

была изменена. Двухфазный менструальный цикл с укороченной лютеиновой фазой длительностью от 5 до 10 дней ($8,6 \pm 1,1$ дня) был у 37 (72,5%) женщин, однофазный цикл — у 14 (27,5%). Значения карриопикнотического индекса в I фазе менструального цикла были равны $13,6 \pm 2,2$, в овуляторном периоде — $40,1 \pm 3,3$, в лютеиновой фазе — $22,0 \pm 1,4$. У обследованных женщин карриопикнотический индекс по сравнению с нормой был снижен ($P < 0,05$).

Изучая частоту встречаемости различных типов нарушения функции яичников у пациенток с клиническими нарушениями менструального цикла и без них, мы определили, что достоверных различий в частоте изменений функции яичников по типу ановуляции или недостаточности второй фазы у этих пациенток нет ($P > 0,05$).

Таким образом, исследование функции яичников по тестам функциональной диагностики у 131 женщины в 552 менструальных циклах позволило установить нарушение функции яичников после искусственного прерывания беременности в I триместре у всех женщин. Ановуляция была обнаружена у 31 (23,6%) пациентки, недостаточность II фазы — у 100 (76,4%). Низкий карриопикнотический индекс является одной из констант недостаточной эстрогеновой функции яичников, что, в свою очередь, свидетельствует об изменении функции яичников на фоне гипозострогении. У 61% больных нарушения функции яичников клинически проявились в различных расстройствах менструального цикла, из которых преобладал гипоменструальный синдром (63,8%).

Следовательно, искусственное прерывание беременности в I триместре вызывает изменение функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, что приводит в отдаленные сроки после прерывания беременности к расстройствам менструального цикла.

УДК 618.711—007.61+618.711—003.4

Е. А. Волков (Казань). Склерополикистоз яичников в сочетании с малой формой эндометриоза яичников

Проблемы склерополикистоза яичников и эндометриоза по-прежнему остаются весьма актуальными. Об этом свидетельствуют данные литературы последних лет и, в частности, материалы VI Всероссийского съезда акушеров-гинекологов (1987). Однако среди множества публикаций, посвященных этим двум формам заболевания, мы не встретили работ с описанием их сочетания, довольно редкого в клинике. Известно, что эндометриоз характеризуется изменением менструальной функции по типу альгоменоррагии с вегетативной симптоматикой в отличие от склерополикистоза яичников, проявляющегося гипоменструальным синдромом и вирилизацией. Мы наблюдали сочетание этих двух заболеваний.

Н., 23 лет, узбечка, проживает в г. Карши, поступила в клинику 18.06.1987 г. с направительным диагнозом: бесплодие I смешанного генеза. В анамнезе: дизентерия в детстве, аппендиэктомия в 1987 г. Менструации начались с 15 лет, отмечаются через 28 дней, с 1987 г. — через 34—36 дней по 3—4 дня, безболезненные. Последние месячные были 14.04.1987 г. Половая жизнь с 1984 г. Больная была неоднократно обследована в условиях стационара, во ВНИЦ г. Ташкента и во ВНИЦ ОЗМР в апреле — мае 1987 г.

Данные обследования: результаты биохимических и бактериологических анализов крови были без особенностей, ГСГ — полость матки уменьшенных размеров, трубы извитые, проходимые, спаечный процесс в малом тазу. Экскреция 17-КС — 27,4 мкмоль/сут, ДЭА — 8,3 мкмоль/сут. Спермограмма мужа: подвижн. — 38%, неподвижн. — 62%. УЗИ — матка отклонена кзади и вправо; длина тела — 3,9 см, шейки — 2,4 см, переднезадний размер — 3,5 см, ширина — 4,6 см; левый яичник кистозно изменен, его размеры — 4,0—3,4—5,5 см, размеры правого яичника — 3,5—2,0—4,0 см. Консультация невропатолога: гипоталамическая недостаточность; консультация окулиста: изменений не обнаружено.

В институте ОЗМР проведено лечение продигозаном с умеренной реакцией, курс физиопроцедур, антибактериальная терапия (канамицином). Выписана с диагнозом: дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы; поликистозные яичники; гиперпролактинемия с лактореей, бесплодие I, хронический сальпингоофорит.

Рекомендован прием норколута с 18-го дня цикла 8 дней по 1 таблетке в течение 2 циклов, с третьего цикла — клостилбегит по 1 таблетке с 5 по 9-й день (2 цикла). Поскольку лечение оказалось неэффективным, больная была направлена в клинику Казанского ГИДУВа.

При поступлении больная жаловалась на нерегулярный менструальный цикл в течение 2 лет, лактореею, отсутствие беременности в течение 3 лет. Дополнительно к анамнезу: родилась вторым ребенком в семье у родителей в возрасте 22—27 лет, росла и развивалась нормально. Имеет сестру, у которой есть дети.

Объективно: рост — 155 см, масса тела — 54 кг, женский фенотип, умеренной упитанности; АД — 14,6/8,0 кПа, частота пульса: 80 уд. в 1 мин. Органы дыхания и кровообращения в норме. Молочные железы развиты, из сосков обильно выделяется молоко (взяты мазки), на коже бедер — белые стрии. Наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен. Слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки обычная, зев закрыт, тело матки banteflexio, нормальной величины, ограниченное в подвижности. Справа, кзади от матки, в спайках с маткой определяется яичник размером 5×5 см, округлой формы, плотноватой консистенции, смещается вместе с маткой. Слева глубоко в малом тазу, также в спайках расположен увеличенный яичник по размерам чуть меньше, чем справа. Выделения слизистые.

В клинике проведены следующие обследования: рентгенограмма черепа — структурных изменений не выявлено, ГСГ — трубы проходимы, матка отклонена влево и кзади. Уровень пролактина в крови — в пределах нормы, картина крови и мочи также не изменена.

Заключение: на основании анамнеза (нерегулярного менструального цикла), монофазной базальной температуры, двустороннего увеличения яичников, неэффективности лечения парлоделом в течение 6 мес, отсутствия структурных изменений черепа не исключается синдром склерополикистоза яичников центрального генеза с лактореей.

Рекомендовано хирургическое лечение — резекция яичников.

26.06.1987 г. произведены лапаротомия и резекция яичников. После вскрытия брюшной полост-

ти обнаружено следующее: матка нормальных размеров, трубы без патологических изменений, яичники увеличены, имеют плотную белочную оболочку, в спайках с тазовой брюшиной глубоко в дугласовом кармане. Размеры правого яичника — 5×6 , левого — 4×5 . Яичники выделены из спаек, при этом из правого выделилось содержимое шоколадного цвета. При осмотре яичников в их ткани выявлены очаги эндометриоза от 0,2 до 2,0 см. Все фолликулы заполнены кровянистым содержимым. С учетом возраста яичники резецированы.

Гистологический анализ показал уплотнение белочной оболочки, разрастание соединительной ткани в строме. Большое количество фолликулярных кист, заполненных геморрагическим содержимым, и атретических фолликул, пролиферация *theca interna* с лютеинизацией клеток. В тканях яичника — эндометриоидная гетеротопия.

Окончательный послеоперационный и клинический диагноз: склерополикистоз яичников с лактореей и малой формой двустороннего эндометриоза яичников. Исходя из окончательного диагноза, мы решили провести следующее лечение: норколут в циклическом режиме в течение 3 циклов. В зависимости от базальной температуры и при уровне пролактина выше нормы лечение следует продолжить парлоделом в сочетании с клостилбегитом.

Данный случай представляет интерес в связи с отсутствием характерной для эндометриоза яичников клиники (у больной менструации были по 3—4 дня, через 34—36 дней, безболезненные), а также редкостью сочетания двух гормонально зависимых процессов.

УДК 616.351—007.43—031:611.981

**С. Н. Коломенский, А. И. Большаков, А. В. Карпов, Ю. В. Аржанов, А. А. Гильмутдинов (Казань).
Аплопластика грыжи прямой кишки**

Мы наблюдали больного с грыжей прямой кишки в посттравматический дефект крестца и копчика. Заболевание представляло интерес ввиду своей редкости. Аналогичных случаев в доступной литературе найти не удалось.

Т., 43 лет, 09.09.1981 г. получил травму на производстве — упал с четырехметровой высоты на область крестца. Диагностированы компрессионный перелом тела I поясничного позвонка, поперечный перелом крестца на уровне S_{III} , ушибленная рана этой области. По месту жительства произведена хирургическая обработка раны с удалением отломков крестца и копчика и ушивание раны. Выписан на 29-е сутки после заживления раны и окончания сроков иммобилизации.

При поступлении в отделение проктологии РКБ больной жаловался на запоры, боли, неполную дефекацию, невозможность сидеть, а также на появление округлого образования на месте дефекта крестца и копчика.

При осмотре в крестцово-копчиковой области выявлено овальное мягкоэластической консистенции образование размерами 6×8 см. При кашле и натуживании оно увеличивалось в 1,5—2 раза и становилось напряженным. Ректально определялась расширенная ампула прямой кишки, пролабирувавшая в дефект крестца и копчика наружу. За задней стенкой прямой кишки кожа была истонченной и имела линейный послеоперационный рубец.

На прямой рентгенограмме костей таза копчик и часть крестца по уровню S_{III} не опре-

делялись.

Диагноз: грыжа прямой кишки в посттравматический дефект крестца и копчика.

09.02.1983 г. больному произведена аллопластика крестцово-копчиковой области. Под интубационным наркозом в положении больного на животе иссечен старый послеоперационный рубец. Из рубцов выделена задняя стенка ампулы прямой кишки размерами 8×10 см. Для уменьшения диаметра на нее наложено 6 гофрирующих поперечных швов атравматическим хромированным кетгутотом. Ввиду обширности костного дефекта предпринята аллопластика тефлоновым развернутым протезом в виде трапеции размерами $40 \times 40 \times 60$ мм. Трансплантат подшит сверху к надкостнице крестца, с боков к крестцово-седалищным связкам, нижний край оставлен свободным. Произведено ушивание раны, наложена асептическая повязка. В рану через отдельный прокол подведен дренаж-микроирригатор на один сутки.

В послеоперационном периоде диеты и фталазолам стул задержан на 8 сут. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки.

При выписке больной впервые за 2 года сел, стул 1 раз в сутки, грыжа прямой кишки ликвидирована. Выписан с неокрепшим послеоперационным рубцом. При повторном осмотре через 9 мес рубец был сформирован, запоры не беспокоили. Анатомическое строение анальной области и функция прямой кишки восстановлены.

УДК 616.288.1—007.271—006.34.03

**В. М. Бобров (Ижевск). Остеома наружного
слухового прохода**

Остеомы наружного слухового прохода встречаются довольно редко. Этиология их неизвестна. Многие авторы рассматривают остеоому, в частности, наружного слухового прохода как дальнейшее развитие экзостоза. Сами по себе остеомы не мешают больному до тех пор, пока не дают роста, при котором уменьшается просвет наружного слухового прохода. В таких случаях больные жалуются на понижение слуха, шум в ухе, тяжесть в голове.

Р., 30 лет, поступила в ЛОР-отделение 29.09.1982 г. с жалобами на гнойные выделения, снижение слуха, чувство распирания в правом ухе. Болеет около 3 мес. При обращении к оториноларингологу на амбулаторном приеме было обнаружено обтурирующее новообразование в наружном слуховом проходе справа.

При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. Наследственность не отягощена. Анализы крови и мочи патологии также не выявили.

Левое ухо, нос, глотка и гортань — без особенностей. При осмотре на границе хрящевого и костного отделов наружного слухового прохода справа на задней стенке определяется обтурирующее новообразование костной плотности с гладкой поверхностью, покрытое истонченной кожей. Между стенкой наружного слухового прохода и новообразованием, а также на дне слухового прохода имеется слизисто-гнойное отделяемое. Новообразование можно обойти только тонким зондом. Барабанная перепонка не видна. Область сосцевидного отростка не изменена. Речь шепотом слышит на расстоянии 1 м, разговорную — 6 м. В опыте Вебера — латеризация в правое ухо. На тональной аудиограмме при нормальной костной