

функций и гормональной перестройки организма больных с патологическим климаксом и показателей уровня серотонина в крови, являющегося одним из нейромедиаторов, участвующих в регуляции нейросекреторных функций гипоталамуса. С этой целью мы исследовали содержание серотонина в периферической крови [2].

Таблица 2

Концентрация серотонина в крови у больных с патологическим климаксом до и после курса иглорефлексотерапии

Группы обследованных	Число женщин	Концентрация серотонина (мкмоль/л)	
		до лечения	после лечения
Здоровые женщины	10	$0,910 \pm 0,051$	—
Женщины с физиологическим климаксом	10	$0,746 \pm 0,045$	—
Больные с патологическим климаксом	50	$0,562 \pm 0,032$	$0,851 \pm 0,052$

Как видно из табл. 2, у больных с патологическим климаксом до начала лечения отмечалось значительное снижение уровня серотонина в крови ($P < 0,05$). После курса иглорефлексотерапии у большинства из них на фоне положительного клинического эффекта наблюдалось увеличение содержания серотонина в крови ($P < 0,05$). У 6 больных при повышенной исходной концентрации серотонина после лечения отмечалась тенденция к его нормализации. Гиперсеротонинемия у этих больных, по-видимому, объясняется наличием сопутствующих заболеваний — гипертонической болезни, хронического холецистита. Ряд авторов считают, что серотонин оказывает стимулирующее воздействие на гипоталамо-гипофизарную систему и вызывает увеличение образования либеринов [3, 5]. Признавая эту концепцию правомерной, можно допустить, что одним из звеньев лечебного воздействия иглорефлексотерапии у данного контингента больных служит нормализация уровня серотонина, приводящая к положительным сдвигам в состоянии нейроэндокринного гомеостаза.

Результаты исследования позволяют рекомендовать иглорефлексотерапию при патологическом климаксе как метод коррекции нарушенных физиологических процессов, регулирующих специфические функции организма женщины. Данную терапию можно назначать как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Руководство по клинической эндокринологии. Л., Медицина, 1977.
2. Герасимова Ц. И. Лаб. дело, 1977, 1.
3. Горизонтов П. Д. Гомеостаз. М., Медицина, 1981.
4. Жмакин К. Н. Гинекологическая эндокринология. М., Медицина, 1980.
5. Науменко Е. В., Попова Н. К. Серотонин и мелатонин в регуляции эндокринной системы. Новосибирск, Наука, 1975.
6. Нечушкин А. И., Гайдамакина А. М. Тезисы докл. научно-практ. конференции. Астрахань, 1979.
7. Юдаев Н. А., Евтихина З. Ф. В кн.: Современные вопросы эндокринологии. М., 1972, вып. 4.

Поступила 2 ноября 1982 г.

УДК 618.12—006.6—07

ДИАГНОСТИКА РАКА МАТОЧНЫХ ТРУБ

З. Ш. Гилязутдинова, М. И. Слепов, З. В. Мавлютова, Л. Д. Пароник, А. М. Муллагалиева

Республиканский (главрач — А. К. Мухамедьярова) и городской (главрач — И. В. Назимов) онкологические диспансеры, кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Диагностика рака маточных труб остается сложной, особенно в его начальной стадии, несмотря на анамнез, который содержит ориентирующие сведения и наличие характерных симптомов заболевания. В анамнезе у таких больных имеются указания на хронические воспалительные процессы, протекающие в придатках матки, бесплодие трубного генеза. Почти у 78% женщин в подобных случаях наблюдаются

обильные жидкие выделения опалесцирующего желтого или янтарного цвета вследствие лимфореи, в последующем с примесью крови; коликообразные или схваткообразные боли сопровождаются выделениями, при перфорации трубы или ее перекруте возможна картина острого живота. При распространении процесса повышается температура и нарушается функция смежных органов. При вагинальном исследовании у 84% больных в области придатков выявляются колбасовидные или неправильной формы образования местами тугоэластической, кое-где мягковатой или плотноватой консистенции, почти безболезненные.

Несмотря на эти характерные симптомы рака маточных труб, которые, как правило, сопровождают течение заболевания, данные литературы и наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что до лапаротомии диагноз указанного заболевания затруднителен и ставится очень редко.

С 1974 по 1982 г. мы курировали 45 больных с первичным раком маточных труб (в возрасте от 37 до 71 года, в среднем 54 года). В менопаузе более 2—3 лет были 40 женщин. В анамнезе у 39 выявлено позднее наступление менархе — в 17 и более лет. Почти половина больных в прошлом страдала воспалением придатков матки и длительно лечилась по поводу бесплодия. У остальных было от 1 до 7 беременностей. Все больные жаловались на бели или кровянистые выделения в течение нескольких месяцев (у некоторых женщин — до 2 лет). При этом кровянистые выделения чередовались с водянистыми белями. Боли были постоянного характера с локализацией внизу живота либо приступообразными по типу колик.

При направлении в стационар только у 2 больных был заподозрен рак маточных труб, остальные поступили в гинекологическое отделение онкологических диспансеров с диагнозом: миома тела матки, опухоль яичников, рак матки или прямой кишки.

При влагалищном исследовании у 37 женщин в области придатков матки выявлялись неподвижные опухолевидные образования неправильной формы различной консистенции. При цитологическом исследовании влагалищных мазков и аспирата из полости матки у 18 больных были обнаружены группы клеток с полиморфными и гиперхромными ядрами, голые ядра и выраженная дисплазия цилиндрического эпителия; у 4 женщин в аспирированной жидкости из дугласового пространства были найдены комплексы клеток папиллярного рака.

Метросальпингография проведена у 19 пациенток. При этом у 13 установлены изменения, характерные для рака труб (неровность контуров, дефекты наполнения); у остальных 6 больных трубы оказались непроходимыми в интрамуральных отделах.

Несмотря на тщательное обследование, рак маточной трубы диагностирован до операции у 20 больных, остальные 25 женщин были взяты на хирургическое лечение с различными диагнозами: доброкачественные и злокачественные опухоли яичников (16), рак тела матки (5), быстрорастущая миома матки (1) и опухолевидное образование придатков матки (3).

Всех больных лечили комбинированным методом. Во время операции у них были обнаружены следующие изменения: от четкообразных увеличений труб до гигантских ретортообразных образований, которые занимали всю полость малого таза. У 10 больных опухолевый конгломерат состоял из матки, труб, яичников, петель тонкого и толстого кишечника, пораженных раковой опухолью.

Объем хирургического вмешательства зависел от анатомических изменений в половом аппарате и в смежных органах, вовлеченных в процесс. У 4 больных ограничили пробой лапаротомией из-за обширного распространения ракового процесса. У остальных произведена экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками, у 18 — одновременно экстирпация или резекция большого сальника и у 5 — тазовая лимфаденэктомия.

При гистологическом исследовании удаленных органов в трубах установлен папиллярный или альвеолярный рак, при этом у 18 больных он оказался двусторонним. Метастазы в яичник выявлены у 8 женщин, в матку — у 4, в сальник — у 8, в область пупочного кольца — у 2, в регионарные тазовые лимфоузлы — у 1. Дополнительно у 7 больных обнаружена миома матки, у 4 — доброкачественные опухоли яичников (серозная цистаденома, текома), у 1 — саркома яичника.

Таким образом, у 12 женщин оказались первично-множественные опухоли.

В послеоперационном периоде 7 пациенток получили лучевую терапию, остальные — химиотерапию (тиотэф, циклофосфан, сарколизин). Продолжительность жизни больных после операции по поводу рака маточных труб зависела от своевременной диагностики заболевания, объема хирургического вмешательства и дальнейшего лечения.

С целью ранней диагностики рака маточных труб можно рекомендовать следующие методы исследования: 1) тщательный сбор анамнеза с учетом наличия хронических воспалительных процессов придатков матки, бесплодия и с момента заболевания жалоб на кровянистые или сукровичные выделения; 2) многократную вакуум-аспирацию и вакуум-биопсию эндометрия с интервалом в 2—4 дня; 3) гистеросальпингографию, а при необходимости биконтрастную гинекографию.

Рентгенологическое исследование выявляет характерные для данного заболевания признаки: увеличение трубы или труб (при двустороннем процессе) с запаянным ампулярным концом, изъеденными контурами и с симптомом интравазации. Гистеросальпингографию следует выполнять водным контрастом без давления, осторожно. Применение водных растворов после соответствующей подготовки больной снижает степень риска возникновения жировой эмболии и пельвеоперитонита.

Применяя эти методы исследования в комплексе можно своевременно до операции поставить диагноз рака маточных труб.

Поступила 24 марта 1983 г.

УДК 618.19—006.3.04—089.8

О САРКОМАХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. С. Абдуллин, В. В. Сараев, И. А. Большакова

Курс онкологии (зав.—доц. А. С. Абдуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Казанский городской онкологический диспансер (главврач—заслуж. врач ТАССР И. Б. Нагимов)

Вопрос о частоте поражения молочной железы саркомами различного генеза и саркомоподобными опухолями до настоящего времени остается дискуссионным. Согласно литературным данным, это относительно редкое заболевание составляет от 0,34% до 12% [8] всех злокачественных новообразований данного органа. Столь значительная разница в показателях частоты сарком молочной железы объясняется тем, что некоторые авторы [8, 10] относят листовидные опухоли к истинным саркомам молочной железы. По сведениям большинства исследователей, дифференцирующих саркомы молочной железы на саркомы, развившиеся из стромальных элементов железы и малигнизированных предшествующих фиброаденом и филоидных фиброаденом, саркома молочной железы занимает не более 0,84%—2% [2, 6] в структуре злокачественных опухолей этого организма, что соответствует общей частоте сарком мягких тканей [3].

До настоящего времени остается открытым вопрос о гистоморфологической классификации сарком молочной железы. Так, А. В. Смольяников (1976) вполне справедливо утверждает, что при гистологической верификации опухоли необходимо определять степень дифференцировки с ориентацией на менее дифференцированные участки, так как именно они определяют течение и прогноз заболевания. Как видно из литературных данных, более злокачественными являются низкодифференцированные фибросаркомы, рецидивирующие в 75,6% и метастазирующие в 24,4% случаев по сравнению с дифференцированными фибросаркомами, рецидивирующими в 42,3% наблюдений и протекающими без метастазов [5], что свидетельствует об обязательности такого гистологического заключения, поскольку оно позволяет составить полноценную клинко-анатомическую характеристику опухоли, способствуя правильной организации лечебных мероприятий.

До настоящего времени нет единого мнения о степени злокачественности листовидной опухоли молочной железы, описанной в 1838 г. Мюллером под названием *cystosarcoma phylloides*. Листовидная опухоль является одним из промежуточных звеньев в морфологической цепи: фиброаденоматоз — листовидная опухоль — саркома. Нельзя не согласиться с мнением, что представление о полной доброкачественности листовидной опухоли следует пересмотреть в сторону вероятно большей ее злокачественности, поскольку около 1/3 сарком развивается из листовидной опухоли молочной железы [6, 7].

Нами подвергнуты ретроспективному анализу данные о 3892 больных, оперированных с 1966 по 1980 г. по поводу новообразований молочной железы. Злокачественные новообразования были диагностированы у 1326 больных (34%), доброкачественные опухоли — у 2566 (66%). Из общего числа оперированных по поводу злокачественных новообразований молочной железы саркома выявлена у 11 женщин, что составило 0,83% по отношению к раку этого органа. У 3 больных саркома была