

НАРУЖНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

П. З. Гоголов

Родильный дом г. Сочи (главврач — А. М. Юхимец)

В доступной нам литературе не удалось обнаружить сообщений об эндометриозных образованиях, расположенных в области больших половых губ. Ввиду уникальности данной патологии у молодой женщины мы считаем небезынтесным привести наше наблюдение.

Б., 25 лет, поступила 27/IX 1962 г. по поводу срочных родов. Беременность вторая, роды первые. Менструации с 14 лет, установились сразу же, регулярные, крайне болезненные. С 17 лет в дни менструации появились боли в области правой большой половой губы, где с 18,5 лет большая стала прощупывать болезненную, мало подвижную опухоль величиной с грецкий орех. К врачам не обращалась. Временами опухоль становилась значительно меньше, но вновь увеличивалась в дни менструации.

В 1945 г. перенесла острый приступ аппендицита, но не была оперирована.

Данная беременность протекала гладко. При поступлении было установлено наличие в области передней трети большой половой губы справа мелкобугристой плотной безболезненной опухоли величиной с мелкий грецкий орех, интимно спаянной с соседними тканями.

28/IX 1962 г. родила доношенный плод.

5/X 1962 г. у роженицы появились жалобы на резкие боли в области опухоли, которая увеличилась к 7/X 1962 г. до среднего куриного яйца.

13/X 1962 г. опухоль была удалена. На разрезе препарата наряду с плотными тканями были небольшие полости от $0,5 \times 0,5$ до $1,5 \times 1,5$ см. Часть из них была заполнена шоколадоподобной полугустой массой, а подавляющее большинство — темной жидкой кровью. При гистологическом исследовании установлено наличие эндометриоза.

Поступила 26 июня 1964 г.

УДК 618.14—006.36

ОСЛОЖНЕНИЯ В ТЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

(По материалам гинекологической клиники Казанского ГИДУВа за 15 лет¹)

Т. И. Тимофеева

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В нашей клинике с 1946 по 1960 гг. с фибромиомами матки находились на лечении 1696 больных, из которых оперированы 1207. В числе осложнений миом нами наблюдались некроз фибромиом у 63 больных (5,2%), отек — у 25 (2,07%), злокачественное перерождение у 5 (0,4%) и гиалиновое перерождение у 8 (0,66%). Некроз субмукозных фибромиом был обнаружен у 40 больных, интерстициальных — у 19, субсерозных — у 3 и фибромиомы влагалища — у одной.

При некрозе фибромиом матки, как и вообще при фибромиомах, ведущим симптомом были геморрагии (у 40 больных из 63). Характер, сила и продолжительность кровотечения у больных в основном связаны с локализацией некротических фибромиом. Обильные, часто профузные кровотечения были при субмукозном расположении некротизированных фиброматозных узлов. Кровотечение большой интенсивности отмечено у 14 больных.

Кровотечение при некрозе интерстициальных узлов чаще встречалось в виде меноррагии. Нарушения овариально-менструального цикла у больных с некрозом субсерозных фибромиом не было. Некроз субсерозных узлов встречался значительно реже — у 3 больных из 63.

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров и гинекологов 18/V 1964 г.

Вторым по частоте, но первым по значимости мы можем отметить болевой синдром в виде схваткообразных болей внизу живота, а главное, локальной болезненности при пальпации опухоли (35 больных).

Острое начало заболевания с резкими болями и повышением температуры было у 27 больных. У ряда больных отмечены ознобы, нарушение общего состояния в виде слабости, недомогания.

В качестве постоянных симптомов при некрозе фибромиом можно отметить повышение РОЭ у 33 больных и количества лейкоцитов — у 34.

У ряда больных были отмечены гнойные выделения, гнойно-кровянистые с ихорозным запахом, а также дизурические расстройства (15 больных).

Из группы больных с некрозом миом (63) только у 7 отмечен быстрый рост, и поэтому связать некротические изменения в миоме с быстрым ростом опухоли, по нашим данным, не представляется возможным.

Все 63 больные были оперированы. Энуклеация фиброматозных узлов влагалищным путем с передней гистеротомией и без нее была произведена 19 больным, абдоминальным — 5, простая экстирпация матки — 27 и надвлагалищная ампутация — 12. Исход операций как полостных, так и влагалищных у всех больных был благоприятный. Осложненное течение послеоперационного периода отмечено у 18 больных, в том числе у 6 — расхождение кожных швов, у 2 — вторичное кровотечение (понадобилась релапаротомия) и у 10 наблюдался длительный субфебрилитет. Послеоперационный период протекал более благоприятно у тех больных, которым за несколько дней до операции вводили антибиотики.

Несмотря на наличие ряда симптомов, свидетельствующих о некрозе фибромиом, диагностика этого вида осложнения еще весьма затруднена. Из 63 больных с некрозом отдельных узлов только у 20 диагноз был поставлен до операции, у 43 — после операции, а у ряда больных — лишь после гистологического исследования.

Некроз фибромиом представляет серьезную опасность для здоровья, а в иных случаях — и для жизни больных. Мы наблюдали спонтанную перфорацию матки после родов как следствие некроза интерстициального фиброматозного узла.

Саркоматозное перерождение миом (подтверждено гистологически) было отмечено нами у 5 больных (0,4%). У всех саркоматозное перерождение опухоли было заподозрено только при осмотре удаленной опухоли. 4 больные были старше 40 лет и одна — 32 лет. Опухоль была обнаружена у одной больной 4 года назад, но за последние 5—6 месяцев миома стала интенсивно расти. У 4 больных время возникновения опухоли неизвестно.

Больные жаловались на непостоянные боли схваткообразного характера и расстройства менструации типа гиперполименореи и ациклических кровотечений длительностью от одного до 6 месяцев. Рожавших было 3, две первично бесплодны. Быстрый рост опухоли отметили трое больных. Выраженная вторичная анемия была у одной больной с ускорением РОЭ до 28 мм и лейкоцитозом до 12000. Кровь остальных больных была в пределах нормы.

Множественная интерстициальная фибромиома тела матки была у трех больных, субмукозная — у двух. Величина опухоли у 2 соответствовала величине 18—20 недель беременности, у 3 — 12 неделям. Перерождению подвергались чаще отдельные узлы и размятченные очаги. Все 5 больных были оперированы. Одна больная умерла при симптомах рецидива через 1,5 года после операции. Судьбу других больных выяснить не удалось.

К менее серьезным вторичным изменениям миом в процессе роста следует отнести отек, обнаруженный нами у 25 больных, из них у 12 с интерстициальной фибромиомой, у 3 — с субсерозной, у 9 — с субмукозной и у одной — с фибромиомой передней стенки влагалища. Отек чаще встречается в интерстициальных узлах. Отеку могут подвергаться и редкие формы фибромиом — фибромиомы связочного аппарата матки и яичников. Нами была оперирована больная с гигантской фибромиомой круглой связки. Опухоль была в состоянии резкого отека, весила 8 кг и по своей консистенции напоминала кистому яичника. Следует отметить, что у 10 из 25 больных отмечалась так называемая «бессимптомная» миома, т. е. больные не предъявляли никаких жалоб, но у всех больных был отмечен интенсивный рост опухоли. При фибромиомах матки с отеком мы могли отметить нарушение овариально-менструальной функции, чаще — типа меноррагии, реже ациклические кровотечения. Нередко цикл был в пределах нормы. Из других симптомов, более редких, следует отметить субфебрилитет (3), повышенную РОЭ и лейкоцитоз (9) и у половины больных анемию с содержанием гемоглобина ниже 50 ед. Каких-либо специфических симптомов, свойственных отеку, отметить не удалось.

Гиалиновое перерождение фибромиом было установлено у 8 больных. Ему в основном подверглись интерстициальные фибромиомы (6), иногда с образованием кистозных миом. Специфических симптомов при гиалинозе также не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее частым осложнением в течении фибромиом является некроз опухоли.
2. К постоянным симптомам некроза фибромиом матки следует отнести кровоте-

чения. Более специфичными являются болевой синдром, особенно болезненность при пальпации опухоли, внезапность заболевания, повышение температуры тела (чаще — субфебрилитет), дизурические расстройства, повышение РОЭ и лейкоцитоз.

3. Лечение некротических фибромиом должно быть хирургическим. Выбор оперативного вмешательства (абдоминальное или влагалищное) зависит от места расположения некротизированных узлов.

4. Так называемые «бессимптомные» фибромиомы матки могут подвергаться отеку, некрозу и злокачественному перерождению. Поэтому отношение к этому виду миом должно быть пересмотрено.

5. Отек и гиалиновое перерождение миоматозных узлов не дают каких-либо специфических симптомов, но у ряда больных удается отметить быстрый рост опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вамберский В. Ф. Саркомы матки. Медгиз, М., 1955.
2. Волопянская М. И. Гинек. и акуш. 1931, 4.—3. Кузнецов В. А. Акуш. и гинек. 1962, 4.—4. Маненков П. В. Гинек. и акуш. 1929, 5—6.—5. Петченко А. Ф. Фибромиомы матки. Госмедиздат УССР. Киев, 1958.—6. Прохоров В. Л. Акуш. и гинек. 1963, 3.—7. Скробанский Г. Гинекология. Медгиз, Л., 1932.—8. Степанов Е. Г. Акуш. и гинек. 1954, 4.—9. Штеккель В. Гинекология. Биомедгиз, М.—Л., 1936.—10. Шуссер Л. А. Акуш. и женские болезни. Медгиз, М., 1934, кн. 2.

Поступила 23 июля 1964 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 612.115

Л. М. Остапченко (Томск). Действие камфары, строфантина, новурита, аспирина, преднизолона и гипотиазида на функциональное состояние свертывающей системы крови и ее фибринолитическую активность у больных ревматическими пороками сердца при недостаточности кровообращения I, II и III ст.

Автор изучал изменение функционального состояния свертывающей и фибринолитической систем крови под влиянием камфары, строфантина, новурита, аспирина, преднизолона и гипотиазида у 68 больных ревматическими пороками сердца.

Оказалось, что через 30 мин после введения камфары антитромбиновая активность понижается, остальные показатели свертывания крови не изменяются, а через 1,5 часа время свертывания крови ускоряется, антитромбиновая активность понижается, фибринолитическая активность угнетается. После введения строфантина, новурита и гипотиазида существенной разницы в свертывании крови по сравнению с исследованиями до назначения препаратов не получено. После пятидневного приема аспирина замедляется время свертывания крови и время рекальцификации плазмы, повышаются толерантность плазмы к гепарину и тромбопластиновая активность, повышается антитромбиновая, антитромбопластиновая и фибринолитическая активность. Пятидневный прием преднизолона приводит к ускорению времени свертывания крови, повышению тромбопластиновой активности, понижению антитромбопластиновой активности и угнетению фибринолитической активности.

Для выяснения достоверности результатов исследования полученные данные были подвергнуты статистической обработке по общепринятой методике (И. А. Ойвин).

УДК 616.136

И. П. Панкрац (Краснотурьинск, Свердловской обл.). Аортокардиосклероз и ортостатическая проба с измерением АД

Нами было обследовано более 100 человек в возрасте 40—65 лет. При рентгенологическом исследовании у них был установлен аортокардиосклероз. При переходе из горизонтального в вертикальное положение систолическое давление у этих больных снижалось на 20—40 мм, оставалось низким и после 5 мин.

При склерозе аорты и крупных сосудов удлиняется PQ (18—22 сек), замедляется внутрипредсердная проводимость.