

верхнего края пирамиды височной кости (угол Чителли). Предзатылочная зарубка — это часть теменно-затылочной борозды, которая видна на дорзальной поверхности полушарий головного мозга. По нашим данным, у детей в раннем возрасте она отстоит впереди от центра задне-верхнего родничка на расстоянии в среднем 1 см. С достижением 5—7-месячного возраста форма черепа довольно разнообразна, а к году наблюдаются чаще мезо- и брахицефалические формы черепа, поэтому на боковых снимках наблюдается как бы сближение этого расстояния. С 3-летнего возраста отстояние теменно-затылочной борозды от лямбда почти такое же, как и у взрослых. На боковой рентгенограмме черепа нижнюю границу теменной доли в заднем отделе определяли линией, проведенной от заднего конца Сильвиевой борозды до наиболее отдаленной точки выпуклости чешуи затылочной кости, но доведенной лишь до слабовыпуклой линии, отмеченной выше.

Височная доля на боковом снимке черепа располагается ниже проекции Сильвиевой борозды. Спереди границей височной доли является полуовальная линия (выемка большого крыла основной кости) прилегающей к кассете стороны. Нижнюю границу височной доли составляет основание средней черепной ямки, простирающейся впереди от угла Чителли, заднюю границу — нижний участок слабовыпуклой линии, которая является продолжением линии, проведенной от предзатылочной зарубки до угла Чителли.

Затылочная доля по объему меньше остальных, занимает верхнюю вогнутость затылочной кости и лежит на мозжечковом намете. На боковом снимке черепа разграничение затылочной доли от теменной представлено отчасти наружным отделом теменно-затылочной борозды. Затылочная доля головного мозга в раннем детском возрасте относительно больше, чем у взрослого; по нашим данным, с возрастом затылочный полюс опускается.

Мозжечок на боковом снимке черепа проецируется ниже мозжечковой палатки до контуров основания задней черепной ямки; у новорожденного, будучи мало развитым, располагается в черепе выше, чем у детей старшего возраста. Нижний край мозжечка новорожденных на 0,8 см не доходит до заднего края большого затылочного отверстия. По нашим данным, наиболее бурный рост мозжечка приходится на первый год жизни. У грудных детей из-за недостаточного развития мозжечка имеется большая мосто-мозжечковая цистерна.

В лобно-носовой проекции черепа лобные доли головного мозга ограничиваются справа и слева проекциями центральных борозд. Проекцией их являются линии, проведенные с некоторой выпуклостью от верхнего отдела большого крыла основной кости до контуров свода черепа между теменными буграми и сагиттальным швом.

Теменные доли определяются на участке между центральными и Сильвиевыми бороздами. Чтобы воспроизвести проекцию Сильвиевых борозд на лобно-носовом снимке черепа, следует также провести линию с некоторой выпуклостью кнаружи от верхнего отдела большого крыла основной кости до теменных бугров.

Височные доли проецируются кнаружи от Сильвиевых борозд в верхних отделах и кнаружи от большого крыла основной кости в нижних. Границей височных долей снизу являются верхне-наружные стенки орбит.

Затылочные доли на лобно-носовых снимках черепа краеобразующими не являются, однако, учитывая особенности теневой передачи объемного органа на плоскость пленки, мы можем воссоздать проекции затылочной доли мозга. Для этого следует провести справа и слева выпуклые в сторону теменных бугров линии, соединяющие лямбда (у грудных детей центр задне-верхнего родничка) с углом Чителли, что является верхней границей затылочной доли, а нижняя граница соответствует проекции нижнего края мозжечкового намета, который определяется также слегка выпуклой линией от внутреннего затылочного бугра до угла Чителли. Участок, располагающийся ниже затылочной доли на лобно-носовом снимке, относится к малому мозгу.

УДК 616—006. 81

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА И МЕЛАНОМЫ

А. С. Абдуллин

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Пигментные новообразования кожи встречаются часто. В большинстве случаев они доброкачественные. Меланома, являющаяся наиболее злокачественной опухолью, наблюдается гораздо реже. По данным разных авторов, злокачественная меланома составляет от 2,8 до 10% всех карцином кожи.

Разнообразие клинической картины пигментных новообразований весьма затрудняет диагноз.

Диагностика злокачественной меланомы опирается в основном на осмотр и пальпацию, так как биопсия при таких процессах противопоказана. Определение же накопления P^{32} , антитирозиназы в сыворотке крови, меланурии и электрометрический способ пока еще не нашли широкого применения в поликлинических условиях. Необходимо отметить, что диагноз злокачественной меланомы, установленный даже в клинических условиях, гистологическим исследованием подтверждается только в 50—70%.

Известно, что злокачественная меланома развивается в большинстве случаев из пигментного невуса (врожденного или возникшего во внеутробной жизни). В современной литературе приведены следующие признаки меланомы: 1) рост пятна по периферии и возвышение над кожей; 2) изменение исходного цвета (усиление или ослабление пигментации); 3) появление красноты и застойной ареолы вокруг его основания; 4) появление новых пигментных пятен; 5) изъязвление, образование корок и кровоточивость поверхности; 6) наличие увеличенных регионарных лимфоузлов; 7) характерная локализация; 8) субъективные ощущения (зуд, жжение, напряжение).

Большое значение для диагностики имеет подробно собранный анамнез, который выясняет время появления, течение и начало активизации пигментного невуса.

Неправильная или ошибочная диагностика злокачественной меланомы влечет за собой и ошибочную тактику в лечении. Врач при диагностике злокачественной меланомы должен взять на себя серьезную ответственность и проявить большую осторожность.

С 1947 по 1963 г. в нашу клинику были направлены 165 больных с пигментными новообразованиями. Из них 75 поступили с диагнозом: злокачественная меланома. При обследовании в клинических условиях с последующим гистологическим подтверждением выявлены: злокачественная меланома — у 43, пигментный невус — у 10, гемангиома — у 9, прочие образования (пигментные папилломы, базалиома, базальноклеточный рак) — у 13.

Из 90 больных, поступивших с диагнозом пигментный невус, он подтвердился лишь у 61; у 4 больных оказалась злокачественная меланома, у 4 — гемангиома, у 3 — плоскоклеточный рак и у 18 — прочие пигментные образования. Кроме того, у 24 больных, поступивших с диагнозом: рак кожи, была установлена злокачественная меланома, а у 3 — пигментный невус.

Приведенные данные говорят о том, что количество ошибочных диагнозов, поставленных в поликлиниках и районных больницах, значительно.

Указанные диагностические ошибки отразились и на тактике хирургов. Так, из 75 больных злокачественной меланомой 20 больных поступили в клинику с наличием метастазов в регионарные лимфоузлы после нерадикальных (экономных) иссечений пигментных новообразований.

Примерами такого рода ошибочной диагностики и терапии могут служить следующие наши наблюдения.

1. Г., 38 лет, поступил в клинику 16/V 1963 г. с жалобами на наличие опухолевидных образований в левой подмышечной области. Из анамнеза выяснилось, что в левой плечевой области у больного имелась родинка, которую он в течение последних 1,5 лет часто травмировал. Родинка очень медленно увеличивалась, иногда зудела, временами покрывалась корочкой. Месяц назад во время профилактического осмотра больной обратил внимание хирурга на это пигментное образование, которое было экономно иссечено в амбулаторных условиях. Гистологическое исследование не производилось. Через три недели больной заметил опухолевидное образование в подмышечной области и поступил в нашу клинику.

Данные осмотра и обследования внутренних органов не выявили особых отклонений. В области левого плеча — рубец 1,5—2 см, в подмышечной области — лимфоузлы 4×3 см, 2×1,5 см, плотные, безболезненные, подвижные.

22/V 1963 г. — радикальное иссечение регионарных лимфоузлов. Послеоперационное течение гладкое.

Гистологический диагноз: метастазы злокачественной меланомы в лимфоузлы.

2. А., 58 лет, поступила в клинику 25/VII 1963 г. На подошве правой стопы — темное пятно. В 1954 г. больная получила травму правой стопы, а в 1960 г. появилось темное пятно величиной с копеечную монету. Вначале пятно не беспокоило, а затем оно потрескалось, появились боли. Больная обратилась к врачу. В течение месяца лечилась без эффекта повязками с мазью Вишневского.

Данные общего осмотра и обследования не выявили особых отклонений.

На коже подошвы правой стопы, у основания первого пальца, имеется пигментное образование почти черного цвета, 3,5×2 см, несколько возвышающееся, с неровной поверхностью и изъязвлением.

Клинический диагноз: злокачественная меланома правой стопы.

Больная получила 30 сеансов короткофокусной рентгенотерапии с последующей ампутацией стопы на уровне лисфранкового сустава и операцией Дюкена.

Гистологический диагноз: злокачественная меланома.

В приведенных нами случаях были допущены следующие ошибки: недостаточно целенаправленно и подробно собран анамнез, который в обоих случаях был довольно характерным; недостаточно оценены объективные данные; без уточнения диагноза

предприняты нецелесообразные методы лечения; в первом случае не произведено гистологическое исследование удаленного участка ткани.

При диагностике и лечении пигментных новообразований необходимо учитывать локализацию. Чаще всего злокачественному перерождению подвергаются пигментные образования, располагающиеся на голове и конечностях и подвергающиеся постоянной микротравме.

У неполовозрелых малигнизация невусов встречается очень редко. Если врач уверен, что образование представляет собой лишь пигментное пятно, если оно не мешает и располагается на участке, не подвергающемся постоянному трению, то нет показаний для его удаления. В неясных случаях нельзя прибегать к прижиганию, электрокоагуляции, рентгенотерапии и неадекватному иссечению. Следует производить широкое иссечение с последующим гистологическим исследованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров Н. Н., Холдин С. А. Злокачественные опухоли, т. 2, Медгиз, Л., 1952. — 2. Шанин А. П. Пигментные опухоли. Медгиз, Л., 1959. — 3. Шанин А. П. Вopr. онкол., 1962, 9. — 4. Щеловова Т. Д. Мед. радиол., 1961, 9. — 5. Венкен Т., Шугар Я. Злокачественные опухоли кожи. Будапешт, АН Венгрии, 1962.

УДК 618. 177

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ, СВЯЗАННОГО С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Н. И. Раимова

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Среди многочисленных причин женского бесплодия видное место (по данным С. Н. Хейфец — 24,4%) занимает нарушение функции яичников. При этом отмечается, что в основе функционального бесплодия лежат нарушения менструального цикла и ановуляторные циклы. Различные исследователи по-разному оценивают значение ановуляторных циклов в этиологии бесплодия. Так, Г. Г. Гамбарова, Э. Новак считают их причиной бесплодия функционального происхождения в 50% всех бесплодных браков, К. В. Проняева — в 25%, Е. И. Кватер — в 10%, А. Э. Мандельштам — в 9,1%.

В настоящей работе излагается наш небольшой опыт диагностики и лечения бесплодия, вызванного дисфункцией яичников как с нарушением, так и без нарушения менструального цикла.

С 1960 по 1963 гг. под нашим наблюдением находились 12 женщин, страдавших бесплодием, у которых на основании анамнеза, общего и гинекологического обследования не было обнаружено общих заболеваний, а также органических изменений в половых органах, которые могли бы явиться причиной бесплодия.

Наблюдения позволили выделить три группы больных с различным характером функциональных изменений.

1 гр. — 5 больных с регулярным менструальным циклом, страдающих бесплодием в течение от 5 до 12 лет, с резко выраженными функциональными изменениями (возраст — от 30 до 37 лет). У 3 из них было первичное и у 2 — вторичное бесплодие.

При обследовании этой группы больных в динамике в течение 2—3 месяцев выявлено: ректальная температура слабая двухфазная, динамические изменения феномена «зрачка» слабо выраженные, кристаллизация шеечной слизи исчезала поздно, динамические изменения цитологии во влагалищных мазках во второй половине цикла выражены слабо, в соскобах эндометрия накануне менструации обнаружена недостаточная трансформация в фазу секреции. У этих женщин менструальный цикл был двухфазный с относительной недостаточностью лютеиновой фазы.

Лечение проводилось прогестероном, который вводился в фазе желтого тела (в течение 6—8 дней каждого месяца в продолжение 2—5 месяцев). С целью воздействия на парасимпатические центры межучточного мозга назначали аскорбиновую кислоту в овуляторную и постовуляторную фазы и физиотерапевтические процедуры (диатермия). После лечения ректальная температура у всех женщин была выраженной двухфазной, что указывало на активизацию функции желтого тела. После проведенной терапии у всех женщин в течение 2—6 месяцев наступила беременность, причем у одной произошел самопроизвольный выкидыш. У 3 женщин беременность закончилась родами (у одной из них были явления угрожающего выкидыша при сроке беременности в 10 недель, беременность удалось сохранить с помощью лечения прогестероном). Одна женщина беременна в настоящее время.