

З. В. Мавлютова, С. Л. Галеева (Казань). Опыт лечения пограничных опухолей яичников

Известно, что у пограничных опухолей яичников имеются не все признаки злокачественности, однако они способны имплантироваться по брюшине. Имплантаты в свою очередь могут быть инвазивными. В редких случаях развиваются отдаленные метастазы.

С 1972 по 1983 г. в Республиканском онкологическом диспансере МЗ ТАССР хирургическому лечению подвергнуты 340 больных с эпителиальными опухолями яичников, из них у 51 (15%) женщины были пограничные опухоли, у 102 (30%) — злокачественные, у 187 (55%) — доброкачественные. Из пограничных опухолей яичников чаще наблюдались серозные цистаденомы: у 20 — двусторонние, у 15 — односторонние. При двусторонних опухолях имплантаты по брюшине и асцит выявлены у 6 больных.

Пограничные муцинозные цистаденомы диагностированы у 14 женщин; у 2 из них была двусторонняя опухоль, с разрывом капсулы, обнаружена псевдомиксома брюшины, причем в другом яичнике опухоль была доброкачественная. Реже встречалась эндометриодная пограничная опухоль (1) и пограничная опухоль Бреннера (1).

Больные с пограничными опухолями яичников были в возрасте от 14 до 73 лет. Женщины жаловались на боли внизу живота, увеличение объема живота. Продолжительность заболевания более 3 мес была у 18 больных, более года — у 26, более 3 лет — у одной. Последней из-за возраста (73 г.) и гипертонической болезни III стадии долго отказывали в оперативном лечении по месту жительства. Одна женщина считала себя больной более 4 лет.

Из сопутствующих заболеваний гениталий выявлены полип эндометрия (у 8), миома матки (4), склерокистоз яичника (2), дисплазия эпителия шейки матки (1), хронический сальпингит (17), миксома аппендикса (1).

Серозные пограничные цистаденомы часто достигали 18—20 см в диаметре, имели гладкую поверхность и утолщенную капсулу в некоторых участках. Опухоль состояла из одной или нескольких камер с содержимым прозрачного или мутно-серого цвета; на внутренней поверхности камер выявлены сосочковые разрастания. Муцинозные пограничные цистаденомы размерами до 18—20—24 см в диаметре были многокамерными, плотными, с утолщенной капсулой.

Тактика ведения больных с пограничными опухолями яичников зависела от возраста пациентов и распространения процесса за пределы яичников. 2 больным с односторонними пограничными серозными цистаденомами яичника с учетом возраста (14 лет и 22 года) были удалены придатки с одной стороны и произведено цитологическое исследование отпечатков с другого яичника.

Надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией большого сальника выполнена у 49 больных. В послеоперационном периоде 48 женщин получили 1 курс химиотерапии ТиоТЕФом, циклофосфаном, а 2 больным с имплантационными метастазами в сальник было проведено 3 курса профилактической противорецидивной химиотерапии в течение года с интервалом 2—6 мес. Отдаленные результаты прослежены от 1 года до 10 лет. Из 51 больной живы 46 женщин. Одна больная умерла на 2-й день от послеоперационного осложнения, двое — через 2 года после операции от прогрессирования заболевания с образованием муцинозных имплантатов по брюшине. Опухоли были двусторонние с метастазами в сальник. Судьба 2 других больных осталась неизвестной.

Следовательно, при односторонней пограничной цистаденоме яичника у женщин репродуктивного возраста можно ограничиться удалением придатков матки с одной стороны при обязательном цитологическом исключении цистаденомы другого яичника с последующей химиотерапией. При двусторонних пограничных опухолях яичников показаны надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекция большого сальника с последующей химиотерапией.

УДК 616.379—008.64:615.032:577.175.722:616—06:616.8—009.62—072.7

Р. Р. Галимов (Казань). Постинъекционный ирритативный вегетативный синдром нарушения болевой чувствительности

Целью исследования было выяснение частоты, характера нарушения болевой чувствительности кожи в процессе хронической инсулинотерапии. В эндокринологических отделениях РКБ и 6-й городской больницы г. Казани у 21 больного сахарным диабетом (10 женщин, 11 мужчин, возраст — 25—70 лет) была исследована болевая кожная чувствительность. Всем пациентам проводилась длительная инъекционная терапия. Продолжительность болезни — от 8 мес до 25 лет.

Гипестезия обнаружена у 13 больных, а сочетание гипестезии с гиперестезией — у 8. С учетом известной самостоятельности процесса в каждой зоне инъекции рассмотрен характер изменения чувствительности во всех участках инъекций. Всем больным вводили инсулин преимущественно по схеме-графику в 107 зон: плечи, бедра,

живот, ягодицы, реже в окололопаточную зону. Гипестезия выявлена в 73 инъекционных зонах, гиперестезия — в 12, смешанный тип нарушения чувствительности — в 12 и нормальная кожная болевая чувствительность — в 10. Нарушение чувствительности в сочетании с липодистрофией определено только у 3 женщин, что составляет 14,3% от общего числа больных, причем у одной больной в области правого и левого плеча отмечалось мозаичное нарушение в виде гиперестезии и гипестезии. У 4 больных наряду с изменениями чувствительности кожи обнаружен болевой синдром типа каузалгии — ноющие, распирающие боли, которые возникали чаще ночью, перед изменением погоды, в прилегающей к месту инъекции зоне, причем у 2 женщин он сочетался с липодистрофией, у одного мужчины — без липодистрофии.

Площадь распространения гипестезии и гиперестезии редко соответствовала площади инъекций и, как правило, превосходила ее (в большинстве случаев значительно). На конечностях нарушение чувствительности распространялось преимущественно в дистальном направлении, иногда — на предплечье и голени и даже часть кисти, часть стопы, отдельные пальцы; при инъекциях в ягодичную зону — на позвоночник в виде трупов, на верхнюю часть задней поверхности бедер. У 18 больных нарушение чувствительности обнаружено только вне зоны инъекций, что представляло собой отчетливый реперкуSSIONный феномен. У 4 больных на 9 участках инъекций выявлено сочетание гипестезии и гиперестезии: гипестезия развивается чаще в середине участка гиперестезии, а мелкие множественные участки гиперестезии отмечаются на фоне гипестезии реже. Полученные данные позволяют предположить, что нарушение кожной болевой чувствительности выступает самостоятельным вегетативным синдромом, предшествующим липодистрофии. В клинике постинъекционных ирритативных вегетативных расстройств нарушение кожной болевой чувствительности является распространенным и, очевидно, наиболее ранним проявлением патологических изменений вегетативного контроля. Состояние кожной болевой чувствительности, как чуткий индикатор, дает возможность выявить постинъекционный ирритативный вегетативный симптомокомплекс и своевременно предотвратить дальнейшее развитие осложнения путем изменения плана использования отдельных зон инъекций, исключив или уменьшив по возможности факторы инъекционного раздражения.

УДК 616.981.49—053.3:577.154.5

Л. А. Позина, О. В. Прошина, В. И. Рубин (Саратов). О дыхательной функции эритроцитов у детей раннего возраста при сальмонеллезе

Под нашим наблюдением были грудные дети второго полугодия жизни, заболевшие сальмонеллезом. Заболевание протекало типично. Острое течение наблюдалось у 35 больных, подострое — у 19, затяжное — у 8. У всех детей диагноз сальмонеллеза был подтвержден бактериологически. У 19 детей заболевание протекало в легкой форме, у 19 — в среднетяжелой и у 24 — в тяжелой. Тяжесть сальмонеллеза у каждого ребенка определялась выраженностью кишечного и токсического синдромов. Обследование проводили в острый период (на 1-й неделе от начала заболевания), в период разгара клинических симптомов (через 10—14 дней после первого обследования) и в фазе реконвалесценции (перед выпиской детей из стационара).

В эритроцитах определяли концентрацию 2,3-дифосфоглицериновой кислоты (2,3-ДФГ) и содержание АТФ.

Контрольную группу составляли 50 здоровых детей 6—12-месячного возраста. Уровень 2,3-ДФГ у них оказался равным $7,2 \pm 0,3$ ммоль/мл эр., АТФ — $1110,5 \pm 17,5$ нмоль/мл эр.

Изменения уровня АТФ у больных сальмонеллезом в легкой форме были незначительными, однако содержание 2,3-ДФГ было увеличено. В остром периоде концентрация АТФ соответствовала таковой у здоровых детей, а содержание 2,3-ДФГ превышало норму на 12%. В разгар заболевания эта разница возрастала, а концентрация АТФ снижалась. По-видимому, нарушение тканевой оксигенации вело к снижению синтеза макроэргического фосфата вследствие увеличения доли анаэробного гликолиза. К моменту выздоровления оба показателя возрастали, превышая контрольный уровень ($P < 0,001$). Этот подъем указывал на усиление выраженности компенсаторной реакции в ответ на тканевую гипоксию со стороны дифосфоглицератного механизма.

У больных сальмонеллезом в среднетяжелой форме был обнаружен также невысокий уровень 2,3-ДФГ, однако у них была повышена концентрация АТФ: у 13 из 17 обследованных она превышала норму. В разгар заболевания содержание макроэргического фосфата значительно снижалось, возможно, за счет угнетения гликолиза либо резкого увеличения распада АТФ в связи с возросшей потребностью организма в свободной энергии. Уровень 2,3-ДФГ оставался в пределах нормы. Средний уровень АТФ к периоду выздоровления сохранялся достоверно сниженным.

При тяжелой форме сальмонеллеза было установлено резкое снижение концентрации АТФ — до 62,7% от нормы. Одновременно, как правило, уменьшалось и содержание 2,3-ДФГ. Такое сочетание оказалось характерным для детей с экзикозом I—II степени.

К разгару сальмонеллеза содержание 2,3-ДФГ возрастало, приближаясь к норме, достоверно увеличивался и уровень АТФ, составляя 86,4% от контрольного. У большинства детей содержание макроэрга оставалось ниже нормы (у 19 из 24), у 3 оно