

После установления клинической ремиссии, наступившей в результате лечения тригидротиронином, была выявлена нормализация протеинограммы. В глицидограмме была отмечена лишь тенденция к нормализации: увеличилось содержание гликопротеидов, мигрирующих с альбуминами, α_1 - и α_2 -глобулинами, и уменьшилось количество β -гликопротеидов. Лишь уровень γ -гликопротеидов стал нормальным. Все основные изменения в глицидограмме остались, хотя и стали менее выраженными, чем до заместительной гормональной терапии. Общее содержание сиаловых кислот крови после установления клинической ремиссии пришло к норме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев Т. А. Изменения содержания гликопротеидов в тканях и сыворотке крови у животных с экспериментальным гипер- и гипотиреозом и у больных с поражениями щитовидной железы. Автореф. канд. дисс., М., 1963. — 2. Барвинский С. Р. и Урин В. М. Пробл. эндокринологии и гормонотерапии, 1963, 6. — 3. Бронштейн М. Э., Кольчинская Т. А., Лиманова Е. Е. Материалы III науч. конф. молодых ученых Всесоюз. ин-та эндокринологии, М., 1964. — 4. Гурвич А. Е. Лаб. дело, 1955, 3. — 5. Костюковская О. М. и Жуков А. В. Вопр. мед. химии, 1961, 6. — 6. Линевиц Л. И. Успехи биол. химии. Изд. АН СССР, М., 1962, 4. — 7. Нельсон К. Т. Из кн.: Щитовидная железа. Под ред. С. Вернера. Л., 1963. — 8. Розенфельд Е. Л. Успехи биол. химии. Изд. АН СССР, М., 1962, 4. — 9. Титаев А. А. и Ларский Э. Г. Лаб. дело, 1955, 3. — 10. Туракулов Я. Х. Биохимия и патохимия щитовидной железы. Ташкент, Изд. АН Узбекской ССР, 1963. — 11. Шейкман Б. М. Пробл. эндокринологии и гормонотерапии, 1961, 1.

УДК 618. 11—616—006

КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ПРИ ФЕМИНИЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

А. Н. Рыбалка

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. В. А. Голубев) лечебного факультета Крымского медицинского института

Впервые дисгормональные опухоли яичников были описаны в 1886 г. О. Нейманом и в 1890 г. Акончи. В отечественной литературе сообщения по данному вопросу появились в 1922 г. Вначале это были лишь описания отдельных наблюдений. И только за последние годы опубликован ряд фундаментальных научных трудов по данному вопросу (Н. С. Васнецов, 1951; А. С. Сурис, 1953; М. Ф. Глазунов, 1954; И. С. Краевская, 1954). В гинекологическом отделении Крымской областной больницы им. Н. А. Семашко за последние 7 лет по поводу дисгормональных опухолей яичников лечилось 29 женщин, что составляет 4,1% от общего числа (706) больных с первичными гистологически доказанными опухолями яичников. Эти опухоли, к которым относятся гранулезоклеточные и текаклеточные, в значительной мере сходны как по гистологическому строению, так и по клиническим проявлениям. Основное объединяющее их качество заключается в способности вырабатывать эстрогенный гормон, который вызывает состояние гиперэстринизма, проявляющееся, в зависимости от возраста, различными нарушениями менструального цикла, изменениями в эндометрии, миометрии, а также в ткани молочной железы.

Источником возникновения теком считают клетки внутренней оболочки фолликулов (Лёффлер и Призель, 1932) или строму яичника (М. Ф. Глазунов, 1954). Ряд авторов, главным образом американских (Новак, 1947, и др.), утверждает, что тека- и гранулезоклеточные образования представляют собой два варианта опухоли, происходящей из остатков эмбриональной мезенхимы яичника. Экспериментально доказано (И. Д. Нечаева, 1958), что гранулезоклеточные и текаклеточные опухоли являются лишь разновидностью одной и той же опухоли, имеющей источником происхождения очаги пролиферации гранулезо- и текаклетки.

Мы наблюдали 13 больных с гранулезоклеточными опухолями яичников, 14 — с текаклеточными и 2 — с тека-гранулезоклеточными.

Больные с гранулезоклеточными опухолями были в возрасте от 17 до 60 лет, длительность заболевания была от 2 месяцев до 3 лет; с текаклеточными опухолями — в возрасте от 28 до 70 лет, длительность заболевания была от 1 мес. до 10 лет. Больные со смешанными тека-гранулезоклеточными опухолями были в возрасте 35 и 70 лет.

Из 13 наших больных с гранулезоклеточными опухолями у 11 было одностороннее и у двух двухстороннее поражение яичников. Текомы, по литературным данным, чаще поражают левый яичник, и, по мнению Б. И. Железнова (1958), эти опухоли почти всегда односторонние. Из 14 наблюдаемых нами больных с текомой опухоль левого яичника обнаружена у 4, правого — у 6, обоих — у 4 больных. У 2 больных

смешанные тека-гранулезоклеточные опухоли были односторонние. Средняя величина гранулезоклеточных опухолей была с кулак. Размеры текомы колеблются в широких пределах. У наших больных текомы имели чаще большие размеры.

Феминизирующие опухоли яичников, особенно текомы, часто длительное время протекают бессимптомно. Так, из 14 наших больных с текомой у 7 опухолей, уже значительных размеров, были случайно обнаружены на профосмотре. Наиболее частые клинические симптомы феминизирующих опухолей — различной интенсивности боли внизу живота (у 8 больных с фолликуломой, у 12 с текомой, у 2 с текафолликуломой), а также отсутствие аппетита, тошнота, отрыжка, быстрое увеличение объема живота; при больших размерах опухоли наблюдалось расстройство мочеиспускания. Отмечалось нарушение менструального цикла, которое выражалось то обильными и длительными кровотечениями, то частыми задержками менструаций. Нормальный менструальный цикл был у 4 больных с фолликуломой и у 9 с текомой. Следует отметить, что менструации у наблюдаемых нами больных начинались позже обычного, особенно при текоме: у большинства больных с 15—17 и даже с 20 лет. Мы наблюдали больную 17 лет с фолликуломой, которая еще не менструировала. У 8 больных, находившихся в менопаузе, были кровотечения.

По данным М. М. Шашина (1957) и И. Д. Нечаевой (1957), у больных с дисгормональными опухолями яичников чадородная функция понижена или нарушена, что является следствием гиперэстринизма, и если беременность и наступает, то больные редко ее донашивают: происходит выкидыш или преждевременные роды. У наших больных чадородная функция в большинстве случаев была не нарушена; выкидыши были только у 2 больных с фолликуломами, после чего у одной развилось вторичное бесплодие. У большинства же больных было по 9—12 беременностей. Но следует оговориться, что незадолго до обнаружения опухоли почти все женщины не беременели, хотя многие не предохранялись.

У большинства больных до операции производилось пробное выскабливание матки, и у всех обнаруживалась железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Однако имеются указания в работах М. Ф. Глазунова (1952), Диддла (1952) и других, что при текоме иногда бывает атрофия эндометрия.

В отношении степени злокачественности феминизирующих опухолей яичников мнения противоречивы. И. С. Краевская (1954) и Кроссен (1953) считают гранулезоклеточные опухоли исключительно злокачественными. В. Лисовский (1930), Е. С. Павлов (1938), И. И. Попов (1940), М. Ф. Глазунов (1954) относят эти опухоли к доброкачественным. В. П. Михайлов (1949) описал 13 гранулезоклеточных опухолей и также считает их доброкачественными, но допускает и возможность злокачественности таких опухолей. По нашим данным, из 13 фолликулом 9 были злокачественными и у 5 больных были обнаружены метастазы: в большой сальник — у 2, в большой сальник и аппендикс — у 1, в брюшину и мышцу матки — у 1, в сигмовидную и прямую кишку и в область брюшной аорты — у 1.

Текому большинство клиницистов относит к доброкачественным опухолям, однако, по данным И. Д. Нечаевой (1958), число злокачественных форм составляет более 4%. У 4 наших больных текомы яичников были злокачественные. Обе смешанные тека-гранулезоклеточные опухоли были доброкачественными.

Диагностика феминизирующих опухолей трудна. До операции из 14 больных диагноз текомы был поставлен двум, из 13 больных с фолликуломой — также двум, то есть только четырем из 29.

Лечение феминизирующих опухолей яичников должно быть во всех случаях оперативным, но, учитывая характер веществ, продуцируемых этими опухолями, целесообразно, по мнению Е. Н. Андросовой (1956), хирургическому лечению предпосылать так называемую «парадоксальную гормонотерапию» в виде назначения андрогенов, а после хирургического удаления злокачественной дисгормональной опухоли проводить рентгенотерапию. Спорным остается вопрос об обширности хирургических вмешательств. М. М. Шашин (1958), В. А. Шилейко (1960) и другие рекомендуют удаление только опухоли яичника. И. Д. Нечаева (1958) утверждает, что надо стремиться к радикальной операции при гранулезо- и текаклеточных опухолях яичников. Из 29 оперированных нами по поводу феминизирующих опухолей яичников 19 больным были произведены радикальные операции, а у 10 удалены только опухоли яичников.

Основываясь на приведенных данных, мы пришли к выводу о необходимости при феминизирующих дисгормональных опухолях производить радикальные операции с удалением даже не измененного макроскопически второго яичника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васнецов Н. С. Гранулезоклеточные опухоли яичников. Автореф. канд. дисс., Одесса, 1951. — 2. Глазунов М. Ф. Опухоли яичников. Медгиз, Л., 1954. — 3. Краевская И. С. Арх. патол., 1954, т. 16, 3. — 4. Михайлов В. П. Гистогенез эпителиальных опухолей яичников. Медгиз, М., 1949. — 5. Нечаева И. Д. Вopr. онкол., 1957, т. 3, 3.