

# ПЕРВИЧНЫЙ РАК ФАЛЛОПИЕВОЙ ТРУБЫ, ДИАГНОСТИРОВАННЫЙ ДО ОПЕРАЦИИ

З. А. Слоущ

Гинекологическое отделение областной больницы (главврач — Т. А. Литкова) и  
кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Л. А. Решетова) Кемеровского  
медицинского института

Первичный рак фаллопиевых труб — редкое заболевание, описанное впервые  
Ортманом в 1886 г. Частота этой формы по отношению к первичным злокачественным  
новообразованиям половых органов колеблется от 0,11 до 0,13% — по данным Крос-  
сена, а по данным Вальдейера и Веберлинга — до 2,6%.

Рак фаллопиевой трубы часто протекает без характерных признаков и симптомов.  
Поэтому если у больных, имеющих жидкие выделения из влагалища, не удается  
обнаружить изменений шейки матки и эндометрия, следует думать о возможности  
рака фаллопиевой трубы. Если появляются боли в животе и определяется опухоль в  
малом тазу при нормальной температуре, то вероятность этого заболевания, особенно  
у пожилых женщин, увеличивается. Еще более вероятен диагноз, если во влагалищ-  
ных мазках обнаруживаются раковые клетки, а гистологическое исследование эндо-  
метрия и тканей шейки матки не выявляет раковых изменений.

При установлении рака фаллопиевой трубы следует полностью удалять матку с  
придатками и проводить последующую лучевую терапию.

Мы наблюдали случай рака левой фаллопиевой трубы.

К., 56 лет, поступила 8/III 1960 г. с подозрением на рак матки.

Менструации с 14 лет, установились сразу, приходили регулярно через 4 недели по  
3—4 дня в умеренном количестве, без болей. Менопауза с 1957 г. Половая жизнь с  
19 лет. Брак один. Срочных родов 3, медицинских абортов — 4.

С ноября 1959 г. стали беспокоить периодические боли в низу живота, больше  
слева, ноющего характера и водянистые бели с примесью крови. Подвергалась амбу-  
латорному физиотерапевтическому лечению по поводу эндометрита и левостороннего  
периаднексита. 8/II-60 г. в больнице по месту жительства больной сделано диагно-  
стическое выскабливание полости матки. Соскоб получен скудный. Гистологического  
диагноза при исследовании соскоба поставлено не было. Выделения из влагалища  
временно прекратились и вновь появились в первых числах марта.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Кожа и видимые  
слизистые нормальной окраски. Лимфатические узлы не увеличены.

Легкие: перкуторный звук легочной, дыхание везикулярное. Границы сердца в  
пределах нормы, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс — 80,  
правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 130/70. Органы  
пищеварения в пределах нормы. Печень и селезенка — без патологических уклонений.

Растительность волос по женскому типу. Наружные половые органы сформиро-  
ваны правильно. Влагалище короткое, широкое. Своды свободные. Шейка цилиндри-  
ческая, зев щелевидный. Матка обычных размеров в *anteversio flexio*. Справа при-  
датки не изменены. Левая фаллопиевая труба утолщена в ампулярном отделе, уплот-  
нена, болезненна. Левый яичник не контурируется. Параметрий свободен. Выделения  
из влагалища водянистые с примесью крови.

10/III-60 г.: Нб — 83 ед. (13,8  $\pm$ ); Э. — 4 100 000, ц. п. — 1; Л. — 6600, п. — 1%,  
с. — 56%, л. — 39%, м. — 4%, РОЭ — 23 мм/час. Моча — без уклонений от нормы.

9/III при рентгеноскопии легкие и сердце без уклонений от нормы. Аорта несколь-  
ко расширена в восходящем отделе.

Диагноз: эндометрит, левосторонний сальпингит, перисальпингит.

24/III выписана домой. Рекомендовано амбулаторное наблюдение по месту жи-  
тельства.

В середине апреля у больной появились обильные водянистые бели с примесью  
крови, боли в низу живота, крестце. 6/V госпитализирована с диагнозом: рак левой  
фаллопиевой трубы.

Влагалище свободное. Матка обычных размеров, плотная, в *anteversio flexio*.  
Шейка гладкая, чистая. Правые придатки без особенностей. Слева в области придат-  
ков пальпируется бугристый tumor величиной с куриное яйцо, плотной консистенции,  
несколько ограничен в подвижности. Задний свод болезнен. Выделения из влагалища  
водянистые с примесью крови.

10/V взят мазок из содержимого полости матки и послан для гистологического  
исследования. В мазках при исследовании обнаружены опухолевые клетки, подозри-  
тельные на раковые.

14/V произведена простая экстирпация матки с придатками под общим эфирно-  
кислородным наркозом.

Матка небольшая, плотная. Правые придатки и левый яичник — без видимых па-  
тологических изменений. Левая фаллопиевая труба удлинена. Из ампулярного отдела

трубы исходит опухоль величиной  $6 \times 6$  см, плотной консистенции с участками распада. Опухоль расположена в маточно-пузырном углублении слева от средней линии, сращена с брюшинным покровом стенки мочевого пузыря, к этому же месту подходит салъник. Тазовая брюшина обсеменена метастатическими очажками величиной от горошины до фасоли.

Послеоперационный период протекал гладко.

Гистологически установлен сосочковый рак фаллопиевой трубы.

Выписана 26/V для амбулаторного курса глубокой рентгенотерапии.

В настоящее время состояние хорошее, получила 12000 р. Находится под наблюдением.

Поступила 8 мая 1961 г.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Асс. В. А. Сабурова, студенты С. П. Цветкова и И. А. Эрлянд (Казань)  
Реакция связывания агара как метод диагностики рака

В 1959 г. появилось сообщение венгерских исследователей Ксаба, Торо, Кисса и Яниковского (Мед. реф. ж., II, 1959, 1) о новом способе диагностики рака, основанном на том, что в крови раковых больных появляются мукополисахариды с высоким молекулярным весом, последние образуются в ходе разрушения барьера «гиалурионовая кислота — гепарин», что и удается выявить при помощи агара.

**Методика.** 2% раствор агара удельного веса 0,96—0,98 готовится при температуре 100°, после чего производится его фильтрование (фильтр предварительно смачивается теплым физ. раствором). Реакция производится в чашке Петри, в которую наливают слой жидкого агара толщиной 1,5—2 мм. После затвердения в нем делают углубления диаметром 6—7 мм. Кровь, взятую у больного, центрифугируют в течение 5 минут со скоростью 2500—3000 оборотов в минуту. Сыворотка должна быть прозрачной, без следов гемолиза. В пробирку наливают по 0,2 мл сыворотки и физиологического раствора и помещают на 30 мин в водяную баню при 56—57°. Через 30 мин в пробирку добавляют 0,2 мл агара, расплавленного при температуре 100°. После взбалтывания пробирки из нее пипеткой берут полученную смесь и вносят в заранее приготовленные углубления в агаре, находящемся в чашке Петри, помещают на 30 мин в холодильник при 2—4°, после чего и определяют результат реакции. Реакция считается положительной, если имеется выраженное помутнение агара вокруг отверстий, при слабом помутнении реакция считается сомнительной. При отрицательном результате агар остается прозрачным.

Нами произведена такая реакция у 142 больных, из них 61 страдал злокачественными новообразованиями (рак желудка — 28, пищевода — 8, кишок — 3, лимфатических желез шеи — 2, щитовидной железы — 2, грудной железы — 8, губы — 4, кожи лица — 4, поджелудочной железы — 2). Рак подтвержден на операции, с последующим гистологическим исследованием. В I стадии болезни было 6 человек, во II — 51, в III — 4.

Других хирургических больных было 56 (с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки — 16, хроническим аппендицитом — 29, облитерирующим энтеритом — 6, грыжей — 3, туберкулезным перитонитом — 1, парапроктитом — 1).

Для контроля обследовано 25 молодых здоровых лиц.

Реакция оказалась положительной у 86,8% раковых больных, у 12,5% хирургических больных и у 4% здоровых, что совпадает с материалом авторов реакции (2122 наблюдения).

Вопреки мнению С. Шилинскийте (Онкология, 1961, 1), отрицающего ценность данной реакции, мы считаем, что она может быть все же использована для диагностики рака.

К. И. Яковлева (Казань). Тератома крестцово-копчиковой области у детей

Среди целого ряда врожденных аномалий и уродств пресакральной области смешанная доброкачественная опухоль — тератома — занимает одно из первых мест.

Размер их — от куриного яйца до головы взрослого; располагаются обычно асимметрично, врастая в толщу ягодицы, смещая вниз и кпереди прямую кишку и заднепроходное отверстие. Тератома нередко комбинируется со *spina bifida*.

В детском отделении клиники им. А. В. Вишневского за 1950—1960 гг. находились на стационарном лечении по поводу тератомы крестцово-копчиковой области 6 детей и двое (4 и 7 лет) с тератомой яичка.