

для закрытия которых наиболее функциональным является лоскут с подкожной клетчаткой. После приживления лоскута больная была направлена на лучевую терапию. В течение двух лет она чувствует себя хорошо, работает на прежней должности педагогом.

Б-ной С. поступил в институт ортопедии по поводу свищей наружной поверхности области голеностопного сустава после туберкулеза мягких тканей и подтаранного сочленения. Болен с 1941 г. Несмотря на неоднократные курсы стрептомицинотерапии, свищи не закрывались. На рентгенограмме определялись отсутствие щели между пяточной и таранной костью, остеопороз костей. Так как туберкулезный процесс в суставе можно было считать затихшим, нам представлялось целесообразным все мягкие ткани, измененные хроническим воспалительным процессом, иссечь вместе со свищами и закрыть дефект биологически полноценным лоскутом, что и было сделано с помощью филатовского стебля. При гистологическом исследовании иссеченных тканей найден всюду плоскоклеточный ороговевающий рак. За больным установлено наблюдение. В течение года он себя чувствует удовлетворительно, работает.

У больных Б. и С., с обширными раковыми язвами туловища (межлопаточной области — у одного и крестцовой — у другого), после иссечения язв дефекты были закрыты свободными полнослойными перфорированными лоскутами. Последние в большей части некротизировались. Больной с язвой крестцовой области был переведен в онкоотделение для комбинированного лечения. Другому больному на гранулирующую рану повторно произведена свободная кожная пластика; после почти полного заживления раны он был направлен на лучевую терапию.

Впоследствии получены сведения, что у обоих больных язвы рецидивировали.

ВЫВОДЫ:

1. Для профилактики раковых перерождений длительно не заживающие свищи, язвы и изъязвляющиеся рубцы должны подвергаться активному лечению, заключающемуся в радикальном иссечении и кожной пластике.

2. При лечении раково-переродившихся трофических язв операции кожной пластики так же занимают видное место. Наиболее целесообразны биологически полноценные лоскуты на круглой или широкой питающей ножке.

3. В запущенных случаях, а также во всех случаях прорастания опухоли в подлежащие ткани конечности, методом выбора должна являться ампутация.

Поступила 21 апреля 1958 г.

ТРИ СЛУЧАЯ ХОРИОНЭПИТЕЛИОМЫ МАТКИ

И. Н. Николаев

Из гинекологического отделения (зав. — А. Д. Буркова)
Чебоксарского роддома (главврач — И. Н. Николаев)

Хорионэпителиома матки относится к числу наиболее злокачественно протекающих опухолей женского полового аппарата. От своевременной ее диагностики зависит жизнь больной. Однако, диагностика нередко запаздывает из-за малой настороженности врача в отношении этой опухоли.

При подозрении на хорионэпителиому основным средством в диагностике должно служить пробное выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба, что, к сожалению, редко осуществляется своевременно.

Приведу три наблюдения:

1. 24 августа 1954 г. в гинекологическое отделение поступила 6-ная 27 лет с диагнозом: хорионэпителиома.

Начало менструации с 18 лет. Двое нормальных родов, аборт не было. Больная с апреля 1954 г., когда перенесла пузырный занос. С тех пор находилась под постоянным наблюдением врачей. С апреля больная отмечает постоянное маточное кровотечение, не обильное. За это время 2 раза находилась на стационарном лечении и перенесла выскабливание полости матки 5 раз. С 16 августа кровотечения усилились.

При гистологическом исследовании последнего соскоба установлена хорионэпителиома.

При поступлении больная жаловалась на боли в низу живота, кровотечение из половых путей и повышение температуры до 37,2°.

Нв — 50%, Э. — 3 600 000, Л. — 6 900, РОЭ — 45 мм/час.

Шейка плотная, наружный зев пропускает кончик пальца, тело матки увеличено до размеров беременности в 9 недель, правый яичник величиной больше сливы, левый — без изменений. Своды свободные. Из шеечного канала незначительные кровянистые выделения.

7 сентября 1954 г. под общим эфирным наркозом произведена экстирпация матки с придатками. На дне матки узел с лесной орех, темно-вишневого цвета, других изменений не отмечено. Правый яичник кистовидно изменен, на разрезе — кистозные полости со светлым содержимым.

Послеоперационный период протекал гладко. На 16-й день больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Больная периодически вызывается для обследования. До 8 июня 1957 г. рецидива не было.

II. 28 апреля 1956 г. в гинекологическое отделение поступила больная 41 года, колхозница, с диагнозом: хорионэпителиома.

В начале марта 1956 г. она поступила в хирургическое отделение районной больницы по поводу затянувшегося маточного кровотечения, резко анемизированная. Тело матки увеличено до размеров 16-недельной беременности, шеечный канал пропускает палец, в полости матки прощупывается шаровидная опухоль на толстой ножке. Диагноз райбольницы: сумбукозная миома. Сделана надвлагалищная ампутация матки. Выписана в относительно хорошем состоянии.

24 марта 1956 г. больная вторично поступила в райбольницу с жалобами на обильное кровотечение из половых путей. Больная была резко обескровлена, без пульса. После переливания двух ампул консервированной крови пульс стал прощупываться, кровотечение прекратилось.

Гистологический анализ кусочка опухоли, удаленной из матки в марте, выявил хорионэпителиому.

При поступлении состояние больной тяжелое, жалуется на головную боль, боли в области шейных мышц, температура — 37,8°; пульс — 80.

Нв — 40%, Э. — 2 940 000, Л. — 3 600, РОЭ — 62 мм/час. В моче: белок — 0,165%, лейкоциты — 3—5 в поле зрения, свежие эритроциты — 2—4 в поле зрения.

Шейка матки плотная, шеечный канал свободно пропускает палец, из канала свисает плотное образование размером с мизинец, темно-вишневого цвета, на толстой ножке. Тело матки после высокой надвлагалищной ампутации по величине соответствует 7-недельной беременности. Правые придатки несколько увеличены, а левые без изменений, параметральная клетчатка не инфильтрирована.

При осмотре зеркалами из шеечного канала началось сильное кровотечение. Применена тампонада.

29 апреля 1956 г. удалены культи матки с придатками.

Культи матки с гусиное яйцо; в области левой трубы опухоль, величиной с боб, темного цвета. При разрезе внутри культи на уровне внутреннего зева распадающаяся опухоль, размером с куриное яйцо, темного цвета.

На 3 день после операции больная стала жаловаться на сильную головную боль в затылочной области. Живот мягкий, безболезненный, стул после клизмы, мочеиспускание с катетером, температура 39,2°. Нв — 30%, в моче белок — 0, 33%.

На 4-й день головные боли усилились, временами приступообразные боли в области затылка, появились рвота с желчью, выраженная ригидность затылка, сознание заторможено. Живот мягкий безболезненный стул с клизмой, мочится самостоятельно.

Состояние больной прогрессивно ухудшалось. Она потеряла сознание и 7 мая 1956 г. умерла.

Патологоанатомический диагноз: хорионэпителиома. Метастазы в головной мозг, в легкие, почки. Водянка головного мозга.

III. 6 мая 1957 г. в гинекологическое отделение поступила больная 27 лет по поводу затяжных маточных кровотечений.

Месячные с 17 лет, установились сразу, через 28 дней, по 4—5 дней, умеренные, без боли. Замужем с 25 лет.

25 февраля 1957 г. нормальные срочные роды в райбольнице. Выписалась домой на 7-й день в хорошем состоянии.

16 марта 1957 г. поступила в ту же больницу с сильным маточным кровотечением и острой анемией. После выскабливания полости матки кровотечение прекратилось. Выскоблено значительное количество остатков плацентарной ткани. Гемотрансфузия. 30 марта в хорошем состоянии выписана.

12 апреля поступила повторно с сильным маточным кровотечением, обескровленная. Второе выскабливание полости матки и повторное переливание крови. Кровотечение продолжалось. В апреле выскоблена полость матки еще 3 раза и перелито крови дробными дозами еще 850 мл.

Нв. — 33%, Э. — 2 100 000, Л. — 5 100, РОЭ — 13 мм/час.

29 апреля больная вновь поступила в районную больницу. Больная выше среднего роста, истощенная, бледная, живот мягкий, безболезненный. Шейка матки увеличена, шейечный канал свободно пропускает палец, тело матки увеличено соответственно беременности 12 недель, неравномерной консистенции, справа от матки прощупывается кистовидно-измененный яичник с гусиное яйцо, подвижный, безболезненный. Левый яичник несколько меньше, тоже кистовидно-изменен. Предположительный диагноз: хорионэпителиома. Больная направлена в гинекологическое отделение Чебоксарского роддома, где после пробного выскабливания полости матки и гистологического исследования соскоба диагноз — хорионэпителиома — подтвержден.

До оперативного вмешательства с 7 по 15 мая перелито 3 ампулы крови. 15 мая 1957 г. больная сильно закровоточила и срочно назначена на лапаротомию.

По вскрытии брюшной полости оказалось: матка увеличена до размеров мужского кулака. Придатки с обеих сторон увеличены до гусиного яйца, кистовидно-изменены, подвижны, при разрезе из кист выделяется светлая студенистая масса. Тело матки и придатки удалены. Брюшная рана послойно зашита наглухо.

Описание препарата: тело матки бугристое, на ее дне множество узелков от лесного ореха до сливы, темно-вишневого цвета, эластической консистенции. При разрезе матки в левом ее ребре распавшаяся опухоль с отверстием в полость матки, размер отверстия $2,5 \times 2,5$ см.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная проходит глубокую рентгенотерапию.

Поступила 16 июля 1958 г.

О ПРОТРОМБИНОВОЙ ПРОБЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

И. о. асс. В. Г. Морозов

Из клиники общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института

В неотложной хирургии часто приходится встречаться с острой патологией брюшной полости, когда дифференциальная диагностика без дополнительных исследований бывает затруднительна. Особенно часто возникает необходимость отличать воспалительные процессы нижних отделов живота от внематочной беременности.

Диагностика внематочной беременности часто трудна. Даже опытному клиницисту не всегда удается поставить правильный диагноз. Существующие биологические пробы, как-то: реакция Н. И. Кушталова, проба Ашгейм — Цондека, рентгенограмма грудной железы не всегда выполнимы в условиях районных и участковых больниц или требуют значительного времени (до 48 часов); пункция заднего свода небезопасна и не отличается достоверностью.

Для иллюстрации приведем историю болезни:

Б-ная Х., 37 лет, доставлена в клинику 9/III-59 г. в 10 часов с жалобами на сильные боли в животе, больше внизу, справа; заболела внезапно в 6 часов утра 9/III-59 г., почувствовала боли в животе, незначительное головокружение. Рвоты, тошноты не было. В течение двух месяцев аменорея. Замужем, имелась одна беременность, закончившаяся родами.

Рост средний, телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Пульс 80, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление — 95/75. Живот слегка вздут, внизу безболезненный, больше справа, где определяется уплотнение. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. При влагалищном исследовании болезненность в области шейки матки правого свода. Передний свод слегка нависает. Для диагностики произведена пункция заднего свода. Крови не получено.

Диагноз: Периметрит, правосторонний аднексит. По данным протромбиновой пробы — внематочная беременность: протромбиновый индекс — 117%.

10/III-59 г. диагноз воспаления придатков матки не отвергнут.

Анализ крови 9/III-59 г.: Л. — 16 800, п. — 3%, с. — 78%, л. — 18%, м. — 1%, РОЭ — 8 мм/час, Нв — 80%.