

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Проф. Н. Е. Сидоров и асс. Н. Л. Капелюшник

1 кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Акушерско-гинекологическая клиника Казанского ГИДУВа за 40 лет своей деятельности при лечении рака матки, как правило, применяла комбинированную терапию. В первые 2 десятилетия при операции сосредоточивалось внимание на удалении параметральной клетчатки. Опыт показал недостаточность такого вмешательства для длительного выздоровления. Часты были рецидивы в культе вагины, клетчатке таза, лимфоузлах. Длительное выздоровление было в 45%. В последующие годы и особенно за последние 5—7 лет стала шире удаляться тазовая клетчатка — до боковых стенок таза и вниз почти до леватора, вылушается сеть лимфоузлов по ходу гипогастральной, наружной и частично — общей подвздошных артерий, obturatorных сосудов и между указанными артериями, удаляется верхняя половина вагины. Одновременно проводится профилактика мочеточниково-влагалищных свищей окутыванием мочеточников плодными оболочками. Операционное поле обильно смачивается спиртом и, после частичной перитонизации подбрюшинных пространств и вливания 600 т. ед. пенициллина, брюшная полость дренируется через влагалище и зашивается. В предоперационном периоде делаются вагинальные ванночки с 2% раствором протаргола, за 2 дня до операции переливается 200 мл крови. Операция проводится обычно под местным обезболиванием с премедикацией нейролептическими средствами. В послеоперационном периоде особое внимание обращается на профилактику инфекции мочевых путей и атонии мочевого пузыря и мочеточников путем подкожного введения 0,8% раствора белого стрептоцида, антибиотиков и тонизирующих мочевые пути средств. После выздоровления больные подвергаются рентгенотерапии в пределах 10—12 тыс. р.

За последние годы под нашим наблюдением находилось 275 раковых больных. Жительниц Казани было 106, приезжих — 169. Основной контингент больных был в возрасте от 41 года до 50 лет. Многорожавших было 186, имели только аборт — 74, с первичным бесплодием 14, девственниц 1.

С раком шейки матки мы имели 181 больную, раком тела матки — 48, саркомой тела матки — 2, раком трубы — 1, влагалища — 1, клитора — 3. У 16 больных были полипы слизистой шеечного канала с раковым перерождением, у 23 — предрак шейки и тела с атипией эпителия различной степени выраженности. Микроканцер шейки матки имели 13 больных, первую стадию — 89, из них с экзофитной формой 58 и эндофитной — 31. Вторую стадию имели 70 больных, в том числе вагинальный вариант — 32, параметральный — 23, маточный — 15. Третью стадию с метастазами в пределах малого таза имели 6, IV — 3, у 2 из них везикальный вариант, у третьей был рак в культе шейки после суправагинальной ампутации по поводу миомы с диссеминацией рака по брюшной полости. Первая стадия рака тела матки была у 35 больных, II — 11, III — 2. Саркомы были I стадии, рак клитора — второй, рак влагалища — также второй. Сочетание рака шейки матки с беременностью наблюдалось у 9 больных со сроками беременности от 9 до 24 недель. Рак I стадии имели 6 беременных, II — 2, из них у 1 был вагинальный вариант и у другой — параметральный. Четвертую стадию (параметрально-везикальный вариант) имела 1 беременная. Гистологически большинство заболеваний относилось к плоскоклеточному неороговевающему раку (182), ороговевающему — 22, железистому — 38.

Ранние симптомы заболевания в виде белей, контактных кровотечений или кровотечений типа метрорагий отмечены 255 больными. Начало заболеваний было бессимптомным у 20 женщин. В первые месяцы заболевания с указанными симптомами обратилось в женскую консультацию только 67 больных; 61 рак диагностирован спустя год и позже после первых признаков заболевания, из них 40 лечились в женских консультациях по поводу воспалительных процессов и эрозий шейки матки.

Сопутствующие заболевания отмечены следующие: у 21 больной рак сочетался с кистомой яичников, у 20 — с фибромами тела матки, из которых в сочетании с раком шейки — у 4, раковым перерождением полипов слизистой шейки — у 2 и раком тела матки — 14 на 48 случаев рака тела матки (29,2%). Полипы слизистой цервикального канала были у 10, пиометра — у 3, воспаление придатков — у 40.

Все 275 больных подверглись следующим операциям. Расширенная экстирпация матки с придатками, тазовой клетчаткой и лимфоузлами произведена 129 больным с раком шейки на 181 случай рака данной локализации, что составляет 71,6% операбельности. В этом числе радикальная операция произведена при микроканцере 13 больным, при раке I стадии — 73 из 89 сл., при раке II стадии, вагинальном варианте — 28 на 70 случаев всех больных со второй стадией рака и на 31 случай только вагинального варианта, при раке III ст. — при метастатическом варианте в пределах малого таза — 15. Из остальных 52 больных 32 произведена простая экстирпация, суправагинальная ампутация — 6, пробная лапаротомия — 14. Противопоказа-

ниями к расширенной экстирпации послужили: запущенность рака у 32 больных, обширные спайки в малом тазу — у 10, выраженное ожирение — у 2, преклонный возраст (65—69 лет) — у 3 и I судорожный припадок во время операции.

При раке тела матки всем 48 больным сделана простая экстирпация матки (100% операбельности).

Простая экстирпация матки с придатками произведена также 16 больным с раковым перерождением слизистых полипов шейки, 23 больным с предраком, из них с предраком шейки — 16, тела — 6, с саркомой матки — 2, раком трубы — 1, влагалища — 1. Больные раком клитора оперировались по типу вульвэктомии в одном случае с обычным удалением паховых лимфоузлов, в двух других комбинировались с операцией Дюкена. Шести больным раком шейки матки и беременностью произведена радикальная операция, двум — простая экстирпация и 1 — пробная лапаротомия.

Послеоперационный период протекал гладко у 118 оперированных, умерло 2, обе после расширенной экстирпации. Общий процент летальности — 0,8, только к радикальным операциям — 1,5. Релапаротомия по поводу внутреннего кровотечения после расширенной экстирпации была сделана 1 больной. Цистит наблюдался у 35 больных, пиелостит — у 9, ишурия — у 6, мочеточниково-влагалищные свищи — у 3 (2,3%). Осложнения со стороны мочевыводящих путей в основном встречались после расширенной экстирпации. Инфильтраты в культе влагалища были у 15 больных, инфильтраты параметрия — у 21, вторичное заживление отмечено у 20. Длительный субфебрилитет наблюдался у 38 больных.

Длительное выздоровление со сроком 5 лет и выше при раке первой стадии, включая и микроканцер, мы получили в 77,7%. Наибольшая смертность от рецидивов при первой стадии рака шейки бывает в первые два года после лечения. При второй стадии длительное выздоровление свыше 5 лет составляло 39,3%. Рецидивы возникают одинаково часто как в первые 5 лет, так и в последующие годы. При III и IV стадиях рака шейки все больные умерли, не дожив до пятилетнего срока.

Из 16 больных с раковым перерождением полипов свыше 5 лет мы наблюдали 9, и все они были здоровыми. Одна умерла от рецидива на 5 году. Остальные 6 больных при четырехлетнем сроке после операции здоровы. Из 23 больных с предраковыми заболеваниями здоровыми были после 5 лет 6 больных, одна умерла от рецидива, о 10 не получено сведений, остальные 6 при исследовании на 4 году после операции были здоровы.

Приведенные данные показывают, что наилучшие результаты при комбинированном лечении рака шейки матки можно получить только в ранних стадиях развития болезни. Не следует затягивать консервативное лечение и предраковых заболеваний шейки. Своевременное применение лучистой энергии или операции — залог успеха.

При лечении рака тела матки I стадии длительное выздоровление с пятилетней давностью и выше мы имели в 78%. Из 11 больных с II стадией ни одна не дожила до 5 лет.

При исследовании больной раком трубы обнаружено, что женщина на 4 году после операции была здорова. Из трех больных раком клитора при осмотре на 6 году после операции две были здоровыми и у одной был рецидив. Больная раком влагалища исследована на 6 году и оказалась здоровой. При саркоме тела матки одна больная умерла от рецидива к концу первого года после лечения, вторая при осмотре на 6 году была здорова.

ВЫВОДЫ

1. Наилучшие отдаленные результаты комбинированная терапия рака матки дает при ранних стадиях развития болезни. При раке шейки, в первую очередь, это будет стадия 0 — внутриэпителиальный рак и микроканцер и, во вторую, I стадия. При раке тела матки — первая стадия поражения эндометрия.

2. Расширение хирургического вмешательства при раке не принесло большой пользы больным, оно не улучшило отдаленных результатов лечения. Очевидна опасность такого радикализма.

3. Ранняя диагностика рака полового аппарата женщины с применением щадящих методов терапии — неременное условие успешной борьбы за излечение больных. Внимание гинекологов необходимо приковать к диагностике ранних стадий рака — преинвазивной и микроканцеру. Необходимо непрерывно улучшать организационную работу онкологической службы.

4. Рентгенотерапия как метод комплексного лечения рака матки не всегда эффективна. Следует разрабатывать более конкретные показания для ее применения.

5. Больные раковым перерождением полипов слизистой цервикального канала подлежат обязательному оперативному лечению в виде простой экстирпации матки или, после удаления полипа, — радиумтерапии.

6. Не следует затягивать консервативную терапию при предраковых состояниях шейки. Своевременное оперативное вмешательство или лучевая терапия гарантируют длительное излечение больных.

1. Ананьев Я. М. Комбинированная и сочетанная лучевая терапия рака шейки матки. Дисс., 1957. — 2. Багурова В. Л. и Широкова А. С. Тр. 2-й юбил. онкол. конф. санит. службы С.-К. ж. д., 1958. — 3. Беляев Е. И. Сб. тр. каф. акуш. и гинек. Иркутского мед. ин-та, 1956. — 4. Бобик Ю. Ю. и Бакшеева А. А. Докл. и сообщ. Ужгородского ун-та, 1957. — 5. Тимоксаева Э. С. Сов. здравоохр. Киргизии, 1960, 2. — 6. Breitner J. u. Adler. Geburtsh. u. Frauenkr., 1955, 15. — 7. Hessltine H., Smith L. Am. J. Obst. a. gyn., 1956, 6. — 8. Stoll P. Rev. franc. gynéc. et obst., 1960, 1. — 9. Schrimpf H. Zbl. gyn., 1957, 20.

Поступила 30 сентября 1961 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

САРКОМА КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Ст. научн. сотр. Г. С. Кнirik

Отделение нейрохирургии Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (директор — проф. Л. И. Шулуко)

Поскольку своевременное распознавание сарком свода черепа является необходимым условием успешного лечения, мы считаем целесообразным поделиться имеющимися у нас четырьмя наблюдениями, относящимися к 1959 г.

Ш., 47 лет, поступила 6/V-59 г. с жалобами на периодические головные боли и опухоль в затылочной области, которая появилась в 1957 г., довольно быстро увеличивалась и достигла размеров большого гусиного яйца.

Больная бледная, упитанность понижена. В затылочной области, больше справа, определяется опухоль величиной с гусиное яйцо, костной консистенции. Кожа над опухолью подвижна, не изменена. В области затылка и верхней части шеи сзади и сбоку определяются увеличенные, плотные, подвижные, множественные, одиночные железы. Опухоль и железы безболезненны.

Тремор век и пальцы вытянутых рук, небольшая асимметрия сухожильных рефлексов.

Внутренние органы — без патологии. РОЭ — 20 мм/час. Моча нормальна.

Рентгенограмма черепа от 7/V-59 г. Чешуя затылочной кости деформирована, резко неравномерно утолщена и значительно склерозирована с довольно ровными контурами.

19/V-59 г. — удаление опухоли затылочной области под местной новокаиновой анестезией. Острым и тупым путем целиком вылушена опухоль (9 × 6,5 × 2 см). Через тот же разрез слева и справа удалены (3 × 3 и 2 × 2 см) железы. Гемостаз. Гистологически — круглоклеточковая (периостальная) саркома.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Назначено лучевое лечение.

10/III-60 г. состояние больной хорошее, жалоб не предъявляет, периодически облучается.

З., 50 лет, поступил 17/VII-59 г. с жалобами на периодические головные боли, быстро растущую опухоль в затылочной области с сентября 1958 г. после травмы этой области.

Больной бледен, упитанность понижена.

В затылочной области, больше слева, опухоль эластической консистенции с большой мужской кулак. По окружности пальпируется неровный край узурированной кости.

Опухоль безболезненна. Кожа над ней не изменена.

Сглаженность правой носогубной складки. Сужение сосудов сетчатки обоих глаз.

АД — 140/85, границы сердца слегка расширены влево, тоны на верхушке усилены, дыхание везикулярное. Болезненность печени.

21/VII-59 г. РОЭ — 46 мм/час; Л. — 7600. В моче белок — 1,65‰.

Рентгенограмма 17/VII-59 г. В затылочно-теменной кости большой дефект с неровными краями. Чешуя затылочной кости деформирована, неравномерно утолщена с неровными контурами сзади, с деструктивно разреженной костной структурой (остеолитический процесс).

23/VII-59 г. удаление опухоли затылочной области под местной новокаиновой анестезией.