

7×5 см с гладким белым дном и валикообразными плотными краями. Печень (2250 г) дрябловатой консистенции, на разрезе красная с глинистым оттенком; в правой доле под капсулой 2 узла (1×2 и 3×5 см) серо-красного цвета. Кorkовое вещество надпочечников атрофировано. Остальные органы, аорта и другие сосуды без видимых изменений.

Гистологическое исследование органов. Селезенка и лимфатический узел — рисунок стерт; очаговая пролиферация из ретикуло-гистиоцитарных клеток с формированием единичных гигантских клеток Березовского — Штернберга, местами скопления плазматических клеток, нейтрофилов, эозинофилов и лимфоцитов; в селезенке очаги некрозов. Костный мозг — среди крупных комплексов ретикулярных клеток с примесью нейтрофилов, плазматических клеток, лимфоцитов и единичных клеток Березовского — Штернберга видны островки жировых клеток и очаги некрозов. Жировая и зернистая дистрофия печеночных клеток, ретикуло-гистиоцитарная и лимфоидная инфильтрация стромы печени. Опухолевая ткань в печени представляет собой кавернозную гемангиому, полости которой заполнены кровью или комплексами ретикулярных клеток; в ряде полостей гемангиомы четко прослеживается интимная связь размножающихся ретикулярных клеток с эндотелием. Ребро и позвонок — разрушение костных балок в результате разрастания ретикулярных клеток, среди которых имеется значительное количество нейтрофилов и лимфоцитов. Желудок — в области дна и краев язвы отмечается разрушение мышечных слоев и замещение их зрелой соединительной тканью; вокруг многочисленных сосудов — скопления ретикуло-гистиоцитарных элементов. Надпочечник — атрофия, жировая дегенерация и очаговый некроз клеток коркового слоя, лимфоидная инфильтрация с примесью плазматических клеток в строме. Спинальный мозг — дистрофические и некротические изменения ганглиозных клеток серого вещества, перификация белого вещества.

Патологоанатомический диагноз: лимфогранулематоз (скоротечная форма) с преимущественным поражением костей; анемия; токсический миелит; жировая дистрофия печени; кавернозная гемангиома печени; гипертрофический гастрит, хроническая язва желудка; атрофия надпочечников; белковая дистрофия паренхиматозных органов; отек легких, гидроторакс.

Особенностями этого случая являются, во-первых, быстрое развитие заболевания при доминировании процесса в костях со скудными внеоссальными очагами (клиническое отсутствие увеличения селезенки и лимфоузлов); во-вторых, то, что поражение скелета развивалось на фоне симптомов, свойственных лимфогранулематозу: повышение температуры, интоксикация, тенденции к нейтрофильному лейкоцитозу с палочкоядерным сдвигом, эозинопенией и анемией, ускорения РОЭ, но клиническая диагностика оказалась ошибочной, поскольку имевшийся в анамнезе рак шейки матки направил мысли врачей по неправильному руслу; в-третьих, то, что тяжелое состояние больной усугублялось печеночной недостаточностью, обусловленной жировой дистрофией и лимфогранулематозной инфильтрацией стромы этого органа. Лимфогранулематозная инфильтрация имела также в кавернозных полостях гемангиомы печени. Наше наблюдение показывает, что поражение скелета с распространением лимфогранулематозной инфильтрации по костному мозгу и в печени — плохой прогностический признак.

УДК 618.14—002:612.13

Проф. Л. Ф. Шинкарева, М. И. Сабсай, З. С. Корняева (Ижевск). Особенности гемодинамики органов малого таза у больных внутренним эндометриозом матки

Кардинальными симптомами внутреннего эндометриоза матки являются маточные кровотечения и прогрессирующая альгодисменорея. Единства мнений в вопросах этиологии и патогенеза этих симптомов, к сожалению, нет.

Под нашим наблюдением находились 73 женщины, в том числе 24 больных внутренним эндометриозом матки, 36 больных хроническими воспалительными процессами гениталий и 13 здоровых. Возраст больных — от 35 до 46 лет. 18 больных обследованы после курса андрогенотерапии (тестостеронпропионат 50 мг 2 раза в неделю внутримышечно в течение 4—6 недель).

При изучении кровообращения органов малого таза мы пользовались реографической приставкой РГ-1-01 к пятиканальному электрокардиографу (ЭМГ-4551). Реограммы обрабатывали визуально и математически.

Результаты исследования убеждают нас в четкой зависимости реографических показателей у больных внутренним эндометриозом от фазы менструального цикла и характера гормональных нарушений. С повышением эстрогенной насыщенности достоверно возрастает амплитуда кривой, что свидетельствует об увеличении интенсивности пульсовых колебаний кровенаполнения. Достоверное увеличение угла подъема анакроты по мере повышения эстрогенной насыщенности говорит об ускорении кровотока. Тенденция анакроты к укорочению, а катакроты — к удлинению указывает на усиление притока крови наряду с затруднением ее оттока. Удлинение продолжительности реографической волны свидетельствует о повышении сосудистого тонуса,

а появление на большинстве кривых дополнительных дикротических колебаний — о неустойчивости тонуса сосудов.

После курса андрогенотерапии у больных внутренним эндометриозом произошло статистически достоверное уменьшение угла наклона анакроты, амплитуды, наметилась тенденция к удлинению катакроты, статистически достоверно увеличилась продолжительность реографической волны. Наряду с этим реже встречались дополнительные зубцы на катакроте, кривые принимали упорядоченный, стабильный характер. Одновременно у всех больных отмечалось улучшение общего самочувствия, значительно уменьшались болевые ощущения и степень кровопотери во время менструаций.

Все это позволяет высказать мысль, что андрогенотерапия больных внутренним эндометриозом матки не только способствует снижению эстрогенной насыщенности и уменьшению пролиферативных процессов в эндометрии и эндометриодных гетеротопиях, но и оказывает нормализующее влияние на нарушенную гемодинамику органов малого таза, способствуя исчезновению застойного полнокровия в органах малого таза и, в частности, в матке, пораженной эндометриозом.

УДК 618.19

Н. И. Пушкарёв (Белебей, БАССР). Добавочная молочная железа на плече

Добавочные соски, прибавочные и добавочные молочные железы, помимо млечных линий, изредка развиваются на спине, плечах и бедрах. Мы наблюдали добавочную молочную железу на левом плече.

Ш., 67 лет, поступила 16/V 1973 г. по поводу опухоли левого плеча, появившейся в детстве. Опухоль увеличивалась при менструациях и беременностях, в последние годы стала болезненной при прикосновении.

Менструация у пациентки с 15 лет; замужем с 19 лет, рожала 4 раза; менопауза 18 лет.

Объективно: на внутренне-задней поверхности корня левого плеча расположено подвижное, слабо болезненное при ощупывании конусовидное образование размером $7 \times 7 \times 4$ см, с ареолой на верхушке, в центре которой находится выступ диаметром 0,2 см (см. рис.).

Диагноз: добавочная молочная железа на левом плече.

30/V под местным обезболиванием железа удалена. Препарат состоит из железистой, жировой и фиброзной ткани. Гистологический диагноз: молочная железа.



УДК 616—036.88:616—053.3

А. П. Пигалов (ТАССР). О некоторых особенностях перинатальной смертности

Мы изучили структуру перинатальной смертности у работниц химического производства за последние 5 лет (1968—1972 гг.), т. е. с момента ввода в эксплуатацию первых цехов химического производства. Детская смертность за эти 5 лет ниже, чем в целом по ТАССР. В структуре ее главное место занимает ранняя смертность новорожденных. Число детей, умерших в первые 7 дней жизни, составляет 32,0% от числа детей, умерших во всех возрастах, и 50% от числа детей, умерших в возрасте до года. Среди женщин города, у которых наблюдалась перинатальная гибель плода, преобладают лица благоприятного детородного возраста. Количество родов и абортот одинаково при перинатальной смертности у женщин в целом по городу и у работниц химического производства.

В перинатальной смертности наиболее часто встречаются преждевременные (41,8%) и запоздалые (9,8%) роды, тогда как в целом по городу преждевременные роды составляют 14,2—15,5%, а запоздалые — 6,3—8,2%.

Перинатальная смертность в городе за эти 5 лет выросла с 1,6 до 2,66% и стала значительно выше, чем в других городах. Если среди доношенных она имеет небольшие колебания (1,4—2,0%), то у недоношенных за последние 4 года она повысилась с 12,8 до 21,2%. Таким образом, смертность среди недоношенных в 10 с лишним раз больше, чем среди доношенных.

Ранняя смертность по материалам родильного отделения за 1968—1972 гг. имеет небольшие колебания — от 0,5 до 0,8%. По другим городам республики этот показатель в 1971 г. составил 0,48%. Ранняя смертность новорожденных, по нашим данным, остается стабильной, но несколько выше, чем по республике.

Мертворождаемость, по материалам родильного дома, за год выросла с 1,49 до 2,06%. Перинатальная смертность среди детей работниц химического производства значительно ниже, чем у женщин других профессий (соответственно 1,38 и 2,21%).

Анализ веса плодов и новорожденных в перинатальной смертности показывает, что у 1/3 из них вес составлял менее 2500 г, т. е. этих детей по весу можно отнести к недоношенным. В группе доношенных 43,1% детей имели вес от 3000 до 4000 г.