

Что касается эффективности того или другого химиотерапевтического препарата, то можно утверждать, что этимидин дает более быстрые и более ощутимые результаты. Отрицательной стороной этого препарата является его токсическое действие на орган слуха.

Все примененные препараты вызывают также и уменьшение количества лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов, что требует принятия общеизвестных специальных мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросова Е. П. *Акуш. и гин.*, 1953, 3. — 2. Блохина Н. Г. В кн.: Вопросы химиотерапии злокачественных опухолей. Медгиз, М., 1960. — 3. Воскресенский П. А. *Акуш. и гин.*, 1954, 2. — 4. Жарданиа. Там же, 1956, 5. — 5. Краевская П. С. Рак яичников. Медгиз, М., 1960. — 6. Ларионов Л. Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей. Медгиз, М., 1962. — 7. Новикова Л. А. *Акуш. и гин.*, 1961, 3. — 8. Переводчиков Н. П. Лекарственные методы лечения злокачественных опухолей. Медгиз, М., 1961. — 9. Серебров А. И. *Акуш. и гин.*, 1959, 3; там же, 1960, 3. — 10. Сигалов А. Б. *Акуш. и гин.*, 1959, 3. — 11. Соловьева Л. А. *Тр. Омского мед. ин-та*, 1957, 21.

УДК 616—073.75—616—006.55—618.11

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА СОСОЧКОВОЙ КИСТОАДЕНОМЫ ЯИЧНИКА

Л. М. Тухватуллина

I кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Н. Е. Сидоров)
и II кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Д. Е. Гольдштейн)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

При гистеросальпингографии диагноз опухоли яичника ставится обычно на основании косвенных признаков: смещение матки в сторону, противоположную локализации опухоли, дугообразное подтягивание трубы кверху при больших опухолях яичников с сохранением ее проходимости (при воспалениях придатков матки трубы непроходимы). Иногда контрастное вещество, введенное при гистеросальпингографии в брюшную полость, окружает опухоль, вследствие чего становится отчетливой не только ее величина, но и поверхность (Ю. Рушковски и Д. Славиньска, 1963).

Приводим два наших наблюдения.

I. А., 31 года, поступила по поводу воспалительной опухоли правых придатков матки. Жалуется на постоянные боли внизу живота. Перенесла аппендэктомию. За мужем с 22 лет. Первая беременность закончилась нормальными родами, остальные две — искусственными абортми, причем последний был три года назад. В течение 5 лет больная страдает воспалением правых придатков матки. Заболевание связывает с простудой. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно с временным улучшением. Последнее стационарное лечение проводилось месяц назад в течение 28 дней.

Состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, внутренние органы без отклонений от нормы. Наружные половые органы сформированы правильно, шейка цилиндрическая, чистая. Влагалище широкое, зев закрыт, матка в антефлексии, отклонена кзади, плотная, безболезненная, не увеличенная. Левые придатки не определяются. Справа прощупывается опухоль овальной формы величиной с небольшое яблоко, болезненная, ограниченная в подвижности.

Гем.—15,2 г%, Э.—4 890 000, Л.—7200, формула без отклонений. РОЭ 8 мм/час. Гонококки не обнаружены. Р. Пирке положительная.

Гинекография. На фоне введенного газа определяется тень матки, отклоненной влево и кзади, видна тень неувеличенного левого яичника и неоднородная тень значительно увеличенного правого яичника с изъеденными контурами. После введения контрастного вещества тень полости матки обычная, выражены трубно-маточные сфинктеры Рейнберг — Арнштама. Фаллопиевы трубы тонкие, проходимость сохранена с обеих сторон. Через 24 часа контрастное вещество располагается в брюшной полости в виде полос, отдельных мелких шариков и скоплений.

Поставлен диагноз: опухоль правого яичника с папиллярными разрастаниями, спайки в брюшной полости.

При лапаротомии обнаружены точечные кровоизлияния в париетальную и висцеральную брюшину, небольшой геморрагический асцит. Матка нормальной формы и величины, левые придатки матки не увеличены, непосредственно ко дну матки припаяна исходящая из правого яичника опухоль в форме цветной капусты, величиной с мужской кулак.

Диагноз — папилломатоз правого яичника.

Произведена простая экстирпация матки и придатков, резекция большого сальника.

Гистологически — кистоаденома с несколько усиленной пролиферацией эпителия, но без признаков малигнизации.

Послеоперационный период протекал гладко. Проведен курс лечения бензотэфом.

Выписана с клиническим выздоровлением под наблюдение врача.

2. Г., 34 лет, была произведена гистеросальпингография по поводу двухсторонних опухолей придатков матки.

На рентгенограмме контрастное вещество окружает опухоль правого яичника, причем тень контрастного вещества располагается в виде шариков; слева — слабая тень обызвествления. Через 24 часа остается тень контрастного вещества в виде мелких шариков, окружающая опухоль правого яичника.

При лапаротомии найдены двухсторонние сосочковые кистоаденомы яичников с кальцинацией левосторонней опухоли. Произведена простая экстирпация матки и придатков.

После выздоровления выписана под наблюдение врача.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о возможности диагностики сосочковых опухолей яичника, что очень ценно для решения вопроса о терапии.

Если контрастное вещество расположено вокруг опухоли яичника в виде мелких шариков и проникает между разрастаниями опухоли, следует предположить сосочковую кистоаденому яичника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елинсон Ж. Л., Савинова В. Ф. Акуш. и гин., 1964, 4.—2. Новикова Л. А., Мarmorштейн С. Я. Вopr. онкол., 1959, 8.—3. Селезнева Н. Д., Моисеева Е. Н. Акуш. и гин., 1960, 6.—4. Маршалек Я., Женишек Л. Рентгенодиагностика заболеваний женской половой сферы. Прага, 1963.—5. Ружковски Ю., Славиньска Д. Атлас гинекологической рентгенодиагностики. Варшава, 1963.

УДК 612.398.132—618.14—005.1

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИБРИНОЛИЗА ПРИ НЕКОТОРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

И. М. Мазитов

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им В. И. Ленина и кафедра биохимии (зав. — доктор мед. наук Д. М. Зубаиров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В последние годы фибринолитическая система крови привлекает к себе внимание не только физиологов и биохимиков, но и широкого круга практических врачей всех специальностей.

Фибринолитическая система — сложная ферментативная система, в которую входят активируемые, активирующие и ингибиторные агенты. Она является частью общего сложного биологического процесса, происходящего в крови.

Шарп (1964) указывает, что хотя механизм фибринолиза на первый взгляд является простым, точный путь фибринолиза еще не совсем ясен. Он дает следующую схему механизма фибринолиза (см. рис. 1 на стр. 51).

Нормальная кровь содержит в значительном количестве неактивный профермент плазминоген (профибринолизин) и проактиватор плазминогена, а также в большом количестве ингибиторы плазмина (антиплазмины). Наличие активаторов плазминогена в различных тканях человека и животных впервые описали Аструп и Пермин (1947), Альбрехтсен (1957).

Высоким содержанием активатора отличаются органы, имеющие латентную тенденцию к кровотечениям (легкие, матка, яичники, простата, щитовидная железа, надпочечники и лимфоузлы).

В крови и некоторых тканях также обнаружены лизокиназы, которые активируют проактиватор плазминогена крови в активатор.

Фиерли и др. (1953, 1955) при определенных условиях (низкая температура) наблюдали спонтанные случаи низкого уровня фибринолитической активности у нормальных взрослых людей, не подвергнутых стрессу (у 50 чел. из 60). О наличии в крови некоторого количества активного плазмина сообщают также Макфарлан и Пеллинг (1946), Г. В. Андреев (1964) и др. Это, по-видимому, является ответом на