канал, делают вращательное движение им на 360° и затем его извлекают. Плоскими концами производят мазок на предметное стекло. Второй конец шпателя имеет форму полуovalа, что позволяет взять прицельно мазки с наиболее измененного участка шейки матки. Мы обеспечили этими шпателями все лечебные учреждения Удмуртии (всего изготовлено 14 тыс. штук), начиная с фельдшерско-акушерских пунктов и