

РОЭ — 55 мм/час. В последующем постепенно развивалась умеренная гипохромная анемия. Количество сахара в крови колебалось от 200—310 до 400 мг% и выше. Сахара в суточной моче не находили, была лишь периодическая положительная качественная реакция на сахар. В первые дни в моче был ацетон, который позже не обнаруживался. Удельный вес мочи 1005—1002, белка 0,16‰ или следы, дрожжевые грибки в большом количестве. Употребление за сутки жидкости и суточный диурез от 2 до 6 л.

Отсутствие глюкозурии при наличии значительной гипергликемии можно было бы объяснить диабетическим гломерулосклерозом. Однако отсутствие диабетической ретинопатии и выраженной протеинурии, постоянно встречающихся при диабетическом гломерулосклерозе, позволило нам исключить данное осложнение сахарного диабета.

9/V 1961 г. больная скончалась.

Клинический диагноз. Плуригландулярная недостаточность с преобладанием гипофизарной. Сахарный диабет как проявление данного заболевания.

Патологоанатомический диагноз. Киста передней доли гипофиза. Истощение. Атрофия внутренних органов. Плуригландулярная недостаточность.

УДК 618. 19

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Т. Д. Шигарев*

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

Как известно, молочная железа находится под регулирующим воздействием гормонов гипофиза, яичника, надпочечника и щитовидной железы. В настоящее время главным методом лечения дисгормональных опухолей молочной железы является гормонотерапия.

Я. М. Брускин (1962) при гормонотерапии доброкачественных заболеваний молочной железы определяет гормональный профиль больных с помощью цитологических исследований вагинальных мазков.

Однако кроме гормональной терапии по определенным показаниям применяется часто секторальная резекция молочной железы.

После секторальной резекции рецидивы наблюдаются от 4 до 30%. В результате применения гормонотерапии полное излечение наступает у 25—60%, улучшение — у 60—100%.

Е. А. Ирд (1962) установила, что микродозы йода вызывают рассасывание фолликулярных кист яичника, оказывающих влияние на возникновение дисгормональных заболеваний молочной железы. В последние годы в литературе появились сообщения об эффективности лечения микродозами йода и дисгормональных заболеваний молочной железы.

Литературные данные о частоте перехода мастопатии в рак весьма разноречивы. Прлиферативные формы мастопатии, особенно солидная и папиллярная, чаще переходят в рак, чем другие формы.

Мы изучили отдаленные результаты лечения 200 больных с дисгормональными заболеваниями молочной железы за время с 1955 до 1959 г. 48 из них получали метилтестостерон по схеме С. А. Холдина и В. М. Поповой (7 страдали мастодинией молочной железы, 27 — фиброзно-кистозной мастопатией, 14 — фиброзной), а 152 больным была произведена секторальная резекция молочной железы (84 страдали фиброаденомой молочной железы, 63 — фиброзно-кистозной и фиброзной мастопатией, 5 — протоковой формой мастопатии).

Секторальная резекция при фиброаденомах в большинстве случаев производилась у больных в молодом возрасте (от 20 до 40 лет), а при фиброзной, фиброзно-кистозной и протоковой формах мастопатии — в более пожилом возрасте (30—50 лет). Метилтестостероном лечили преимущественно больных в возрасте от 20 до 40 лет.

После секторальной резекции молочной железы мы у 40 чел. (26,2%) обнаружили опухоли в «больной», а в некоторых случаях и в «здоровой» молочной железе; из них у 11 чел. — после удаления фиброаденомы, у 27 — после фиброзно-кистозной и фиброзной мастопатии и у 2 — после секторальной резекции молочной железы по поводу протоковой формы мастопатии. Двустороннее поражение молочных желез было у 12 больных, у 15 опухоль обнаружена в молочной железе, где была произведена секторальная резекция, а у 13 она располагалась в «здоровой» молочной железе. У некоторых больных секторальная резекция произведена несколько раз ввиду повторных появлений опухолей. Трех больным с фиброаденомой и трем с кистозно-

фиброзной мастопатией секторальная резекция произведена дважды, одной — четыре раза и одной 5 раз. При секторальной резекции не устраняется основная причина заболевания (фолликулярные кисты яичника, гормонопродуцирующие опухоли надпочечников, гипофиза и др.).

Лечение метилтестостероном не дало эффекта у 10 (с фиброзной мастопатией), у 38 больных привело к улучшению (опухоль уменьшилась, боли прекратились). Из 38 больных в последующем полное выздоровление наступило у 7 в результате нормализации половой жизни, родов и наступления глубокой менопаузы, у остальных вновь появились боли и уплотнения в молочной железе. Эти больные были подвергнуты операциям, так как повторное лечение метилтестостероном не дало стойкого выздоровления. При лечении больных с дисгормональными заболеваниями молочной железы метилтестостероном наблюдались повышенное либидо и вирилизация, которые проходили после прекращения лечения; наблюдались функциональные маточные кровотечения, прекратившиеся в результате лечения прогестероном.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брускин Я. М. Дисгормональные заболевания молочной железы. Медгиз, М., 1962. — 2. Бобров М. Я. *Вопр. онкол.*, 1964, 4. — 3. Слоним И. Я. *Мастопатия*. Госмедиздат УССР, Киев, 1955. — 4. Холдин С. А. и Попова В. М. В сб.: *Вопросы онкологии*. 1954, 7. — 5. Холдин С. А. и Попова В. М. В кн.: *Профилактика злокачественных опухолей*. Под ред. А. И. Сереброва. Медгиз, М., 1955.

УДК 618. 7—005. 1—616—001—611—663

## КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

*Ю. П. Николаева*

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.— прсф. Х. Х. Мещеров)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова

Литературные данные о кровотечении из разрывов шейки матки разноречивы. Не всегда интенсивность такого кровотечения зависит от степени разрыва, так как существенное значение имеет калибр поврежденного кровеносного сосуда. Поэтому часто даже при больших травмах кровотечение бывает незначительным.

Ни в отечественной, ни в доступной нам зарубежной литературе мы не нашли работ о кровотечениях из повреждений шейки при повторных родах.

У наблюдаемых нами повторнородящих при свежих повреждениях шейки кровотечение было в 1,8% (у 4 из 222 рожениц), а при увеличении уже имеющейся старой травмы — в 2,83%.

На 718 первородящих с разрывами шейки кровотечения мы наблюдали лишь у 5 женщин (0,69%). Это были первобеременные в возрасте от 24 до 30 лет. У 2 женщин была проведена операция метрейриза. У 2 наблюдалось раннее отхождение околоплодных вод. У 3 были односторонние разрывы I—II ст.; у одной — двусторонние I ст. Вес детей был от 2700,0 до 3800,0. Кровопотеря равнялась 450—650 мл. Гистологическое исследование кусочков шейки матки, полученных при освежении краев разрывов, показало обширные кровоизлияния в стromу ее.

Мы наблюдали 3 женщины со значительными кровотечениями из неполных разрывов шейки матки.

Приводим краткие выдержки из историй родов.

1. Т., 21 года, беременность первая, роды срочные, самопроизвольные, в передне-затылочном предлежании. Длительность I периода родов 21 час. 10 мин., II — 25 мин., III — 10 мин. Вес плода 2700,0. Сразу же после рождения плода появилось кровотечение. Дно матки ниже пупка, матка плотная, хорошо сократившаяся. Кровотечение из неполного разрыва слизистой оболочки цервикального канала справа. Со стороны цервикального канала наложено 2 шва, после чего кровотечение остановилось. Кровопотеря 500 мл. В послеродовом периоде — однократное повышение температуры до 37,8°. Выписана с ребенком на 7-й день после родов в удовлетворительном состоянии.

Повторный осмотр через пять недель: шейка цела, наружный зев в виде небольшой щели.

2. Р., 22 лет, беременность третья, роды вторые, преждевременные, самопроизвольные, в передне-затылочном предлежании. Длительность I периода родов 8 час. 20 мин., II — 30 мин., III — 5 мин. Вес плода 2400,0. Сразу же после рождения плода