

дения. Осложнений не отмечено. Перспективным оказался и метод вакуум-аспирации с последующей контрацепцией. Будучи безболезненным и безопасным, он также целесообразен.

Следовательно, проблема искусственного аборта до сих пор остается актуальной. Аборты наносят женщине психическую и физическую травму, ведут к снижению рождаемости. В связи с этим врачам женской консультации необходимо глубже вникать в медицинские и социально-психологические причины, побудившие к прерыванию беременности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Бодяжина В. И.*//Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов.— М., Медицина. 1978.— 2. *Давыдов С. Н.*//Трубное бесплодие.— М., Медицина. 1977.— 3. *Купцова Л. Ю.*//В кн.: Проблемы гигиены и организации здравоохранения в Узбекистане.— Ташкент. 1974.— Вып. 2.— С. 10—12.

Поступила 17.01.86.

УДК 618.14—006.6—089.87

## ОБ ОБЪЕМЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

*М. И. Слепов, С. Л. Галеева*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканский онкологический диспансер (главрач — заслуж. врач РСФСР и ТАССР А. К. Мухамедьярова) МЗ ТАССР*

Вопрос об оптимальном объеме хирургического вмешательства у больных раком тела матки остается предметом дискуссии. В большинстве отечественных и зарубежных клиник наиболее часто выполняется простая экстирпация матки с придатками. Расширенная экстирпация матки по Вертгейму применяется редко из-за сложности ее проведения у больных пожилого возраста, страдающих ожирением, гипертонической болезнью, диабетом.

В последние годы для хирургического лечения больных раком тела матки предложена модификация расширенной экстирпации, так называемая экстирпация матки с придатками и двусторонней регионарной тазовой лимфаденэктомией, которая учитывает анатомическую зону лимфатического метастазирования [1]. Вместе с тем литературные данные последних лет свидетельствуют о том, что пятилетняя выживаемость больных после простой и расширенной экстирпации матки не имеет существенных различий [2, 3].

Для решения вопроса об адекватности объема хирургического вмешательства проведено обследование и лечение 150 больных раком тела матки. Пациентки были в возрасте от 40 до 78 лет (средний возраст — 56 лет), 123 женщины были старше 50 лет. 65% больных страдали ожирением, 60% — гипертонией и 25% — диабетом. Триада признаков, характерных для рака тела матки (ожирение, сахарный диабет и гипертоническая болезнь), сочеталась часто по анамнезу с нарушениями овуляции, менструальной и репродуктивной функций. Так, у 53 больных менструации появились в возрасте от 16 до 23 лет. Первичное бесплодие наблюдалось у 28 женщин, вторичное — у 41.

96 из 150 больных поступили в стационар с морфологически подтвержденным диагнозом по результатам гистологического исследования соскоба эндометрия; у 54 диагноз был поставлен на основании данных аспирационной биопсии, цитологического и гистологического исследования полученного материала. Данные гистологического и цитологического изучения совпадали в 85% случаев. При отрицательных результатах анализа аспирата проводили фракционное выскабливание полости матки.

По морфологической структуре у 35 больных была низкодифференцированная, у 115 — высокодифференцированная аденокарцинома.

Для решения вопроса о распространении рака у 35 больных была выполнена гистероцервикография. У них на гистероцервикограммах отчетливо были видны грубая складчатость, изъеденность контуров матки, значительные дефекты наполнения. Рентгенологические исследования позволили еще до операции выяснить распространенность раковой опухоли.

У 15 больных была проведена нижняя лимфография, но ни у одной больной мы не выявили достоверных или косвенных признаков, свидетельствующих о наличии метастазов в регионарных лимфоузлах. При операции в удаленных лимфоузлах были обнаружены лимфогрануломы.

У 90 из 150 больных была произведена простая экстирпация матки с придатками, у 5 больных с распространением рака на цервикальный канал и шейку матки — расширенная экстирпация матки по Вертгейму и у 55 — экстирпация матки с придатками и двусторонней тазовой лимфаденэктомией. В дальнейшем все больные были подвергнуты лучевой терапии. В запущенных случаях болезни назначали гормональную терапию (оксипрогестерон капронат), меняя дозировку препарата каждые 2 месяца в течение полугода — сначала по 500 мг внутримышечно ежедневно, затем — по 500 мг 3 раза в неделю и в последующем по 500 мг 2 раза в неделю.

При распространении ракового процесса на нижнюю треть тела матки, цервикальный канал, глубокой инвазии в миометрий выполняли экстирпацию матки с придатками и двусторонней лимфаденэктомией.

В таблице представлены результаты лечения больных раком тела матки.

Результаты лечения больных раком тела матки

Аденокарцинома	n	Простая экстирпация	Расширенная экстирпация	Метастазы		Через 5 лет	
				в лимфоузлах	в придатках	умерло	живы
Высокодифференцированная . . . . .	115	80	35	1	5	20	95 (82,6%)
Низкодифференцированная . . . . .	35	10	25	8	14	19	16 (45,7%)
Всего . . . . .	150	90	60	9	19	39	111 (74%)

У большинства больных с низкодифференцированным раком матки производили модификацию расширенной экстирпации матки по Я. В. Бохману [1] или расширенную экстирпацию матки по Вертгейму. У каждой третьей женщины были обнаружены метастазы в регионарных лимфоузлах и почти у каждой второй — в придатках матки, в то время как у больных с высокодифференцированными формами рака метастазы в лимфоузлах были выявлены только у одной из 35 больных, перенесших расширенную экстирпацию матки по Я. В. Бохману. Метастазы в придатках матки встречались также значительно реже (4,3%), в лимфоузлах — в основном по ходу внутренней подвздошной артерии и запирательной области.

После расширенной экстирпации матки у 5 (8,3%) больных возникли лимфатические кисты, в дальнейшем при дренировании параметрального пространства силиконовыми трубками они не появлялись. Все больные с метастазами в лимфоузлах погибли в первые 2—3 года после операции и последующей дистанционной лучевой терапии от дальнейшего метастазирования в парааортальные лимфоузлы, тазовые кости, бедро и от интоксикации. Назначение больших доз 17-оксипрогестерон-капроната, повторного курса лучевой терапии не давало в запущенных случаях положительного результата.

Представленные данные свидетельствуют об отсутствии необходимости расширения объема хирургического вмешательства у больных с высокодифференцированными формами рака тела матки. В большинстве случаев адекватной является простая экстирпация матки с придатками. Показаниями для расширения объема хирургического вмешательства при высокодифференцированном раке служат глубокое врастание опухоли в миометрий или прорастание его в цервикальный канал, наличие метастазов в придатках, что также свидетельствует о распространности злокачественного процесса. Однако расширение объема хирургического вмешательства мало улучшает отдаленные результаты лечения (74%).

Низкодифференцированные формы рака тела матки прогностически значительно менее благоприятны. Их сравнительно быстрое метастазирование в придатки, тазовые лимфоузлы вызывает необходимость производить расширенную экстирпацию матки по Вертгейму или ее модификацию по Я. В. Бохману.

Однако результаты лечения низкодифференцированных форм рака тела матки также нельзя считать удовлетворительными несмотря на расширение объема хирургического вмешательства.

Улучшения результатов лечения больных раком тела матки нужно ожидать, по-видимому, не столько от расширения объема хирургического вмешательства, сколько от ранней диагностики этого заболевания. Рак тела матки, как известно, диагностируется в I стадии только у 20% больных. В большинстве случаев обнаруживаются значительное распространение рака по эндометрию, врастание опухоли в миометрий, прорастание в цервикальный канал. Отсутствие метастазов в тазовых лимфоузлах не исключает метастазирования в парааортальные лимфоузлы при глубоком прорастании рака в области тела и дна матки, при метастазах в придатках.

С целью своевременной диагностики рака тела матки необходимо шире проводить санитарно-просветительную работу среди женщин пенсионного возраста, поскольку кровянистые выделения в менопаузе в 30% случаев связаны с бластоматозным процессом. С целью своевременной диагностики рака тела матки в женских консультациях следует шире применять аспирационные методы исследования содержимого полости матки с последующим цитологическим и гистологическим его изучением, при этом особое внимание надо уделять женщинам группы повышенного риска. Только раннее выявление и своевременная адекватная комплексная терапия (хирургическое вмешательство, лучевая и гормональная терапия) могут улучшить результаты лечения рака тела матки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Божман Я. В. // Рак тела матки. — Кишинев, Штиинца, 1972. — 2. Вехова Л. И. и соавт. // В кн.: Профилактика, ранняя диагностика и комплексное лечение рака тела матки. Тезисы Всесоюзного симпозиума. — Л., 1981. — 3. Вишневецкая Е. Е. и соавт. // Там же.

Поступила 17.06.86.

УДК 616—006.6—02:616.428—005.93:612.135

### ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ПРОЦЕССЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА

Д. Э. Цыплаков

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

Одним из первых барьеров на пути метастазирования злокачественных опухолей являются регионарные лимфатические узлы. Несмотря на значительное число исследований недостаточно изучено состояние кровеносного микроциркуляторного русла регионарных лимфатических узлов при раках. Имеющиеся в литературе работы единичны [6, 7].

С целью изучения кровеносного микроциркуляторного русла лимфатических узлов, регионарных по отношению к опухоли, и возможной роли обнаруженных изменений в метастазировании рака были исследованы лимфоузлы, полученные от 70 больных во время операций по поводу рака желудка, легкого, молочной железы, пищевода и кишечника. Мужчин было 52, женщин — 18; средний возраст — 54,9 года.

Приготовлявали замороженные криостатные и парафиновые срезы, которые окрашивали гематоксилин-эозином, по Браше, толуидиновым синим для выявления гликозамингликанов. Ретикулиновые волокна импрегнировали по Футу и Папу; фибрин окрашивали по модифицированной методике Маллори и Вейгерта. Проводили гистохимическое выявление щелочной фосфатазы по Гомори и АТФ-азы — по Вахштейну — Мейзелю. Весь полученный материал был разделен на две группы: в первую вошли лимфатические узлы, свободные от метастазов (у 30 больных), во вторую — с метастазами рака различного объема (у 40). В каждой из двух групп при помощи морфометрической сетки случайного шага [13] измеряли площадь кровеносных сосудов и сосудов, содержащих фибрин, а также площадь, занимаемую внесосудистым фибрином. Полученные данные были обработаны статистически.

Исследования показали, что на ранних этапах развития рака еще до возникновения метастазов в лимфатических узлах имеются типичные для опухолевого