

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

М. И. Слепов, З. В. Мавлютова, И. П. Мороз, М. М. Минуллин

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—доц. Л. М. Тухватуллина)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина,
Казанский городской онкологический диспансер (главврач—Ф. М. Хайруллин)

Многие вопросы ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований не решены и до сих пор являются весьма актуальными. В СССР, как и во всем мире, увеличивается число больных со злокачественными новообразованиями различной локализации. Вместе с тем отмечено снижение заболеваемости раком шейки матки на 3,7%, которое, по данным статистического отчета Минздрава СССР за 1989 г., связано в последние годы с изменением численности населения и его возрастной структуры [12].

матки — соответственно 5,7 и 4,3, раком яичника — 7,1 и 4,1. Трудно с чем-либо это связать, но, по-видимому, большое значение имеют экологические и социальные факторы.

Судьба больных, страдающих злокачественными опухолями, в значительной степени зависит от квалификации врачей поликлиник. К сожалению, своевременное обращение больных не всегда приводит к установлению раннего диагноза. Причина поздней диагностики заключается в недооценке обнаруженных симптомов, а также в иг-

Заболеваемость злокачественными новообразованиями гениталий по годам

Заболевания	1985 г.		1986 г.		1987 г.		1988 г.		1989 г.	
	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
Рак шейки матки	108	9,9	95	8,8	101	9,3	91	8,4	102	9,3
	280	7,8	223	6,2	287	8,0	271	7,5	315	8,7
Рак тела матки	69	6,4	68	6,3	103	9,5	87	8,0	62	5,7
	162	4,5	131	3,6	197	5,5	210	5,8	158	4,3
Рак яичника	81	8,0	47	4,3	71	6,5	82	7,6	78	7,1
	239	6,6	200	5,7	188	5,2	170	4,7	148	4,1

Примечание. В числителе — показатели по Казани, в знаменателе — по ТССР.

Изучение заболеваемости злокачественными новообразованиями матки и яичников по ТССР и г. Казани указывает на некоторую стабильность этих показателей, особенно по г. Казани (см. табл.). Так, в 1985 г. абсолютное число заболевших раком шейки матки составляло 108 больных, в 1989 г. — 102, раком тела матки — соответственно 69 и 62, раком яичников — 81 и 78. По республике наблюдаются более значительные их колебания: их число в 2—3 раза выше, чем в г. Казани, что соответствует численности населения. Следует отметить, что заболеваемость раком шейки матки на 100 тыс. населения в Татарской республике ниже (8,7), чем в РСФСР (10,0). Однако если сравнить показатели заболеваемости в г. Казани и по ТССР, то в городе они выше. Так, заболеваемость раком шейки матки в расчете на 100 тыс. населения по г. Казани составляет 9,3, по республике — 8,7, раком тела

норировании соответствующих диагностических методов. Кроме того, во многих женских консультациях и гинекологических отделениях больниц нет современной диагностической аппаратуры, цитологической и гистологической служб. В связи с этим выявляемость в начальных стадиях рака шейки составляет 70%, рака матки — 50%, рака яичника — 30%.

Внедрение диагностической аппаратуры (кольпоскопов) и углубленное морфологическое исследование, позволившее изучить глубину инвазии рака в микронах, дали возможность при раке шейки матки выявить начальные, так называемые преинвазивные стадии рака (нечеткость, стертость базальной мембраны, инвазия до 3 мм). Благодаря более детализированной классификации этого заболевания стали возможными сберегательные операции при начальных стадиях рака шейки матки (стадия T1a), в частности ампу-

тация шейки матки или простая экстирпация матки с придатками либо без них (у молодых женщин). В таких случаях в последующем лучевую терапию не проводят, что сохраняет менструальную и гормональную функции яичников. При инвазии более 3 мм производят расширенную экстирпацию матки по Вертгейму; при инвазии не более 5 мм и отсутствии метастазов в регионарных лимфоузлах к лучевой терапии в послеоперационном периоде не прибегают.

Таким образом, благодаря внедрению новых диагностических методов увеличилось число больных, выявленных в начальных стадиях заболевания, хирургическая активность повысилась более чем в 2 раза, была получена возможность перейти к сберегательным операциям с хорошими отдаленными исходами в 94,7% случаев [10].

Результаты лечения больных раком тела матки оказались несколько хуже, что, безусловно, связано с более сложной диагностикой и частыми сопутствующими заболеваниями — ожирением (65%), гипертонией (60%), диабетом (25%). Как известно, с целью улучшения результатов лечения больных раком тела матки Я. В. Бохман [1] в свое время предложил расширить объем оперативного вмешательства. Однако в ходе исследований, проведенных нами у 150 больных раком тела матки, было установлено, что при высокодифференцированных формах рака это не повышает эффективности отдаленных результатов лечения. Объем хирургического вмешательства расширяют в запущенных случаях заболевания и при низкодифференцированных формах рака, так как у каждой второй-третьей больной при этом отмечают метастазы в придатках и в регионарных лимфоузлах. Послеоперационная лучевая терапия показана при глубокой инвазии рака в миометрий.

Отдаленные результаты лечения рака тела матки при высокодифференцированных формах оказались эффективными в 82,6% случаев, а при низкодифференцированных — всего лишь в 45,7% [11]. С целью улучшения результатов лечения рака эндометрия рекомендуется в предоперационном периоде назначать 10—15 г 17-оксипрогестерона (по 500 мг ежедневно), что способствует дифференциации опухоли. После операции дозу препарата следу-

ет увеличить до 60—70 г, что повышает результаты лечения на 10%. Однако у 36% больных эффекта от оксипрогестерона капроната не наблюдается [3]. Успех лечения больных раком тела матки, по-видимому, зависит не столько от расширения объема хирургического вмешательства и гормонотерапии, сколько от ранней диагностики.

С целью своевременной диагностики рака тела матки в женских консультациях и гинекологических отделениях больниц необходимо шире внедрять аспирационные и эндоскопические методы исследования (цитологию, гистероскопию) для более ранней диагностики рака эндометрия в группах повышенного риска.

Среди злокачественных новообразований женских половых органов рак яичников занимает второе место и имеет тенденцию к увеличению, причем смертность от него выше, чем от вместе взятых рака шейки и рака эндометрия [13]. В 70—80% случаев он выявляется в поздних стадиях. От первых симптомов заболевания до постановки правильного диагноза проходит около 6 месяцев, и у 80% больных обнаруживаются метастазы в различных органах. Из-за отсутствия онкологической настороженности немало больных поступают в онкологический диспансер в запущенном состоянии после того, как они длительное время находились под наблюдением терапевтов, гастроэнтерологов и даже гинекологов. Ранняя диагностика рака яичника является, скорее, удачей, чем результатом закономерного обследования.

Показания для включения женщин в группу повышенного риска развития рака яичника четко не определены. Между тем в литературе имеются указания, что у значительного числа таких больных в анамнезе выявляется яичниковая недостаточность, которая выражается в позднем менархе, аменорее, бесплодии, раннем климаксе и менопаузе [8, 9]. Если рак шейки или тела матки характерны для определенного возраста, то опухоли яичника встречаются в любом периоде жизни — от грудного до глубокой старости.

Морфологическая классификация опухолей яичника предусматривает несколько десятков наименований. Одни и те же опухоли могут быть доброкачественными, пограничными и злокачественными, что представляет опреде-

ленные трудности для морфолога. Часто во время операции хирург визуально не может отличить пролиферирующую опухоль от пограничной формы или от ранних стадий рака яичника. Особенно противоречивы оценки степени злокачественности гранулезоклеточных опухолей яичника. Известно, что заболевание независимо от наличия или отсутствия признаков малигнизации в дальнейшем имеет злокачественное течение [4]. В настоящее время в литературе имеются указания, что гранулезоклеточные опухоли более злокачественные, чем это было принято считать ранее [2, 6].

Щадящий характер хирургического вмешательства не всегда является обоснованным. Если женщинам старшего возраста проводят более радикальное вмешательство, то применительно к молодым женщинам и детям бывает очень сложно определить объем операции. Перед хирургом стоит дилемма — что делать? В этом вопросе ему должна помочь операционная экспресс-диагностика. Но, к сожалению, она нередко беспомощна из-за многообразия гистологических форм, наличия в одной опухоли элементов различных морфологических структур, степени злокачественности. Особенно большие трудности при гистологической диагностике вызывают герминогенные опухоли более чем одного гистологического типа (сочетание тератомы с эмбриональным раком, дисгерминомой). Эти компоненты в тератоме могут присутствовать на ограниченном участке и именно они чаще всего дают метастазы [5]. В таких случаях хирург должен ориентироваться на внешние признаки злокачественности — нарушение целостности капсулы, опухоли, сращение опухоли с соседними органами, наличие асцита, метастазы.

Яичник — это парный орган. При операции удаляют опухоль, но причина ее возникновения остается. И то, что способствовало возникновению опухоли в одном яичнике, в дальнейшем может спровоцировать развитие опухоли в другом. Очень интересные данные представлены М. В. Митрохиной и Л. Е. Юрковой [7]. Они показали, что если опухоль яичника была удалена в возрасте до 40 лет, то в дальнейшем в оставшемся яичнике рак возникал в 30,4% случаев, в возрасте от 45 до 49 лет — в 50%, в 60 лет и стар-

ше — в 100%. Поэтому некоторые авторы обоснованно считают, что при потенциально опасных опухолях у больных в возрасте от 40 до 45 лет целесообразно производить радикальную операцию [6, 14].

Таким образом, выживаемость больных раком яичников в начальных стадиях заболевания в значительной степени определяется квалификацией врачей поликлиник, во время операции — правильной оценкой характера и стадии распространения опухолевого процесса, что оказывает влияние на адекватность хирургического вмешательства. Диагностические ошибки и недостаточная радикальность хирургического вмешательства приводят к тому, что 50% больных раком яичника умирают в течение первого года.

Для решения поставленных вопросов необходимо постоянное повышение квалификации врачей, оснащение медицинских учреждений диагностической ультразвуковой и эндоскопической аппаратурой, совершенствование методов операционной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В. Рак тела матки. — Кишинев, 1972.
2. Винокуров В. Л. // Вопр. онкол. — 1989. — № 7. — С. 870—874.
3. Волкова А. Т. Ранняя диагностика, лечение предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки и диспансеризация женского населения. — Тезисы Всесоюзного симпозиума. — Л., 1985.
4. Железнов Б. И. // Акуш. и гин. — 1980. — № 6. — С. 6—11.
5. Кудрявцев В. А., Туратов И. А., Табадзе Н. В., Шабанов М. А. // Педиатрия. — 1987. — № 11. — С. 16—19.
6. Лившиц М. А. Современные подходы к диагностике и лечению опухолей яичников. — Л., 1981.
7. Митрохина М. В., Юркова Л. Е. // Вопр. онкол. — 1988. — № 6. — С. 725—729.
8. Селезнева Н. Д., Железнов Б. И. Доброкачественные опухоли яичников. — М., 1982.
9. Слепов М. И. Функциональное состояние некоторых эндокринных органов у больных раком матки и яичников до и после лечения: Автореф. дисс... докт. мед. наук. — Казань, 1973.
10. Слепов М. И., Муллагалиева А. М., Сухорукова Л. К. и др. О диагностике и лечении начального рака шейки матки: Тезисы докладов VII Республиканской онкологической конференции. — Казань, 1987.
11. Слепов М. И., Галеева С. Л. // Казанский мед. ж. — 1987. — № 1. — С. 27—29.
12. Статистический справочник злокачественных новообразований в СССР и союзных республик. — Минздрав СССР. — М., 1989.
13. Beral V., Franceschi S. Hormones and Sexual Factors in Human Cancer Aetiology. — Amsterdam, 1984.

ADVANCED ASPECTS OF ONCOGYNECOLOGY

M. I. Slepov, Z. V. Mavlyutova, I. P. Moroz,
M. M. Minullin

УДК 616.8—009.832—07:575.191

ПОПУЛЯЦИОННО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕВРОГЕННЫХ ОБМОРОКОВ

М. Ф. Исмагилов, Д. Д. Гайнетдинова

*Кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики (зав.—проф. М. Ф. Исмагилов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Мультифакториальные болезни, то есть болезни с наследственным предрасположением, составляют более 90% в общем спектре патологических заболеваний человека [2, 6]. К этой же группе патологических состояний относят и ряд синдромов вегетативной дисфункции, в том числе некоторые виды рефлекторных или неврогенных обмороков [1, 4]. Механизм генетической передачи последних до сих пор остается неясным.

В целях уточнения генетических и средовых факторов при синкопальных состояниях нами проведено популяционно-генетическое исследование 85 семей, где пробандами служили лица обоего пола детского и подросткового возраста (8—17 лет), страдающие неврогенными обмороками. Наряду с пробандами были обследованы и члены их семей в трех (I, II, III степени родства) поколениях. Всего обследовано 1179 человек. Комплексное обследование включало оценку соматоневрологического статуса с изучением вегетативного гомеостаза и клинических проявлений синкопальных состояний, психологических особенностей личности (тесты Айзенка, Спилбергера), генеалогических данных с акцентом на наличие в роде пароксизмальных расстройств сознания, паразиплептических феноменов (заикание, энурез, ночные страхи, сноговорение, сомнамбулизм, дипсомания, мигрень и др.), наследственных и нейросоматических (ваго- и симпатозависимых) заболеваний. При уточнении характера синкопального пароксизма применяли нейроофтальмологическое, рентгенологи-

Summary

The experience of the leading specialists-oncogynecologists of the republic is presented. The survival rate of patients with ovary carcinoma is stressed to be determined by the diagnosis quality of polyclinic physicians and by true estimation of the pattern and stage of tumor growth during operations. Advanced training for doctors, diagnostic ultrasonic and endoscopic equipment for medical institutions are necessary.

ческое, эхоэнцефалографическое (ЭхоЭС), электроэнцефалографическое (ЭЭГ) и электрокардиографическое (ЭКГ) исследования, включая при необходимости суточное ЭКГ-мониторирование по Холтеру.

Контрольную группу составили 42 семьи, где лиц с обморочными пароксизмами не выявлено. При определении вида обморока мы пользовались классификацией пароксизмальных состояний, предложенной А. М. Коровиным [11]. Основные виды неврогенных обмороков у обследованных пробандов в казанской популяции школьников представлены в табл. 1.

Таблица 1
Основные виды неврогенных обмороков
у пробандов казанской популяции
школьников

Виды обмороков	Число наблюдений	На 100 обследованных
Вазовагальные	66	77,7
простые	64	75,3
судорожные	2	2,3
Ортостатические	14	16,5
Вестибулярные	2	2,3
Смешанные	3	3,5
Все формы	85	100,00

Как видно из данной таблицы, 96,7% всех неврогенных обмороков составляют вазовагальные, ортостатические и смешанные виды. Их патогенетические механизмы и лежащие в их основе нарушения сходны — при обеих формах обмороков речь идет об ослаблении периферического кровотока, определяемого как проявление недостаточности вегетативного обеспече-