КOMBINIROVANNOE LICHENIE RAKA POLOVYX ORGANOV

ЖЕНЩИНЫ

Проф. Н. Е. Сидоров и асс. Н. Л. Капелюшник
1 кафеаа акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Акушерско-гинекологическая клиника Казанского ГИДУВа за 40 лет своей дей-
ствительности при лечении рака матки, как правило, применяла комбинированную тера-
пию. В первые 2 десятилетия при операции сосредоточивалось внимание на удалении
параметральной клетчатки. Опыт показал недостаточность такого вмешательства для
длительного выздоровления. Часты были рецидивы в культуре вагины, влагалище, таза,
лимфоузлов. Длительное выздоровление было в 45%. В последующие годы и особенно
за последние 5—7 лет стала широко удаляться тазовая клетчатка — до боковых стенок
таза и низа почти до леватора, вырезается сеть лимфоузлов по ходу гипогастральной,
наружной и внутренней — общей подвздошных артерий, обтураторных сосудов и
между указанными артериями, удаляется верхняя половина вагины. Одновременно
проводится профилактика — мочеточниково-влагалищной свищей окутывание моче-
tочников плодными оболочками. Операционное поле обильно смачивается спиртом
и, после частичной перитонизации подбрюшинных пространств и вливания 600 т. е.
ленцилина, брюшная полость дренируется через влагалище и запивается. В пред-
операционном периоде делаются вагинальные ванночки с 2% раствором протагрола,
за 2 дня до операции переливается 200 мл крови. Операция проводится обычно под
местным обезболиванием с премедикацией нейроплакическим средствами. В после-
операционном периоде особое внимание обращается на профилактику инфекции моче-
ных путей и атонии мочевого пузыря и мочеточников путем подкожного введения
0,8% раствора белого стрептоцида, антибиотиков и тонизирующих мочевы пути
средств. После выздоровления больные подвергаются рентгенотерапии в пределах
10—12 тыс. п.

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. Многорожденных было 196, имели только аборты — 74,
с первичным бесплодием 14, девственниц 1.

С раком шейки матки мы имели 181 больную, раком тела матки — 48, саркомой
tела матки — 2, раком труб — 1, влагалища — 1, клитора — 3. У 16 больных были
погиба слизистой шеечного канала с раковым перерождением, у 23 — предрак шейки
и тела с атипие эпителия различной степени выражения. 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 везикулярный вариант, у третьей
был рак в культуре шейки после супрергаиновой ампутации по поводу мёны с
диссеминацией рака по брюшной полости. Первая стадия рака тела матки была у
35 больных, II 11, III — 2. Саркомы были 1 стадии, рак клитора — 2, рак влага-
tалища — 1, рак влагалища — 1. Сочетание рака шейки матки с беременностью наблюдалось
у 9 больных со сроками беременности от 4 до 24 недель. Рак шейки имели 6 бере-
mенных, II — 2, из них 1 был вагинальный вариант и у другой — параметральный.
Четвертую стадию (параметрально-везикулярный вариант) имела 1 беременная. Гисто-
логически большинство заболеваний относилось к полосклюточному неороговеваю-
щему раку (182), ороговевающему — 22, железистому — 38.}

Ранние симптомы заболевания в виде белей, контактных кровотечений или крово-
вотечений типа метrorragий отмечены 255 больными. Начало заболеваний было бес-
sимптомным 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 лежались в жен-
sких консультациях по поводу воспалительных процессов и эрозий шейки матки.
Сопутствующие заболевания отмечены следующие: у 21 больной рак сочетался с
дискинезией яичников, у 20 — с гемограном тела матки, из которых в сочетании с
раком шейки у 4 раков, т. е. микроинфицированием половых шейки — у 2 и
раком тела матки — 14 из 48 случаев рака тела матки (29,2%). Глины слизистой
цервикиального канала были у 10, пневмоторакс — у 3, воспаление придатков — у 40.

Все 275 больных подвергались следующим операциям. Расширенная экстирация
матки с придатками, тазовой клетчаткой и лимфоузлами произведена 129 больным
с раком шейки на 181 случай рака данной локализации, что составляет 71,6% опе-
рательности. В этом числе радикальная операция произведена при микроканцере
13 больным, при раке I стадии — 73 из 89 сл., при раке II стадии, параметральном
варианте — 28 на 70 случаев всех больных со второй стадией рака и на 31 случай
только вагинального варианта, при раке II 1 ст. — при метастатическом варианте в
пределах малого таза — 15. Из остальных 52 больных 32 произведена простая эксти-
рация, супрергаиновая ампутация — 6, пробная лапаротомия — 14. Противопоказа-

56
ними к расширенной экстирпации послужили: запущенность рака у 32 больных, обширные спайки в малом тазу — у 10, выраженные ожирение — у 2, преклонный возраст (65—69 лет) — у 3 и 1 судорожный приспособление во время операции. При расширенной экстирпации 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 вульвоэктомии в одном случае с обычным удалением наложных лимфузлов, 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. Радиовсплеск по поводу внутреннего кровотечения после расширенной экстирпации была сделана 1 больной. Цистит наблюдался у 35 больных, пиелостисти — у 9, ишия — у 6, мочеточниково-влагалищные свищи — у 3 (2,3%). Осложнения со стороны мочевыводящих путей в основном встречались после расширенной экстирпации. Инфильтрата в культуре влагалища были у 15 больных, инфильтрата параметры — у 21, вторичное заражение 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 пятнадцатого 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 здоровья. 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 пятнадцатой командо и выше мы имели в 78%. Из 11 больных с 11 стадией ни одна не дожила до 5 лет.

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

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 — внутрислизистый 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 женщин с применением щадящих методов терапии — непременное условие успешной борьбы за излечение больных. Внимание гинекологов необходимо приковать к диагностике ранних стадий рака — меланоканцер и микроканцер. Необходимо непрерывно улучшить организационную работу, охранно-санитарной службы.

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

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

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

САРКОМА КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Ст. научн. сотр. Г. С. Кирик

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

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, поступил 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 ссади и сбоку определяются утонченные, плотные, подвижные, множественные, одиночные железы. Опухоль и железы безболезненные.

Тремор век и пальцев вытянутых рук, небольшая асимметрия сухожильных рефлекторов.

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

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 новокановой анестезией. Острый и тупым путем целиком выделена опухоль (9 × 6,5 × 2 см). Через тот же разрез слева и справа удалены (3 × 3 и 2 × 2 см) железы. Гемостаз.

Гистологически — круглеклеточная (периостальная) сарcoma.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Заболевание неоперабельно.

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 нервный края 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 ссадин, с деструктивно разрушенной костной структурой (остеолитический процесс).

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

Поступила 30 сентября 1961 г.