

2—5 мм в диаметре (рис. 1). Они четко очерчены, располагаются обычно симметрично по легочным полям на фоне сетчатого рисунка. Наибольшая частота высипаний — в средне-нижних отделах легких. При среднеузелковой диссеминации (рис. 3) диаметр узелков достигает 6—10 мм, они имеют округлую форму и четкие очертания. При крупноузелковой диссеминации величина узелков — от 14 до 20 мм в диаметре. Отмечено, что среднеузелковая и крупноузелковая диссеминации выявляются на более спокойном фоне легочных полей, без сетчатого рисунка.

Раковый лимфангоит (11 больных) проявляется в виде тяжисто-сетчатой деформации сосудисто-интерстициального рисунка (рис. 4) преимущественно в средне-нижних отделах легких, симметрично с обеих сторон. Эта форма метастазов рака щитовидной железы встречается редко и является как бы предстадией мелкоузелковой диссеминации, когда в последующем на фоне сетчато-петлистого рисунка выявляются мелкие узелковые тени.

Множественные метастазы рака щитовидной железы в легкие наблюдаются чаще, чем одиночные, и темпы роста их весьма различны. Обычно при метастатических опухолях легких прогрессирование клинической и рентгенологической картины происходит быстро и изменение рентгенологических данных отмечается примерно через 2 нед — 2 мес. Метастазы рака щитовидной железы в легкие в этом отношении составляют исключение. Когда метастатическое поражение легких является единственным проявлением рака щитовидной железы, клиническое и рентгенологическое течение может быть весьма длительным. В случаях выраженной диссеминации, когда имеются множественные метастазы в другие органы, усугубляется общее состояние больного и ускоряются темпы развития метастазов в легких.

В заключение следует отметить, что изучение особенностей клинко-рентгенологического течения метастазов рака щитовидной железы в легкие будет способствовать правильной диагностике их, а следовательно — и рациональной терапии.

Поступила 28 апреля 1979 г.

УДК 618.146—006.6—089.168

## БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Доц. М. И. Слепов, З. Т. Крылова, Л. М. Ларионова*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Республиканский онкологический диспансер (главврач—заслуж. врач РСФСР и ТАССР А. К. Мухамедьярова)*

**Реферат.** Анализ результатов лечения 124 больных раком шейки матки I стадии показал, что при глубине инвазии до 3 мм объем хирургического вмешательства можно без риска для здоровья и жизни больной сократить до простой экстирпации матки.

**Ключевые слова:** преклиническая форма рака, глубина инвазии, 1a и 1б стадии.

1 таблица. Библиография: 1 название.

В последние годы обсуждается вопрос о возможности сокращения объема лечебных мероприятий у больных с начальным инвазивным раком шейки матки (Кр. Юрков, Т. М. Григорова, 1980). В настоящей работе обобщен наш опыт лечения больных раком шейки матки I ст. Из 124 таких больных, поступивших в онкогинекологическое отделение диспансера в течение 1972—1977 гг., у 59 прослежены результаты лечения на сроках от 5 до 7 лет и у 65 — от 3 до 4 лет. Преклиническая стадия (1a с инвазией до 5 мм) была у 59 больных, клинически выраженная (1б) — у 65. Средний возраст больных — 44,5 лет. Диагноз преклинического рака основывался на данных цитологического и кольпоскопического исследований, а также гистологического изучения ткани, удаленной при электрокоагуляции шейки матки, либо его ставили ретроспективно, на основании гистологического исследования препаратов удаленной матки после операции. У 47 больных с 1a стадией глубина инвазии была до 3 мм и у 12 — от 3 до 5 мм.

Согласно международной классификации, преклиническая инвазивная карцинома не может быть выявлена при обычном гинекологическом исследовании. Однако проведенный нами тщательный анализ показал, что из 47 больных с инвазией до 3 мм

только у 10 не было жалоб, остальные отмечали кровавистые выделения вне менструации, боли и боли, а из 12 пациенток с инвазией до 5 мм такие нарушения выявлены у 9. У большинства больных этой группы имелись длительно не заживающие эрозии шейки матки, в прошлом им проводили электрокоагуляцию и электроконизацию шейки. При обследовании больных с 1а стадией визуально были установлены эндцервикоз, деформации, железистые и сосочковые эрозии, участки лейкоплакии. При простой и расширенной кольпоскопии у большинства больных обнаруживалась зона трансформации, простая и грубая лейкоплакия. Атипичская мозаика и папиллярная основа наблюдались у каждой третьей больной с преклиническим раком шейки матки. У половины больных с инвазией от 3 до 5 мм кольпоскопически выявлялся типичный рак. Эти данные позволяют утверждать, что поражения, относящиеся к 1а стадии, в значительном числе случаев сопровождаются характерными жалобами и кольпоскопически выявляемыми изменениями, по которым можно заподозрить злокачественный процесс или даже явный рак.

В начальном периоде всем больным с 1а стадией рака шейки матки проводили комбинированное лечение. В дальнейшем, убедившись в том, что в части удаленных препаратов не обнаруживалось опухолевого процесса, мы стали дифференцированно подходить к выбору объема терапии. В большинстве случаев, когда исследование биопсированного материала свидетельствовало о злокачественном процессе, а данные кольпоскопического и цитологического анализов вызывали сомнения, мы производили электроконизацию шейки матки с последующим гистологическим исследованием серийно-ступенчатых срезов материала, что позволило свести до минимума частоту ошибочных заключений и дало возможность сократить объем лечения больных с 1а стадией.

У больных со стертой (спорной) инвазией, когда нельзя исключить инвазивный рост, при глубине поражения до 3 мм с каплевидной и гнездовидной формой роста производили простую экстирпацию матки с придатками или без них (у молодых женщин). У части больных исключали лучевую терапию. При выраженной клинической картине рака и инвазии на глубину более 3 мм проводили комбинированную терапию в полном объеме. Результаты лечения больных раком шейки матки 1 стадии представлены в таблице.

Объем и результаты лечения больных раком шейки матки 1 стадии

Стадия	Число больных	Объем хирургического вмешательства		Метастазы	Лучевая терапия	Через 3—7 лет	
		расширенная экстирпация	простая экстирпация			умерло	живы
1а, инвазия до 3 мм	47	17	30	—	21	—	47
1а, инвазия от 3 до 5 мм . . . . .	12	10	2	—	10	—	12
1б, инвазия более 5 мм . . . . .	65	60	5	9	65	13	52
Всего . . . . .	124	87	37	9	96	13	111

Из 124 больных раком шейки матки 1 стадии 87 произведена расширенная экстирпация матки. В основном это были больные с выраженными клиническими формами рака 1 стадии; только 5 из них произведена простая экстирпация матки в связи с ошибочной предоперационной диагностикой (при раке цервикального канала предполагался рак тела матки).

Из 27 больных с 1а стадией, которым была произведена расширенная экстирпация матки, ни у одной не было обнаружено метастазов, в то время как из 60 больных с инвазией более 5 мм (16 стадия) метастазы найдены у 9 (15%). Наиболее часто метастазы были в нижних подвздошных, а также в запирательных лимфоузлах. Метастазы по ходу общей подвздошной артерии были установлены только у 1 больной. Исследованию подверглось от 9 до 24 удаленных лимфоузлов. Кроме метастазов, в лимфоузлах выявлялась картина иммунологической перестройки их структуры по гуморальному и клеточному типу.

Во время операции при кровотечениях перевязывали, как правило, внутреннюю подвздошную артерию с одной или обеих сторон. У 1 больной при удалении метастазов по ходу наружной подвздошной артерии произошло ранение этого сосуда у пупартовой связки. Кровотечение было остановлено, артерия ушита атрауматическими иглами. В послеоперационном периоде больной проведено лечение гепарином.

Частота послеоперационных осложнений составила 11%, летальность — 0,8%. У 2 больных развился флебит подкожных вен бедра и плеча, у 1 — тромбоз флебит глубоких вен бедра, 1 больная погибла на 3-й день после операции от тромбоэмболии легочной артерии. Из других осложнений следует отметить эвентрацию у 1 больной. У 3 больных наблюдалось лимфоцеле, у 2 из них экстрaperитонеально вскрыли параметральное пространство и дренировали его, у 3-й процесс удалось купировать повторными пункциями параметрия через брюшную стенку и отсасыванием серозного выпота (небольших количеств).

После расширенной экстирпации матки на протяжении 5 дней мочевой пузырь обычно катетеризовали, в дальнейшем отмечалось самостоятельное мочеотделение. Длительная атония мочевого пузыря наблюдалась у 3 больных и пиелонефрит — у 1. Мочеточниково-влагалищный свищ возник у 1 больной — на 18-й день после расширенной экстирпации матки, произведенной в экстренном порядке из-за кровотечения. Во время операции у этой больной были перевязаны с двух сторон внутренние подвздошные артерии.

Наиболее часто рецидивы заболевания и метастазы выявляются в первые два года. Наши наблюдения за больными раком шейки матки в течение 3—7 лет показали следующее. Все 59 больных с 1а стадией живы и относятся к III клинической группе, причем у 32 из них произведена простая экстирпация матки, в том числе у 6 женщин молодого возраста были оставлены придатки. Следует отметить, что 26 больным этой группы в дальнейшем не проводилась лучевая терапия. Из 65 больных с 1б стадией 13 умерли в первые два года от рецидива заболевания и метастазов, у 5 из них во время операции были обнаружены метастазы в регионарных лимфоузлах. Одна больная погибла через 2 года после комбинированной терапии от другого заболевания.

Таким образом, положительные результаты лечения больных раком шейки матки 1 стадии составляют 89,5%, причем наши исследования свидетельствуют, что у больных с инвазией на глубину до 3 мм объем хирургического вмешательства может быть сокращен без риска для здоровья и жизни больной. У больных с начальными формами рака шейки матки (1а стадия) кроме сокращения объема хирургического вмешательства можно исключить и лучевой компонент терапии. На основании своих наблюдений мы считаем, что следует пересмотреть вопрос о необходимости подвергать послеоперационной лучевой терапии больных раком шейки матки 1 стадии (с инвазией более 3 мм) после расширенной экстирпации матки при отсутствии метастазов в регионарных лимфоузлах.

Для выбора адекватного метода и объема лечения заболеваний шейки матки целесообразно более широко применять электрокоагуляцию с последующим исследованием серийно-ступенчатых срезов тканей.

#### ЛИТЕРАТУРА

Юруков Кр., Григорова Т. М. Вопросы онкологии, 1980, 6.

Поступила 28 октября 1980 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.14—089.819.1—06

### Т. П. Тараканова, В. А. Семенченя (Саратов). Осложнения катетеризации центральных вен

За два года нами произведено 250 катетеризаций центральных вен (подключичной — 187, бедренной — 63) у 202 больных. У 26 из них катетеризацию производили дважды, а у 11 — трижды. Длительность пребывания катетера в вене составляла от нескольких часов до 46 сут, в среднем 5—7 дней. Наиболее часто мы применяли катетеризацию центральной вены у больных, нуждающихся в продолжительном парентеральном питании (122), при острой массивной кровопотере (57), а у 23 пациентов поводом для катетеризации послужили терминальные состояния. Осложнения были у 23 больных (11,4%). Их можно разделить на 2 группы: осложнения, связанные с нарушением техники катетеризации, и осложнения, обусловленные длительным нахождением катетера в просвете вены. Осложнений с летальным исходом не было, однако любое из них представляло угрозу, особенно при запоздалом распознавании, и всегда отягощало состояние больного.

Пневмоторакс отмечен у 5 больных. У 3 из них пункцию производили на фоне