

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 (главрач—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

стромального происхождения с различной степенью дифференцировки; у 8 она развивалась из мезенхимального компонента предшествующей фиброаденомы, из них у 4 женщин констатирована фибросаркома, у 3 — полиморфноклеточная и у 1 — веретеноклеточная саркома. Все наши наблюдения касаются женщин в возрасте от 31 до 61 года (средний возраст — 45,9 лет). Поражение правой молочной железы было у 7 женщин, левой — у 4.

Длительность заболевания у женщин с саркомой, развившейся из стромальных элементов молочной железы, составляла от 3 нед до 2 мес. Все больные отмечали быстрое увеличение размеров опухоли, что является патогномичным клиническим признаком саркомы молочной железы. Продолжительность существования продормальной опухоли у больных саркомой мезенхимального происхождения имела весьма широкий диапазон: от 1 мес до 19 лет (в среднем 39,1 мес).

Едва ли нужно утверждать или отрицать высказывания о том, что саркомы, развившиеся из фиброаденомы, встречаются у женщин в пременопаузальном периоде, а стромальные саркомы чаще возникают у женщин, находящихся в менопаузе [4]. Однако недостаточное количество материалов, имеющих у большинства авторов, не позволяет сделать окончательные выводы. Мы в своих наблюдениях отметили совершенно противоположное. Все 3 женщины с саркомками стромального происхождения находились в пременопаузальном периоде. Саркомы, развившиеся из фиброаденомы, были у женщин, находящихся как в активном репродуктивном периоде, так и в глубокой менопаузе.

В обоих наших случаях прослежена картина рецидивирования и трансформации доброкачественной фиброаденомы в филоидную опухоль, а затем в саркому молочной железы. В качестве примера приводим одно из наблюдений.

П., 46 лет, в течение 5 лет наблюдалась в поликлинике Казанского городского онкологического диспансера по поводу опухолевидного образования правой молочной железы. За это время отмечался медленный рост опухоли. В феврале 1971 г. больной была произведена секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием операционного препарата. Гистологически: интраканаликулярная фиброаденома.

Через год в области операционного рубца была обнаружена опухоль с тенденцией к быстрому росту, по поводу которой больная оперирована повторно. Во время повторной секторальной резекции удалена опухоль размером 3×3 см, с четкими контурами, в капсуле. Патогистологическое заключение: филоидная фиброаденома молочной железы.

После второй операции больная в течение 6 лет была здорова, признаков рецидивирования опухоли не отмечалось. В третий раз обратилась по поводу обнаруженной вскоре после наступления климакса опухоли в области операционного рубца, которая за несколько месяцев достигла значительной величины и к моменту обращения была размером 9×8 см, с четкими контурами. Опухоль не спаяна с кожей, последняя над ней несколько растянута, с выраженным венозным рисунком. После цитологической верификации и курса предоперационной лучевой терапии (суммарная доза 7757 рад) больной произведена мастэктомия по Холстеду. Макропрепарат: опухоль в верхненаружном квадранте молочной железы представляет собой округлой формы бугристый узел, не спаянный с кожей, 8×7 см, плотный, на разрезе серо-розового цвета, слоистого строения. В жировой клетчатке подмышечной области обычной консистенции до 0,5 см в диаметре лимфоузлы. Гистологическое заключение: фибросаркома на фоне листовидной фиброаденомы, метастазов в лимфоузлах не обнаружено.

После выполнения радикальной операции больная жива более 5 лет без признаков рецидива и метастазов.

Подобное течение опухолевидного процесса наблюдалось и у больной С., 42 лет, которая также оперирована вначале по поводу фиброаденомы, филоидной фиброаденомы, а затем фибросаркомы молочной железы. Больная жива более двух лет без признаков генерализации процесса.

В обоих случаях наибольший интерес представляет совпадение трансформации филоидной фиброаденомы в саркому со значительными эндокринными изменениями в организме женщин, связанными с наступлением климакса. Участие таких эндокринных факторов в генезе фиброаденом и листовидных фиброаденом, и в первую очередь различных физиологических и патологических состояний яичников, отмечено в литературе [1, 9].

Очевидно, не меньшую роль в трансформации доброкачественных фиброаденом в саркому играют частые «эндокринные бури» в организме женщин, обусловленные прерыванием беременности. Так, в 3 наших наблюдениях саркома развивалась у женщин в возрасте 31, 39 и 41 года, перенесших 14, 19 и 11 беременностей, из которых только по две заканчивались родами. У двух женщин саркома возникла из

предшествовавших фиброаденом, по поводу которых они длительное время находились под контролем. Обе больные при поступлении после произведенного незадолго до обращения аборта отмечали начало бурного роста длительно существовавшей и не беспокоившей их ранее опухоли. Диагностика в этих случаях не вызывала затруднений. У всех 3 женщин гистологически была идентифицирована низкодифференцированная фибросаркома, у 2 — с множественными метастазами в подмышечные и подключичные лимфатические узлы. Несмотря на проведенное им комплексное лечение, через 2 и 10 мес с момента его начала констатировано развитие метастазов в легких и печени. Через 3,5 и 12 мес больные погибли в результате генерализации процесса. Третья больная, не имевшая метастазов в лимфоузлах, жива более 5 лет после комбинированного лечения: мастэктомии по Холстеду и химиотерапии бензотэфом в суммарной дозе 480 мг. Все это подтверждает данные [5] о значительно большей злокачественности низкодифференцированных фибросарком, метастазирующих как лимфогенным, так и гематогенным путем.

Вопрос о лечении сарком молочной железы до настоящего времени остается дискуссионным в связи с тем, что некоторые авторы, включающие в группу сарком листовидные опухоли, считают саркому молочной железы менее злокачественным новообразованием, чем рак, и, очевидно, поэтому предлагают ограничиваться расширенной секторальной резекцией, простой ампутацией молочной железы.

Во всех 11 наших наблюдениях тактика оперативного вмешательства сводилась к типичной мастэктомии по Холстеду. У 8 женщин радикальной мастэктомии предшествовала секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием удаленной опухоли. У 3 больных диагноз подтвердился цитологически, и мастэктомия была выполнена без предварительной секторальной резекции. 2 пациентки получали комплексное лечение, одна — курс предоперационной лучевой терапии, одна курс лучевой терапии в послеоперационном периоде и еще одна — хирургическое лечение с химиотерапией.

Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Заживление раны у всех больных шло первичным натяжением. Летальных исходов, связанных с операцией, не было.

У 9 больных после лечения признаков рецидива и отдаленных метастазов не обнаружено: из них одна больная находится под наблюдением более 15 лет, 3 — более 10 лет, 2 — более 5 лет, 1 — более 4 лет, 2 — более 2 лет.

Наши материалы позволяют заключить, что отдаленные результаты лечения сарком молочной железы во многом зависят от гистогенеза опухоли, степени дифференцировки, наличия или отсутствия регионарных метастазов и, очевидно, аналогичны таковым при раке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М. М. Патология дисгормональных заболеваний и рак молочной железы. М., 1958.— 2. Кукин Н. Н. Диагностика и лечение заболеваний молочной железы. М., Медицина, 1972.— 3. Раков А. И., Чехарина Е. А. Злокачественные опухоли мягких тканей, конечностей и туловища. Л., Медицина, 1968.— 4. Сапожников А. А., Зимина Л. Н. *Вопр. онкол.*, 1973, 7.— 5. Смольяников А. В. Руководство по патологоанатомической диагностике опухолей человека. М., Медицина, 1976.— 6. Фикс А. Ф. *Клин. хир.*, 1965, 5.— 7. Фролова О. П. В кн.: *Материалы по борьбе со злокачественными опухолями*. Уфа, 1958, т. 11.— 8. Geist E., Wilenski A. *Ann. Surg.*, 1915, 62, 11.— 9. Lamona F. *Tumori*, 1960, 46, 2.— 10. Finsterer V. *Dtsch. Z. Chir.*, 1907, 86.

Поступила 11 декабря 1982 г.

УДК 616.13/16—02:616.—006.6—002.4

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ СПОНТАННЫХ НЕКРОЗОВ ОПУХОЛЕЙ ОТ ИХ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

С. Б. Петров

Кафедра патологической анатомии (зав.— проф. В. А. Добрынин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Среди факторов, приводящих к спонтанной гибели опухолевых клеток *in vivo*, чрезвычайно важным является нарушение питания опухоли, зависящее, в частности, от характера внозь образованных сосудов, интенсивности ангиогенеза, ангиоархитектоники [4, 5]. Для изучения этих характеристик сосудистого русла авторы поль-