

Л. И. Кудрявцева, В. П. Скипетров (Саранск). Гемокоагулирующая и фибринолитическая активность ткани доброкачественных и малигнизованных папиллярных опухолей яичников

Нами изучены гемокоагулирующие и фибринолитические свойства удаленных при операции раковых опухолей яичника и их содержимого у 26 больных, а также 16 образцов папиллярных цистаденом.

Среди больных раком яичников 20 женщин были в возрасте от 50 до 60 лет, 6 — от 60 до 70 лет; из них 21 находилась в менопаузе.

У 21 больной обнаружена III стадия заболевания, при которой, наряду с поражением яичников, имелась диссеминация по брюшине малого таза; местами в опухолевый конгломерат были вовлечены петли кишечника и большой сальник. У 5 женщин оказалась IV стадия рака — отмечались множественные отдаленные метастазы в печень, забрюшинные лимфатические узлы и т. д.

У 20 больных было двустороннее поражение яичников, у 5 женщин опухоль исходила из правого яичника, у одной — из левого. Гистологическая структура удаленных опухолей — папиллярная цистаденокарцинома.

Из 16 больных с доброкачественными опухолями яичников 11 женщин были в возрасте от 50 до 60 лет, 5 — от 60 до 70 лет. В менопаузе находились 11 больных, у 3 женщин наблюдались кровотечения ациклического характера, у 2 — регулярный менструальный цикл.

Опухоль исходила из правого яичника у 12 больных, локализовалась слева — у 3, справа и слева — у одной. При гистологическом исследовании обнаружена папиллярная цистаденома.

В качестве контроля были изучены экстракти яичников трупов женщин в возрасте от 50 до 60 лет, умерших не от гинекологических заболеваний. Операционный и трупный материал взят в первые сутки после операции и вскрытия. Тканевые экстракти готовили из расчета 1 г ткани на 9 мл изотонического раствора хлорида натрия.

Исследования показали, что экстракти яичников и их опухолей обладают выраженным тромбопластическими свойствами. Экстракти ткани яичников в контроле сокращают время рекальцификации бестромбоцитной плазмы и увеличивают утилизацию в ней протромбина до разведения в 50 000 раз, экстракти кистом и раковых опухолей — до разведения в 100 000 и 500 000 раз соответственно, содержимое опухолей проявляет подобное действие до разведения в 1000 раз.

Наличие тромбопластина в яичниках и их опухолях подтверждается действием экстрактов на толерантность плазмы к гепарину. Экстракти яичников в контроле уменьшают время этого теста в 3,5 раза, экстракти кистом — в 5,2 раза, опухолей — в 7 раз, содержимое опухолей — в 3,6 раза.

Повышение толерантности плазмы к гепарину обусловлено не только наличием тромбопластина. Добавление экстрактов к гепаринизированной плазме сокращает ее тромбиновое время, что указывает на присутствие в яичниках, их опухолях и в содержимом опухолей антител к гепарину. Экстракти яичников в контроле уменьшают время этого теста в 3 раза. Эти данные свидетельствуют об усилении тромбогенной активности тканей раковых опухолей яичников.

Наряду с веществами, стимулирующими свертывание крови, яичники и их опухоли содержат вещества, ингибирующие гемокоагуляцию. Экстракти контрольных яичников удлиняют протромбиновое время обычной плазмы на 27,5%, безакцелериновой плазмы — на 22,6%, экстракти доброкачественных опухолей — на 23,8% и 98,7%, что указывает на антикоагулянтную активность изучаемых тканей. Экстракти раковых опухолей на протромбиновое время действуют противоположным образом, уменьшая его в обычной плазме на 16,5%, в безакцелериновой — на 21,5%, что свидетельствует о снижении антикоагулянтных свойств раковой опухоли яичников.

По действию экстрактов в III стадии гемокоагуляции мы можем судить о наличии в яичниках субстанций с антикоагулянтной активностью. Время свертывания плазмы тромбином в присутствии вытяжек контрольных яичников удлиняется на 62,5%, экстрактов кистом — на 160%, раковых опухолей — на 21,8% и содержимого опухолей — на 30,2%. Эти данные подтверждают, что в стенке доброкачественных опухолей содержится особенно большое количество антипротромбиновых веществ.

Вытяжки опухолей обладают фибриназной активностью, замедляя растворение сгустка фибрин-полимера в щавелевокислой мочевине. Кистомы удлиняют время лизиса на 12%, раковые опухоли — на 22,3%, содержимое опухолей — на 50%. В контроле фибринстабилизирующих свойств мы не обнаружили.

При определении фибринолитической активности установлено, что содержимое опухолей заметно тормозит фибринолиз, проявляя антифибринолитическое действие.

По результатам наших исследований видно, что ткани яичников содержат довольно активные тромбопластические, антигепариновые, антикоагулянтные агенты, активаторы и ингибиторы фибринолиза. Ткани папиллярной кистомы яичника обладают более выраженным тромбопластическим, антикоагулянтным, фибринстабилизирующими свойствами, чем ткани здоровых яичников. При раковом перерождении папил-

лярной кистомы тромбопластические, фибринстабилизирующие, антигепариновые свойства повышаются, а антикоагулянтные и фибринолитические снижаются.

Считается, что повышение содержания тромбопластина в раковых опухолях способствует росту опухоли, а усиление фибринстабилизирующих и снижение фибринолитических свойств раковых опухолей обеспечивают более продолжительное сохранение фибрина, улучшая их тромбообразование. По-видимому, усиление тромбогенного потенциала крови при злокачественных опухолях, в том числе при раке яичников, обусловлено поступлением в общий кровоток тромбопластических субстанций самой раковой опухоли.

УДК 616.147.22—007.64—031.4—089.8

А. М. Некрасов, В. А. Спирин, Ю. И. Митряев, В. М. Попков (Саратов).
Хирургическое лечение левостороннего варикоцеле

Варикозное расширение вен семенного канатика относится к числу патологических состояний, генез которых во многом неясен, а методы лечения весьма несовершенны.

С 1973 г. в нашей клинике прооперировано 526 больных с левосторонним варикоцеле. По возрасту они распределялись следующим образом: 10—15 лет — 214 (40,7%) больных, 16—20 лет — 249 (47,3%), 21—25 лет — 33 (6,3%), 26—30 лет — 14 (2,7%), 31 года и старше — 16 (3,0%) пациентов. У всех больных констатировано варикоцеле II—III степени. Для уточнения генеза левостороннего варикоцеле, хирургической анатомии яичковой вены и определения уровня иссечения вены у 126 больных производили селективную венографию левой почки по Сельдингеру и у 6 — сперматиковенографию слева. По данным венографии у 98 больных обнаружили заполнение контрастным веществом яичковой вены (почечно-яичковый венозный рефлюкс).

В целях ликвидации обратного тока крови по яичковой вене и варикозного расширения вен семенного канатика слева мы производили высокое ретроперитониальное иссечение этой вены на протяжении 4—5 см.

Методика нашей операции отличается от способа Франга. Разрезом длиной 6—8 см слева выше уровня spina iliaca ant. supex, послойно рассекаем ткани передней брюшной стенки, тупо отводим париетальную брюшину медиально. Мобилизуем в верхней трети яичковую вену и иссекаем ее на протяжении 4—5 см. При нескольких стволах вены (2—3) иссекаем каждый в отдельности. Краинальный конец пересеченной вены лигируем шелком, а перевязку каудального конца производим после эвакуации крови из гроздевидного сплетения семенного канатика (путем сдавления гроздевидного сплетения). Таким образом, освобождение от крови расширенных вен семенного канатика из дистального отрезка пересеченной вены дает непосредственный положительный эффект и указывает на правильную технику выполнения операции, так как имеется вероятность пересечения и лигирования вен мочеточника. Переднюю брюшную стенку послойно ушиваем наглухо.

По описанной методике прооперирован 471 больной с хорошим непосредственным результатом. Только у одного пациента в послеоперационном периоде возникло осложнение — гематома забрюшинного пространства, потребовавшая повторного оперативного вмешательства. Из 471 больного через год после операции осмотрено 302 человека, из них у 6 (2,0%) отмечен рецидив варикоцеле. Рецидивы мы объясняли ретроградным током крови по наружной яичковой вене из мочеполового сплетения и множественными анастомозами яичковой вены. У 20 (6,6%) больных после высокой перевязки и иссечении яичковой вены возникла водянка левого яичка. Все 20 пациентов прооперированы нами через 9—15 мес после операции по поводу варикоцеле. Вторичная водянка, развивающаяся после перевязки яичковой вены, имеет сложный патогенез. Важное место в механизме образования водянки занимает нарушение лимфатического оттока, так как при пересечении вены пересекаются и лимфатические сосуды.

Больным с варикоцеле необходимо проводить предварительную селективную венографию, которая позволит определить причину варикозного расширения вен, выявить анатомические варианты строения яичковой вены и получить данные, необходимые для выбора объема оперативного вмешательства.

Наш опыт свидетельствует о том, что высокая перевязка и иссечение левой яичковой вены при варикоцеле в настоящее время могут служить одним из вариантов оперативного вмешательства.