

в 35 случаях; рубцовую ткань шейки матки с эрозированными участками и железами типа *ovulae Naboli* — в 34; с элементами железистой эрозии — в 19; склерозированную ткань с гиперплазией цервикальных желез — в 18; эпителизирующуюся эрозию — в 17; ткань шейки матки с воспалительной инфильтрацией — в 12 случаях и в одном исследовании — элементы эндометриоза.

Заживление раны первичным натяжением наблюдалось у 247 больных (98,5 %).

Противопоказания к операции: 1) острые и подострые воспалительные процессы половых органов и других органов и систем; 2) III—IV степень чистоты влагалища; 3) множественность разрывов; 4) обнаружение явно злокачественных клеток при цитологическом исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

Габелов А. А., Загородняя В. И. Клинико-морфологическая характеристика предраковых состояний шейки матки. — В кн.: Вопросы патогенеза, лечения и профилактики предраковых состояний шейки матки. Л., 1965, с. 81—97.

Петров-Маслаков М. А. Современные представления о предраковых состояниях шейки матки. — В кн.: Вопросы патогенеза, лечения и профилактики предраковых состояний шейки матки. Л., 1965, с. 7—19.

Роговенко С. Е. Диагностика рака шейки матки. Л., 1957.

Сенкевич Б. Я., Демютченко В. Г. Хирургическое лечение старых разрывов шейки матки. — Здравоохр. Белоруссии, 1971, № 5, с. 61—63.

Серебров А. И. Рак шейки матки. М., 1955.

Фомина Л. В. Восстановление целостности шейки матки при искусственном аборте. Автореф. дис. канд. Днепронетровск, 1967.

УДК 618.14.006.3.04.07

*И. Ф. ЛЫЗИКОВ, Л. А. МАЛЫНА,
В. М. ЖОЛНЕРОВСКИЙ, Ю. Е. ГРЯДИЦКИЙ*

Витебский медицинский институт

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ САРКОМЫ МАТКИ

Среди всех злокачественных опухолей саркома матки составляет 2—4,5 % (Б. И. Железнов, 1961). По данным зарубежных авторов, этот процент колеблется от 1,7 (Kardash, 1948) до 5,5 (Fenton, Bürke, 1952). Саркома матки в гинекологических стационарах диагностируется

в 0,15 % случаев (И. И. Савичевская, 1966). Развитие саркомы в предшествующей миоме матки наблюдали В. Ф. Вамберский (1955) у 1,9 %, Е. П. Мухина (1966) — у 3 %, Boutselis et al. (1962) — у 1,5 % женщин. Мы обнаружили саркому у 2,1 % женщин, подвергшихся хирургическому лечению в связи с миомой матки.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что саркома нередко возникает на фоне длительно существующей миомы матки. Частое сочетание миомы и саркомы матки Е. П. Мухина (1966) объясняет общим для них дисгормональным фоном, может быть, даже близкими этнологическими факторами. В начальных стадиях заболевания саркома матки протекает без патогномоничных для нее признаков. Симптомы опухоли разнообразны и появляются позже в результате инфицирования, распада, метастазирования. Поэтому диагноз саркомы матки на основании данных анамнеза, результатов бимануального исследования устанавливается, как правило, предположительно и требует гистологического подтверждения.

С целью изыскания путей совершенствования диагностики саркомы матки мы провели ряд исследований у трех групп больных. В I группе больных (51) при гистологическом исследовании удаленной во время операции матки обнаружена саркома или мiosаркома. У этих больных проводился ретроспективный анализ анамнестических, клинических и лабораторных данных. Во II группу вошли больные миомой с быстрым ростом опухоли матки (61 женщина). К III группе отнесено 70 женщин, у которых определялось содержание гистамина в периферической крови.

В I группе мiosаркома выявлена у 48, саркома (полиморфноклеточная, веретенообразноклеточная и ангиосаркома) — у 3 больных. Саркома матки наблюдалась у больных в возрасте 44–45 лет, мiosаркома — преимущественно у женщин репродуктивного и климактерического возраста: 28–45 лет — 30 больных, 46–55 — 12, старше 55 лет — 6 больных.

Каждая вторая женщина перенесла в прошлом холецистит, гепатит, гастрит, болезни эндокринных желез или страдала ими в настоящее время. У большей части больных выявлено позднее становление менструальной и снижение генеративной функции, что свидетельствует о

роли гормональных нарушений в патогенезе саркомы матки.

Опухолевый процесс как при саркоме, так и при мюсаркоме чаще локализовался в теле матки (41 больная) и реже в шейке (10). Узловатая форма саркомы матки наблюдалась у 49, диффузная — у 2; субмукозно саркома располагалась у 19 женщин, интрамурально, в виде инкапсулированных единичных узлов, — у 18, субсерозно — у 12 больных. Размеры опухоли варьировали от величины матки в 7—8 недель беременности до 26 недель. Наибольшая по размерам опухоль была 10 кг.

В стационар больные были направлены с диагнозом: быстрый рост мюомы матки — 34 женщины; мюома матки больших размеров (16 недель и более) — 5; подозрение на саркому матки — 5 женщин; воспалительные образования придатков матки, рак яичников, полипоз эндометрия — по 2 случая, хорионэпителиома матки — одна больная.

До года находились под наблюдением врача по поводу мюомы 14 человек, до 2 лет — 11, от 3 до 12 лет — 6; 20 больных обратились к гинекологу впервые. Симптомы заболевания наблюдались от 2 недель до 2 лет.

У 4 больных мюомой матки после удаления субмукозных узлов не проводились диагностическое выскабливание, гистерография и другие методы обследования. У одной из таких больных родившиеся субмукозные узлы мюомы удалялись трижды и только в последний раз произведено выскабливание матки, при патогистологическом исследовании соскоба обнаружена ангиосаркома. У двух других больных мюомой матки при появлении ациклических кровотечений диагностическое выскабливание было поздним, субмукозный узел мюомы диагностирован несвоевременно.

Появление симптомов мюомы в период менопаузы должно насторожить врача и послужить поводом для обследования. Это может быть связано с возникновением отека и некроза или развитием саркомы. По данным С. Н. Мовчан (1969), саркома у больных мюомой матки в период менопаузы обнаруживается в 1,6 % случаев.

Клиническое течение саркомы матки зависело от локализации и распространенности опухолевого процесса. Быстрый рост матки отмечался у 34 из 51 больной. Критерием быстрого роста считали увеличение матки соот-

ветственно размерам ее при беременности 4 и более недель в год. Кровотечениями страдала 31 больная. Нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи и меноррагии отмечены у 20, метроррагии — у 10 женщин. 28 женщины отмечали боли схваткообразного или ноющего характера, которые сочетались с общей слабостью (18), кровотечением (14) и субфебрильной температурой тела (11).

Для уточнения диагноза в стационаре применялись выскабливание матки (21), цитологическое исследование содержимого влагалища и аспиратов из матки (18), кольпоскопия (14), гистерография (9), биконтрастная геникография (3).

До операции в стационаре диагноз был поставлен правильно только у 12 из 51 больной, что свидетельствует о трудности диагностики заболевания и отсутствии совершенных методов обследования.

Во время хирургического вмешательства, по данным экспресс-биопсии, диагноз саркомы или малигнизированной миомы матки установлен у 49 больных. У 2 при срочном исследовании биопсийного материала во время операции саркома не установлена. Однако при изучении удаленных препаратов обнаружены участки ткани опухоли, по цвету и консистенции напоминающие саркому. В связи с этим объем операции был расширен. Патоморфологическое исследование удаленных опухолей матки подтвердило диагноз саркомы и миосаркомы.

В I стадии заболевания опухолевидный процесс локализовался в пределах узла или мышечного слоя матки (5 больных). II стадия диагностировалась, если патологический процесс не выходил за пределы матки (42 женщины), III — если опухолевый процесс не распространился за пределы малого таза (3 больные). Саркома тела матки IV стадии была у одной больной, у которой имелись отдаленные метастазы.

При лечении больных саркомой матки мы придерживались следующей тактики. При I стадии и частично II проводили комбинированное лечение, экстирпацию матки и придатков с ревизией параметров и последующей телегамма- и рентгенотерапией.

У больных саркомой шейки матки I стадии производили расширенную экстирпацию матки с последующей лучевой терапией. Вольным саркомой шейки матки и

частично тела матки при II и III стадиях опухолевого процесса производилась сочетанная лучевая терапия, при IV стадии — симптоматическое лечение.

Быстрый рост миомы большинством гинекологов рассматривается как симптом возможного злокачественного течения опухоли матки, возникновения некроза в узлах миомы или ее отека. По данным нашей клиники, при гистологическом исследовании послеоперационных препаратов миом матки выявляется отек в 1,38 %, некроз — в 6,1 %, гиалиновое перерождение — в 3,74 % случаев.

Э. К. Крэчун (1963) и В. М. Жолнеровский (1975) установили, что отек миомы матки заканчивается гиалинозом. Данные о частоте гиалинового перерождения дают основания утверждать, что отек миомы матки часто не диагностируется или клинически расценивается как быстрый рост матки.

В связи с этим нами отдельно проведен анализ историй болезни женщин, быстрый рост миомы матки у которых послужил показанием к хирургическому вмешательству (61 случай). В возрасте 25—45 лет было 35 больных, 45—50 — 18 и 51—55 лет — 8. Величина опухоли преимущественно соответствовала размерам матки при сроках беременности более 16 недель. При морфологическом изучении биопсийного материала и операционных препаратов в случаях быстрого роста обнаружены: саркома матки (6), отек опухоли (16), некроз ткани узла миомы (9), рак яичника (1), сочетание миомы матки с пилосальпинксом (1). Миома матки без вторичных изменений выявлена у 28 больных. Характерные клинические признаки отека опухоли матки и саркомы у этих больных не были выявлены.

По нашему мнению, следует отказаться от диагноза «быстрорастущая миома матки», так как последнее может быть следствием отека, некроза миоматозного узла или одним из симптомов саркомы матки. Больные с быстрым ростом миомы матки должны тщательно обследоваться с целью установления причины его.

По данным литературы (А. И. Смирнова-Замкова, 1955; Э. К. Крэчун, 1963), в результате отека ткань миомы матки коллагенизируется, уплотняется и заканчивается бесклеточным гиалинозом. При незначительном отеке миомы матки без гиалиноза в опухоли обнаруживаются

молодые и зрелые тучные клетки, дегрануляция которых слабо выражена, а также единичные плазматические клетки. В миомах с выраженным отеком без гиалиноза молодых тучных клеток больше, плазматические клетки выявляются чаще, более выражена дегрануляция тучных клеток. При значительном отеке в ткани много плазматических и молодых тучных клеток, дегрануляция тучных клеток выражена в большей степени. С появлением гиалиноза плазматические, затем тучные клетки исчезают. В гиалинизированных миомах они отсутствуют. Известно также, что тучные клетки выделяют в окружающую ткань биологически активные вещества: гистамин, гистамин и серотонин (А. Д. Адо, 1970; В. В. Виноградов, И. Ф. Воробьева, 1973; В. М. Жолнеровский, 1975). Это позволило предположить, что жидкость отеочных миом матки может содержать повышенное количество гистамина и серотонина. Не исключалась возможность возрастания содержания этих веществ в периферической крови женщин, страдающих отеочной миомой матки.

Для проверки данного предположения нами проведены биохимические исследования. В предоперационном периоде определялось содержание гистамина в периферической крови у 70 больных: с саркомой матки — 10, с отеочной миомой — 49 и без отека — 11. Эти женщины составили III группу.

Методика исследования была следующей. У больной до операции брали в пробирку с 3 каплями гепарина 12 мл крови из локтевой вены. Количество гистамина определяли на флюоресцентном спектрофотометре МРГ-2А ИТАСН при длине волны возбуждения 360 мкм и выделения 440 мкм. Гистамин определяли по унифицированной методике.

При этом установлены достоверные различия содержания гистамина в крови. У женщин с отеочной миомой его количество увеличивалось в зависимости от степени отека. Различали: выраженный ($0,116 \pm 0,017$ мкг/мл) и значительный отек ($0,143 \pm 0,018$ мкг/мл). У больных миомой матки без отека содержание гистамина в периферической крови составляло в среднем $0,073 \pm 0,014$ мкг/мл, миомой матки с отеком — $0,129 \pm 0,005$ ($P < 0,001$). (Р вычислялось по отношению к группе больных миомой без отека.) У больных саркомой матки содержание гиста-

мина было снижено, в среднем $0,058 \pm 0,01$ мкг/мл ($P > 0,5$).

Результаты исследований свидетельствуют о том, что отечная миома матки является некоторым депо гистамина в организме женщин, величина которого увеличивается в зависимости от степени отека.

Определение содержания гистамина в периферической крови может явиться одним из методов дифференциальной диагностики саркомы и отечной миомы. Этот метод обследования не только окажет помощь в дифференциальной диагностике, но и даст возможность у больных отечной миомой провести консервативное лечение, отодвинуть сроки хирургического вмешательства или избежать его.

Комплексное обследование больных миомой матки с определением уровня гистамина в периферической крови будет способствовать активному выявлению ранних стадий саркомы, большей эффективности лечения и выживаемости больных после операции.

ЛИТЕРАТУРА

- Адо А. Д. Общая аллергология. М., 1970.
Вамберский В. Ф. Саркома матки. М., 1955.
Викосридов В. В., Воробьева И. Ф. Тучные клетки. Новосибирск, 1973.
Железнов Б. И. К вопросу о саркомах матки. — Сов. мед., 1961, № 5, с. 3—7.
Жолнеровский В. М. Некоторые гистохимические и биохимические особенности отека миомы матки. — Вопр. онкол., 1975, XXI, № 11, с. 85—88.
Крэчун Э. К. Бесклеточные склерозы. Дистрофические процессы. — Тр. Куйбышев. мед. ин-та. Куйбышев, 1963, т. 26, с. 50—56.
Мовчан С. И. Клиника миомы матки у женщин в период менопаузы. — Акуш. и гинек., 1969, № 10, с. 51—55.
Мухина Е. П. Саркома матки. Л., 1966.
Савицкая Н. И. Особенности клинического течения и исходы лечения некоторых форм сарком матки. Автореф. дис. канд. Свердловск, 1966.
Смирнова-Замкова А. И. Основное аргирофильное вещество и его функциональное значение. Киев, 1955.
Fenton A. W., Bürke I. Цит. по: Мухина Е. П. Саркома матки. Л., 1966.
Kardash T. Цит. по: Мухина Е. П. Саркома матки. Л., 1966.