

В опытах с гипертрофией мышечного слоя мышечные волокна короткие, расположены в различных направлениях, с овальной и округлой формы ядрами, часть которых имеет удлинненную палочковидную форму, а большинство выглядит сочными. Пучки мышечных волокон разделяются довольно толстыми прослойками соединительнотканых волокон; местами — очаговое разрастание фиброзной ткани.

В 5 опытах в срезах рогов матки ближе к шейке обнаружены фибромиомоподобные узлы, растущие субсерозно, различных размеров. Мышечный слой богат кровеносными и лимфатическими сосудами. Слизистая оболочка — с выраженной складчатостью в виде сосочковых образований. Отмечается некоторая гиперплазия трубчатых желез, выстланных многоядным цилиндрическим эпителием; местами железы кистовидно расширены, до образования крупных полостей с эпителиальной выстилкой, наполненных секретом.

Полученные нами в эксперименте изменения в рогах матки прежде всего проявляются значительной гипертрофией мышечного слоя с наличием у отдельных особей фибромиомоподобных образований, расположенных интрамурально и субсерозно. Субмукозных узлов выявить не удалось.

Обнаружены у подопытных животных гиперпигментация и увеличение сосков, вульвы, гипертрихоз с быстрым выпадением шерсти и ряд изменений во внутренних органах.

Нам не удалось найти какой-либо зависимости морфологических изменений рогов матки от характера вводимого эстрогенного вещества.

Таким образом, нарушение гормонального баланса в организме у морских свинок путем длительного введения эстрогенов в начале опытов вызывает дисгормональную пролиферацию тканей половой сферы, которая, по-видимому, являясь основной патологических рефлексов, способствует развитию опухолевых образований и других изменений в организме.

Гистологические препараты были консультированы на кафедре патологической анатомии ГИДУВа доц. Н. А. Ибрагимовой, за что приносим ей нашу благодарность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гармашева Н. Л. Тр. АМН СССР. Вопр. акуш. и гинек. — 2. Кленцкий Я. С. Акуш. и гинек., 1950, 2; Изв. АН Казахской ССР, 1954, 136. — 3. Крыжановская Е. Ф. Тр. АМН СССР. Вопр. акуш. и гинек., 1950. — 4. Тодорцева М. С. Акуш. и гинек., 1962, 3. — 5. Улезко-Строганова К. П. Тр. VIII Всесоюзн. съезда акуш. и гинек., Киев, 1930. — 6. Lacassagne A. Compt. rend. Acad. de Sc., 1932, 195. — 7. Lipschütz et Iglesias. Compt. rend. de la Soc. de biologie. 1938, т. III, 519.

Поступила 12 мая 1962 г.

ОБ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Н. М. Скутельский и В. Н. Петров

Кафедра общей хирургии (зав.—проф. А. И. Кожевников) Горьковского медицинского института и Дзержинский онкологический диспансер (главврач — Н. А. Калашникова)

За последние 5 лет в клинике и диспансере нами наблюдались 4 больных, страдавших эндометриозом: у трех эндометриозы локализовались в области пупка и у одной больной — в послеоперационном рубце. Приводим наши наблюдения.

Л., 45 лет, поступила 6/VIII-1956 г. с жалобами на опухоль пупка, которая периодически давала незначительные болевые ощущения. Точно начало заболевания больная указать не может. Вначале появилась плотная, величиной с горошину опухоль, которая постепенно увеличивалась, достигла приблизительно 2—2,5 см в диаметре. Периодически опухоль увеличивается, и при этом болезненность становится более интенсивной. Указать, соответствует ли это месячным, больная затрудняется. Год назад перенесла операцию по поводу фибромиомы матки. Со своим заболеванием больная дважды обращалась к врачам, в обоих случаях ставился диагноз пупочной грыжи.

15/VIII было произведено удаление опухоли вместе с пупком. При гистологическом исследовании установлен диагноз эндометриомы. Послеоперационное течение гладкое, выписана здоровой.

В., 38 лет, поступила в онкологический диспансер Дзержинска 15/XI 1960 г. с жалобами на болезненную опухоль в области пупка. Больной себя считает около 3 лет, когда заметила вокруг пупка циркулярное уплотнение, увеличивающееся и болезненное во время менструаций. В ноябре 1960 г. на фоне циркулярного уплотнения появилось взбухание слева от пупка с кровянистыми выделениями, что и заставило ее обратиться к врачу.

В области пупка уплотнение, циркулярно его охватывающее. Слева на фоне уплотнения опухоль 2×2 см плотнотканчатой консистенции, темно-фиолетового цвета.

18/XI опухоль иссечена вместе с пупком и подлежащим участком апоневроза. Центральная часть раны заживала вторичным натяжением, так как здесь по просьбе больной была сделана пластическая операция формирования пупка путем сшивания кожи и апоневроза.

Гистологическое исследование подтвердило диагноз эндометриомы, выписана здоровой.

К., 43 лет, госпитализирована в клинику 15/II 1958 г. Больную беспокоила опухоль в области пупка. Больна около 3 лет. К врачам ранее не обращалась. За последнее время стала отмечать периодическую болезненность в области пупка, причем опухоль временами становилась более плотной.

В области пупка опухоль плотной консистенции $1,5 \times 1,5$ см, ограниченная в подвижности, умеренно болезненная. Кожные покровы над ней синюшные.

19/II 1958 г. под местной анестезией опухоль вместе с пупком иссечена. Препарат на разрезе представлял собой ткань белого цвета с множественными точечными включениями. Микроскопическое исследование установило эндометриому.

О., 38 лет, поступила в онкологический диспансер Дзержинска 14/III 1960 г. по поводу опухоли в послеоперационном рубце. В 1951 и в 1954 гг. производилось кесарево сечение. Вскоре после последней операции заметила уплотнение в рубце, которое постепенно увеличивалось в размерах. В 1959 г. стала отмечать болезненность и набухание этого образования в дни менструаций.

От лона до пупка по средней линии окрепший послеоперационный рубец. В верхней части его плотное болезненное образование около 3 см в диаметре, интимно связанное с кожей, имеющей синюшно-багровую окраску.

18/III 1960 г. произведено иссечение опухоли с кожей в пределах здоровых тканей. При гистологическом исследовании удаленного препарата диагностирована эндометриома.

Поступила 21 марта 1962 г.

ЩАДЯЩИЕ МОМЕНТЫ ПРИ ОПЕРАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА

Засл. врач РСФСР доц. Я. И. Калинин

(Саратов)

Несомненно, нет теперь ни одного врача, который не считал бы искусственный аборт вредной операцией, наносящей повреждения как половому аппарату, так, в более или менее отдаленном времени, и всему организму женщины. Обязанность каждого акушера — сделать эту операцию наиболее щадящей.

Начнем с инструментов. Наиболее пригодны для операции искусственного аборта желобоватые зеркала, они не слишком растягивают влагалище и не способствуют крайнему низведению шейки. Зеркала типа Фрича (плоские и короткие) менее пригодны.

Пулевые щипцы на переднюю и заднюю губы применяются чаще, чем щипцы Мюзе. Пулевые щипцы всегда должны быть хорошо пригнаны и с хорошим замком. При захватывании шейки пулевыми щипцами надо стараться не заходить в глубь цервикального канала, иначе при расширении каждый расширитель будет резко надавливать на находящуюся внутри канала часть бранши и тем самым способствовать разрыву. Лучше захватывать шейку не в прямом, а в поперечном размере, горизонтально, выше и ниже наружного отверстия шеечного канала.

У первобеременных с резко конической шейкой вместо пулевых щипцов можно рекомендовать так называемые «шелковые держалки», наложенные с помощью иглодержателя на переднюю и заднюю губы шейки; крутые иглы с прочными нитками вводятся со стороны цервикального канала и выводятся над наружным зевом спереди и сзади в расстоянии сантиметра от края. Шелковые «держалки» захватываются пеланами; передний пелан берет помощник, а задний — оператор.

Зонд предпочитается Мартина с делениями; должен быть на столе также и пуговчатый, гибкий, которому можно было бы придать любую форму.

Расширители. Обязательны конические расширители с полуномерами; они более постепенно, бережнее растягивают ткань, чем цилиндрические и с целыми номерами.

Абортцанг должен быть без кремальеры, которая только затрудняет и замедляет операцию.

Кюретки. При операции необходимо иметь несколько номеров кюреток, тупых и острых и полуострых разной величины (№№ 3, 4, 5, 6), гибкости и остроты. При