

Гормональное лечение осуществлено 50 больным: 29 получали циклическую терапию эстрогенами и прогестероном, 21 — синтетические прогестины. Сравнительное изучение эффективности двух методов гормональной терапии проведено на основе анализа менструальной и генеративной функций. Для лечения нарушений менструального цикла, сопровождающихся гиперплазией эндометрия, более эффективно применение синтетических прогестинов. При их использовании нормализация менструальной и генеративной функций наступает в 2—3 раза чаще, чем при проведении циклической гормональной терапии. Кроме того, гиперпластические процессы в эндометрии после лечения наблюдались у каждой 5-й больной после применения прогестинов и у каждой 2-й после циклической гормональной терапии. Эти данные согласуются с данными И. М. Грязновой (1977) и других о том, что характерной особенностью механизма действия синтетических прогестинов является как ингибирующий эффект на различные уровни гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы во время приема этих препаратов, так и прямое воздействие их на клетки органов мишеней, в данном случае гиперплазированный эндометрий во время лечения без опосредования через гипофиз-надпочечники-яичники.

Следовательно, лечение больных, страдающих нарушением менструальной функции, должно быть строго индивидуальным в зависимости от установленной причины. Очевидно, не будет преувеличением сказать, что правильная патогенетическая терапия и динамический контроль за ее эффективностью могут в определенной степени явиться действенной профилактикой рака тела матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грязнова И. М. Труды IV съезда акушеров-гинекологов РСФСР. М., 1977.
2. Железнов Б. И. Там же.
3. Савельева Г. М. Там же.
4. Серов В. Н. Там же.

Поступила 1 апреля 1978 г.

УДК 618.36—006.325

РЕГРЕССИРУЮЩАЯ ФОРМА ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА¹

М. А. Давыдова, Н. Л. Капелюшник, Р. А. Осипов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. А. З. Уразаев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. При регрессирующей форме пузырного заноса происходит обратное его развитие, размеры матки уменьшаются, и заболевание протекает как несостоявшийся выкидыш. Если вначале рост матки опережал срок предполагаемой беременности, то в дальнейшем наблюдалось уменьшение матки. Реакции на беременность постепенно угасали и становились отрицательными.

Ключевые слова: пузырный занос, клиническое течение.

Библиография: 5 названий.

Пузырный занос — одна из форм трофобластической болезни. В 4—6% [1] он перерождается в хорионэпителиому, в таком же проценте случаев [3] возможен инвазивный рост его с разрушением стенки матки и с опасным для жизни кровотечением. Чем дольше пузырный занос остается в матке, тем хуже его прогноз. Отсюда очевидно, как важно раннее распознавание этого заболевания. Между тем диагностика пузырного заноса представляет известные трудности и требует дальнейшей разработки.

В настоящее время для постановки диагноза пузырного заноса применяются клинические, биологические, иммунологические, рентгенологические, эндоскопические, гистологические и другие методы исследования, а также запись эхограммы. Однако при любых методах диагностики вначале необходимо поставить предположительный диагноз пузырного заноса. Последний вытекает прежде всего из оценки клиники

¹ Доложено на заседании научного общества акушеров-гинекологов г. Казани 16/III 1978 г.

заболевания. Наряду с кровянистыми выделениями из половых путей и ранним токсикозом беременных характерным клиническим признаком данной патологии считается быстрый рост матки, опережающий темпы прироста ее при нормальной беременности [4].

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что этот ведущий симптом встречается далеко не во всех случаях. У ряда больных с пузырным заносом мы отмечали отставание матки по величине от предполагаемого срока беременности. По данным О. П. Тарасенко (1962), матка была меньше соответствующего срока беременности у 25,9% женщин. Это позволяет нам выделить две формы клинического пузырного заноса: прогрессирующую и регрессирующую. Можно предположить, что при регрессирующей форме происходит обратное развитие пузырного заноса, в связи с чем размеры матки уменьшаются, и заболевание протекает как несостоявшийся выкидыш.

С 1967 по 1977 г. мы наблюдали 9 больных в возрасте от 27 до 33 лет с подобной формой пузырного заноса. Три из них были первобеременными, шесть — повторнобеременными.

У всех женщин в первые месяцы данной беременности размеры матки были больше предполагаемого срока, имелись симптомы раннего токсикоза беременных, биологические реакции на беременность были положительными, периодически наблюдались скудные кровянистые выделения из половых путей. Регресс пузырного заноса отмечен в разные сроки беременности, но не позднее 22—24 нед. При этом размеры матки уменьшались, симптомы токсикоза шли на убыль, биологическая реакция на беременность у 4 женщин стала отрицательной, а у 5 при положительной реакции титр хориального гонадотропина резко уменьшился. Если раньше реакция была положительной при разведении мочи 1 : 50, 1 : 100 и более, то после уменьшения размеров матки максимальное разведение мочи для получения положительного ответа биологической реакции снизилось до 1 : 6 и меньше, и реакция с кипяченой мочой становилась отрицательной. После изгнания пузырного заноса реакция становилась отрицательной максимум через 4—5 дней.

При несостоявшемся выкидыше, в отличие от регрессирующего пузырного заноса, при уменьшении размеров матки биологическая реакция у всех больных стала отрицательной.

У 3 больных после создания гормонального фона и медикаментозного родовозбуждения основная масса пузырного заноса выделилась самостоятельно, остатки были удалены кюреткой; у 2 он был удален эксхорхеатором, после чего произведена ревизия стенок полости матки тупой кюреткой. У 4 женщин при небольших размерах матки пузырный занос был удален кюреткой.

При гистологическом исследовании ткани пузырного заноса хориальный эпителий пузырьков заноса был без выраженной пролиферации. Он состоял из слоя Лангганса и синцития, строма была отеочной.

Известно, что у ряда больных при пузырном заносе отмечается резко выраженная гиперплазия хориального эпителия без сохранения последовательности расположения обоих видов клеток с их полиморфизмом и гиперхроматозом. Подобная морфологическая картина вызывает подозрение о переходе пузырного заноса в хорионэпителиому и может даже привести к ошибочному диагнозу последней [2]. Ни у одной из больных с регрессирующей формой пузырного заноса мы не выявляли подобной атипической гистологической картины хориального эпителия пузырного заноса и не наблюдали развития хорионэпителиомы. У всех 9 больных после пузырного заноса наступила беременность, у 4 она завершилась нормальными родами, у 5 — искусственным абортom.

В настоящее время под нашим контролем находятся еще 5 больных, перенесших 1—2 г. назад регрессирующий пузырный занос. Менструальная функция у них нормальная, но от беременности они предохраняются, поэтому еще нельзя исключить возможность развития хорионэпителиомы, хотя длительный латентный период при пузырном заносе встречается редко.

Наши наблюдения немногочисленны и не позволяют сделать окончательных выводов, тем не менее сам факт возможности обратного развития пузырного заноса имеет, несомненно, большое практическое и теоретическое значение как для своевремен-

ной постановки диагноза и выбора метода лечения, так и, возможно, для выяснения этиологии и патогенеза данного заболевания. Изложенное свидетельствует о необходимости дальнейших исследований в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккер С. М. Патология беременности. «Медицина», Л., 1975.— 2. Давыдова М. А. Казанский мед. ж., 1961, 1.— 3. Ермакова Г. Г. Акуш. и гинек., 1961, 5.— 4. Нечаева И. Д., Дильман В. М. Трофобластическая болезнь. «Медицина», Л., 1976.— 5. Тарасенко О. П. Клиника, диагностика, лечение пузырного заноса и отдаленные результаты. Автореф. канд. дисс., Черновицы, 1962.

Поступила 28 июня 1978 г.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 617.54+617.55]—001.4

СОЧЕТАННЫЕ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ

Г. М. Николаев, Г. Д. Медведовская

Кафедра травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии с курсом нейрохирургии (зав.— проф. Г. М. Николаев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Частота торако-абдоминальных ранений в мирное время, по данным ряда авторов, составляет от 36 до 57% проникающих ранений грудной клетки. Процент диагностических ошибок варьирует от 33,3 до 80 [1, 2]. С 1966 по 1977 г. в хирургическом, травматологическом и нейрохирургическом отделениях 15-й больницы г. Казани находилось под наблюдением свыше 9000 пострадавших с различными травмами, из них 866 человек с сочетанными. Из общего количества пострадавших — 118 лиц с травмой грудной клетки и ее органов.

С закрытыми сочетанными торако-абдоминальными травмами было 39 человек, с открытыми сочетанными огнестрельными ранениями — 25. Следовательно, с торако-абдоминальными ранениями и травмами наблюдалось 64 пострадавших.

В зависимости от характера повреждений пострадавшие разделены нами на 5 групп: 1-я — больные, у которых ранение груди и диафрагмы не вызвало повреждений паренхиматозных и полых органов, но имелись сочетанные травмы, повреждения (ребер, позвоночника); 2-я — лица с повреждением только органов грудной клетки и диафрагмы; 3-я — пациенты с повреждениями паренхиматозных органов; 4-я — пострадавшие с торако-абдоминальными повреждениями и одновременным повреждением полых органов живота; 5-я — больные с повреждением органов грудной клетки в сочетании с ранениями органов брюшной полости.

Наслоение различных симптомов и снижение критики объективного восприятия самих пострадавших объясняют всю сложность получения достоверных данных при общепринятых методах клинического обследования. Необходимо целенаправленно определять ведущее повреждение: при травме груди — в первую очередь рентгенологическое обследование, плевральные пункции, перикардиоцентез, торако- и бронхоскопия; при повреждениях органов живота — рентгенологическое обследование, лапароцентез, лапароскопия.

В настоящее время без специального реанимационного обеспечения почти невозможно спасти жизнь пострадавшим. Поэтому в организованной нами палате интенсивной терапии, оснащенной современной мониторной системой, в составе дежурной бригады круглосуточно находятся хирург, травматолог, нейрохирург, анестезиолог и реаниматолог.

Из 64 пострадавших с закрытыми и открытыми сочетанными торако-абдоминальными ранениями и повреждениями 75% находились в состоянии шока, преимуще-