

Э. А. Корниенко, Л. Я. Голубева, Э. М. Каструбин, О. А. Андреева (Москва). Результаты лечения больных с альгодисменореей методом электроаналгезии

Мы применяли лечебный электронаркоз в стадии аналгезии у 30 больных с альгодисменореей (у 17 с первичной и у 13 с вторичной) в возрасте от 16 до 32 лет. Длительность заболевания была от 5 мес. до 3 лет. Все женщины отмечали боли внизу живота и в пояснице за 1—2 дня до менструации или в первые 1—2 дня менструации на фоне вегетативных расстройств (тошнота, рвота, боли в эпигастральной области, головные боли, обморочные состояния, потливость и др.). Лечение проводилось в поликлинике. Длительность курса — 6—10 процедур через день. Осложнений не наблюдалось. После лечения все больные находились под врачебным наблюдением в течение 1,5—2 лет. При рецидивах проводили повторные курсы терапии с интервалом в 2—3 месяца. В процессе лечения никаких других средств не назначали.

Полный лечебный эффект был достигнут у 25 больных (83%), улучшение — у 3, у 2 состояние не изменилось. У некоторых больных после двух процедур наступившая менструация была безболезненной. У 2 пациенток боли не исчезли, но стали менее интенсивными, прекратилась тошнота, рвота, спяточечение. Впоследствии у них был выявлен эндометриоз гениталий. Электроаналгезия, примененная в момент приступа болей, устраняла или резко уменьшала болевой синдром.

Как показал анализ отдаленных результатов, длительность эффекта лечения до 1 года была у 11 больных, от 2 до 8 месяцев — у 13, до 2 месяцев — у 4. Повторный курс лечения проведен 5 больным.

Клинический эффект электроаналгезии мы сопоставляли с данными гормонального исследования и изучения электрической активности мозга. После лечения отмечено появление двухфазной кривой базальной температуры у 5 из 8 больных, имевших до лечения монофазную кривую.

С целью определения состояния центральной нервной системы при лечении электроаналгезией у 10 больных проводили энцефалографическое исследование. Было установлено, что под влиянием электроаналгезии в центральной нервной системе происходят изменения, свидетельствующие об уменьшении восходящих активирующих влияний регуляции уровня активности синхронизирующих таламо-кортикальных систем.

Предлагаемый метод лечения больных с альгодисменореей является эффективным и патогенетически обоснованным, так как энцефалографические данные указывают на нормализацию центральной регуляции. Учитывая простоту методики, наличие отечественной аппаратуры, отсутствие осложнений, можно рекомендовать применение метода для лечения больных с альгодисменореей в условиях поликлиники.

УДК 618.146—089.873

А. М. Досаева (Казань). Ближайшие и отдаленные результаты конусовидной ампутации шейки матки по Штурмдорфу

Ампутация шейки матки по Штурмдорфу рассматривается в гинекологической практике как операция, применяемая в целях профилактики рака шейки матки. Показаниями к этой операции обычно являются длительно протекающие, не поддающиеся консервативному лечению эндоцервициты с наличием псевдоэрозий, обширные эктропионы слизистой цервикального канала, а также рубцовые деформации шейки матки и др.

Нами изучены ближайшие и отдаленные результаты конусовидной ампутации шейки матки по Штурмдорфу у 104 женщин (возраст: 28 лет — 2, от 30 до 40 лет — 35, от 40 до 50 лет — 48, от 50 до 60 лет — 19). За очень редким исключением, все больные были жительницами сельской местности. У 93 женщин был эрозированный эктропион, у 4 — эрозия шейки матки, у 1 — шеечновазальный свищ, у 2 — выпадение стенок влагалища в сочетании с эрозированным эктропионом, у 2 — полипы слизистой цервикального канала на широком основании в сочетании с эктропионом и разрывом шейки матки и у 2 — эндоцервицит, разрыв и эктропион шейки матки.

После операции заживление раны первичным натяжением было у 91 женщины, из них у 8 в первые дни после операции на шейке матки наблюдался рост грануляционной ткани, который после смазывания 5% настойкой йода и спринцевания слабым раствором йода вскоре прекратился. У 4 больных после операции наступило улучшение, однако на слизистой зева в течение 2—3 лет оставалась гиперемия. У 9 женщин произошло расхождение швов на шейке матки вскоре после операции, а при осмотре больных через 2—3 года обнаруживались эктропионы шейки матки различной величины: у 2 — размером $2 \times 1,5$ см, у 3 — $1,5 \times 1,5$ см и у 4 — $0,5 \times 1$ см.

В группе оперированных, у которых раны зажили первичным натяжением, выделения из половых путей после операции прекратились у 79. У 5 больных через несколько месяцев после операции был обнаружен трихомониаз, у 5 были незначительные выделения в течение 3—5 мес., у 2 был диагностирован старческий кольпит, после лечения которого выделения прекратились.

У 9 больных с расхождением швов и эктропионом на шейке матки бели продолжались в течение 4 мес. и больше. Двум из них произведена повторная операция с

клиновидным иссечением передней (у одной) и задней (у другой) губы шейки. У обеих женщин после повторной операции заживление раны на шейке шло первичным натяжением. При повторных исследованиях в зеркалах шейка матки оказалась без патологии. У 1 из женщин с наличием после операции гиперемии вокруг маточного зева была произведена диатермокоагуляция, в результате которой бели прекратились, при дальнейшем осмотре в зеркалах не обнаружено патологии шейки матки.

Все оперированные нами больные находились под наблюдением в течение 4 лет (1959—1962 гг.). У 92 женщин было проведено по 2 осмотра, у 12 — по одному осмотру.

У 6 оперированных женщин в последующем произошли срочные роды без разрывов шейки матки, у 4 были медицинские аборт и у 1 — внематочная беременность. Многие женщины не хотели беременеть и пользовались противозачаточными средствами.

У подавляющего большинства обследованных цикл менструации после операции оставался нормальным. У отдельных женщин наблюдалось либо укорочение менструального периода, либо несколько более длительная менструация в течение 1—2 менструальных циклов. У женщин, живущих половой жизнью, она после операции была без особенностей. При осмотре шейки в зеркалах при наблюдении в течение 4 лет злокачественных изменений не было обнаружено.

Следовательно, пластическая операция на шейке матки по Штурмдорфу является достаточно эффективным методом оперативного лечения гинекологических больных с эрозированным эктропионом, а также с рубцовыми изменениями и эрозиями шейки, не поддающимися консервативной терапии. Операция по Штурмдорфу не оказывает отрицательного влияния ни на детородную, ни на половую функцию.

При отсутствии эффекта от операции по Штурмдорфу возможно дополнительное иссечение краев разошедшейся раны с последующим ее ушиванием или диатермокоагуляция при гиперемии шейки малых размеров.

УДК 618.146+618.11]:616—006.32

И. В. Хворов (Казань). Мезонефромы

Мезонефрома (синонимы: уrogenитальная мезобластома, гипернефرويد, светлоклеточная аденокарцинома, мезонефрогенный рак и др.) является дисонтогенетическим образованием, возникающим из остатков эмбрионального мезонефроса.

Мезонефрома встречается крайне редко. Она может развиваться в яичниках, в широких маточных связках, в шейке матки и во влагалище (по ходу мюллерова канала) или одновременно в яичниках и шейке матки.

За последние 4 года под нашим наблюдением находились 3 женщины с мезонефромами. У одной из них был поражен яичник, у другой — яичник и шейка матки, у третьей — шейка матки. Возраст больных — 29, 27 и 25 лет. Ввиду редкости данной патологии и некоторых особенностей клинического течения представляем выписку из историй болезни.

К., 27 лет, в апреле 1975 г. поступила в гинекологическое отделение республиканского онкологического диспансера с диагнозом: рак шейки матки II ст., экзофитная форма. При поступлении больная жаловалась на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей с октября 1974 г., общую слабость, похудание. Менstrуальные с 14 лет, регулярные. Половой жизнью не жила. Считает себя больной в течение полугода, однако с 15-летнего возраста отмечала периодические бели, которые сначала были скудными, водянистыми, позднее — гноевидного характера. Впервые к врачу обратилась по поводу этих выделений только в апреле 1975 г.

Больная правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. В легких и сердце патологии не выявлено. Молочные железы и наружные половые органы без особенностей. При осмотре детскими зеркалами обнаружено, что влагалище заполнено экзофитно растущей опухолью, исходящей из шейки матки. Поверхность ее некротизирована, выделения обильные, со зловонным запахом. Шейка матки большая, неподвижная, пальпировать ректально тело матки отдельно не удается. В области правых придатков — плотное неподвижное образование около 15 см в диаметре, не достигающее до стенок таза, напоминает опухоль правого яичника.

Диагноз: рак шейки матки II ст., экзофитная форма, в сочетании с опухолью правого яичника.

Данные биопсии с шейки матки: недифференцированная опухоль из клеток со светлой пустой цитоплазмой. Генез опухоли неясен.

После полного клинического обследования 5/V 1975 г. произведена лапаротомия. Обнаружена опухоль правого яичника размерами 15 × 18 см, ограниченная в подвижности из-за прорастания ее в правый параметрий. Левый яичник представляет собой опухоль размером 5 × 7 см. Тело матки нормальных размеров, трубы не изменены. Прямая кишка интимо спаяна с шейкой матки, серозная оболочка ее бугристая. Произведена расширенная экстирпация матки с придатками и резекцией верхней трети влагалища, удалены лимфатические узлы по ходу подвздошных сосудов справа и слева, из obturatorных ямок, из-под папулярных связок. Прямая кишка десерозирована. По окончании операции в брюшную полость введено 40 мг титТЭФа.