

(у 5) и сактосальпинксах (у 8). Кроме того, при пельвиоскопии выявлялись кисты яичников, склеро-кистозное их перерождение (у 4) и другие изменения.

У 17 женщин при хромопельвиоскопии был подтвержден поставленный ранее диагноз, у 10 характер поражения маточных труб был уточнен (наличие гидросальпинксов), у 3 первоначальный диагноз был отвергнут. Хорошая проходимость маточных труб отмечена у 3 женщин, частичная — у 5, трубы были непроходимы у 22.

Вскоре после хромопельвиоскопии у 9 женщин с лечебной целью было произведено чревосечение, при котором был подтвержден диагноз, поставленный после хромопельвиоскопии.

Осложнений, связанных с хромопельвиоскопией, мы не отмечали.

Таким образом, хромопельвиоскопия является объективным и ценным методом исследования проходимости маточных труб у женщин, страдающих бесплодием, и может быть рекомендована для более широкого использования ее в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грязнова И. М. Рентгенопельвиография, флебография, эндоскопия в гинекологии. Медицина, М., 1965.
2. Дерябина Е. Я. Акуш. и гинек., 1947, 5.
3. Дорофеев Н. М. Пельвиоскопия и ее диагностическое значение в гинекологии. Кемеровское книжн. изд-во, 1965.
4. Мацуев А. И. Акуш. и гинек., 1967, 2.
5. Отт Д. О. Журнал акуш. и жен. бол., 1901, 7—8; О непосредственном освещении брюшной полости, пузыря, толстой кишки и матки для целей диагностики и оперативных. СПб, 1903.
6. Селезнева Н. Д. Сб. научн. тр. ин-та акуш. и гинек. Минздрава СССР. М., 1961.
7. Glauss J. Dtsch. med. Wschr., 1954, 22, 886—888.
8. Palmer R. La Sterilité involontaire. Masson. Paris, 1950.
9. Wepner R. Gynaecologia, 1948, 125, 264—267.

УДК 618.146—006—615.849—616—089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ КУРСА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Э. Б. Розентул

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— доц. Ф. И. Шаропова)
Архангельского медицинского института*

Современные методы сочетанной лучевой терапии рака шейки матки II ст. дают не более 50% излечения. Неудовлетворительность отдаленных результатов побуждает прибегать к комбинированному лечению больных этой группы [1, 2, 4, 5, 6, 7]. Цель этого метода — улучшить результативность двух видов лечения: облучения и операции.

Известно, что одна лучевая терапия не всегда подавляет злокачественный процесс в шейке матки, не говоря уже о том, что она не в состоянии ликвидировать все метастазы. Применение хирургического вмешательства без предварительного облучения может способствовать диссеминации ракового процесса и раннему появлению местных рецидивов [3, 8]. Комбинированный метод, при котором лучевая терапия предшествует хирургическому вмешательству, позволяет добиться лучших результатов. По данным литературы, после комбинированного лечения при II ст. излечение наступает в 67,3—74,6%.

Этот метод был применен нами у 130 больных раком шейки матки II ст. (возраст — от 30 до 60 лет). До операции больные получали 10000—12000 p глубокой рентгенотерапии (или телегамматерапии аппаратом ГУТ-Со-400. Облучение проводилось с 4 полей (2 подвздошных и 2 крестцовых). Напряжение 180 kv, сила тока 10 Ma, фильтр 1 мм Cu, кожно-фокусное расстояние 40 см, доза в один сеанс 250 p. Кроме этого, применялись аппликации Co^{60} к шейке и в полость матки (на курс лечения 7—8 тыс. мг/час). Суммарная доза при сочетанном лечении составляла от 6000 до 10000 p на точку А и от 2500—5000 p на точку В. Через 4—6 недель после окончания курса лучевой терапии производилась расширенная экстирпация матки. Такой срок считается достаточным для реализации лучевого воздействия на пораженные ткани.

Гистологически у 96% больных выявлен плоскоклеточный рак шейки матки. С параметральной формой поражения было 105 больных, с влагалищной — 8, с влагалищно-параметральной — 17; с экзофитной формой роста — 99, с эндофитной — 8 и смешанной — 23.

Операция заключалась в полном удалении матки с придатками, части влагалища и клетчатки малого таза по ходу подвздошных сосудов, маточных артерий

и obturatorных ямок. У 125 женщин произведена расширенная экстирпация, у 5 операция оказалась пробной из-за невозможности удаления пораженных лимфоузлов. Предварительное облучение не вызывало особых трудностей при операции. Летальных исходов во время операции и в ближайший период после операции не было.

Из 130 оперированных больных у 26 ($20 \pm 3,5\%$) гистологически обнаружены неизлеченные метастазы в регионарных лимфоузлах, т. е. в действительности у них была не II, а III ст. заболевания.

При гистологическом исследовании удаленного препарата у 23 ($18,4 \pm 3,4\%$) больных обнаружены остатки раковой ткани в шейке матки. Группы раковых клеток располагались небольшими узкими тяжами или в виде ячеек в глубоких слоях шейки матки. Выявить неизлеченность первичного очага макроскопически не представлялось возможным, так как шейка была атрофичной и в ряде случаев покрыта некротической пленкой. У 4 женщин наличие остатков раковой ткани в шейке матки сочеталось с регионарными метастазами.

В литературе имеются указания на трудность операции после облучения в связи с наступающим фиброзом и повышенной кровоточивостью тканей, возможностью возникновения фистул и других осложнений. Наши данные не подтверждают высказанных опасений. Оперативное вмешательство, проводимое через 4—6 недель после завершения курса облучения, не сопровождается повышенной кровоточивостью. По-видимому, имеет значение облитерация мелких сосудов и наступающий фиброз в тканях. Образование фистул отмечено у 4 женщин (3,2%), что не превышает частоты этого осложнения при оперативном лечении без предварительного облучения. Нередким осложнением послеоперационного периода были параметральные инфильтраты (9,6%), для которых характерна выраженная плотность, малая болезненность, отсутствие лейкоцитарной реакции, небольшая субфебрильная температура и образующиеся после рассасывания инфильтрата плотные рубцовые изменения, которые ошибочно могут быть приняты за специфический процесс.

Значительный фиброз клетчатки отмечался по ходу подвздошных сосудов, менее выраженный — в области obturatorных ямок. Независимо от степени фиброза, клетчатку всегда удавалось удалить. Наши наблюдения показывают, что при правильном отборе, соответствующей операционной подготовке и применении современных видов наркоза нет оснований бояться большого процента осложнений у больных с предоперационным облучением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова Л. А. *Вопр. онкол.*, 1955, 3; *Вестн. АМН СССР*, 1962, 6. — 2. Павленко С. И. *Сб. научн. работ по онкологии*, 1962, вып. 21. — 3. Кузин М. И., Шкраб О. С., Соломонов А. Л., Жариков А. А. *Хирургия*, 1966, 5. — 4. Breine H., Gerteis W. *Geburtsch. u. Frauenheil.*, 1967, 27, 6, 615—622. — 5. Daniel, Morton D. C., Moore. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1964, 88, 7, 932—943. — 6. Decker D. C., Aaro L. A., Hunt A. B. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1965, 92, 1, 35—42. — 7. Dragon V., Trestioreanu A., Bunesco U. *Tr. VIII Международного противоракового конгресса*, том I. — 8. Herrmann A. J. *Laryngol. Obstet.*, 1963, 77, 5, 381—389.

УДК 616.61—002.3—611—018.53

ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЙКОЦИТОВ МОЧИ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЕЛОНЕФРИТА

В. С. Рябинский и В. Е. Родоман

*Урологическая клиника II Московского ордена Ленина
медицинского института им. Н. И. Пирогова*

Трудности диагностики острого и особенно хронического пиелонефрита требуют совершенствования приемов выявления данного заболевания. В повседневную практику лечебных учреждений все шире внедряются количественные методы исследования осадка мочи, а также суправитальная окраска осадка мочи с целью выявления активных лейкоцитов и клеток Штернгеймера — Мальбина.

На основании опытов с лейкоцитами крови, гноя и мочи, а также исследований осадка мочи большого числа больных острым и хроническим пиелонефритом нам удалось установить, что клетки Штернгеймера — Мальбина далеко не всегда могут быть обнаружены у больных, явно страдающих пиелонефритом. Эти клетки образуются в моче из «живых», активных лейкоцитов лишь при определенных условиях [3]. Превращение активных лейкоцитов в клетки Штернгеймера — Мальбина может происходить в различных участках мочевого тракта (от нефрона до мочевого пузыря) в силу воздействия на них целого ряда факторов. Среди последних наиболее важны измене-