

Соотношение эстрогенных гормонов, экскретируемых с мочой и содержащихся в тканях матки

Эстрогенные гормоны	Коэффициенты корреляции гормонов					Множественный коэффициент корреляции	
	экскретируемых с мочой и содержащихся в тканях матки		содержащихся в эндометрии и других тканях матки				
	эндометрии	миометрии	миоматозных узлах	миометрии	миоматозных узлах		
Эстрон	0,773	-0,396	-0,120	-0,007	-0,027	0,265	0,866
Эстрадиол	-0,427	0,040	-0,207	0,041	0,584	0,432	0,432
Эстриол	0,039	0,029	-0,296	0,156	0,028	-0,217	0,357
Сумма	-0,142	-0,133	-0,442	0,073	0,478	0,393	0,452

основанием для заключения, что изменения взаимодействия ткани матки с гормонами не имеют патогенетического значения. Для ответа на этот вопрос необходимо дальнейшее изучение содержания эстрогенов в тканях матки, не пораженных миомой.

Ввиду слабой корреляционной зависимости эстрогенных гормонов экскретируемых с мочой и содержащихся в тканях матки, нельзя делать выводов об изменении гормонального баланса в тканях матки только по определению количества эстрогенов в моче. Тем более трудно судить о значении эстрогенных гормонов в возникновении миомы матки лишь на основании изучения экскреции их с мочой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brown J. V. *Biochem. J.*, 1955, 60, 2.—2. Brown J. V., Bulbrook R. D., Greenwood F. C. *J. Endocrin.*, 1957, 16, 1.—3. Diczfalusy E., Lindkvist P. *Acta endocrin.*, 1956, 22, 3.

Поступила 14 декабря 1977 г.

УДК 618.14—006.36+618.5—089.888.61

АБДОМИНАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У РОЖЕНИЦ С МИОМОЙ МАТКИ

Л. В. Чугунова, Л. Л. Талатина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. А. З. Уразаев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Под наблюдением находилась 31 роженица с миомой матки. У большинства женщин ведение родов было консервативным, у 9 произведено абдоминальное кесарево сечение. Показаниями к нему явились некроз миоматозных узлов, механические препятствия для родов при расположении узлов в области нижнего сегмента или шейки матки и нарушения родового процесса в связи с аномалиями родовых сил, неправильным положением плода и др. (преимущественно у пожилых первородящих).

Ключевые слова: миома матки, роды, кесарево сечение.
2 иллюстрации.

В нашей клинике с 1973 по 1976 г. наблюдалась 31 роженица с миомой матки. У 22 роды проводили консервативно, у 9 — путем абдоминального кесарева сечения. Из 9 женщин, подвергшихся оперативному родоразрешению, 7 были первородящими в возрасте от 35 до 40 лет. Операцию кесарева сечения у всех женщин производили при доношенной беременности и нормальных размерах таза.

Миома матки явилась первичным показанием для операции у 5 женщин, причем у 3 был некроз фиброматозных узлов, диагностированный до операции. Обнаруженные во время операции фиброматозные узлы были подвергнуты энуклеации. У 4 женщин к кесареву сечению пришлось прибегнуть в связи с серьезной акушерской патологией (аномалией родовых сил, неправильным положением плода, рубцом на матке и др.). У 4 оперированных абдоминальное кесарево сечение сопровождалось надвлагалищной ампутацией матки, у 1 — экстирпацией матки без придатков.

При энуклеации фиброматозных узлов производили операцию в нижнем сегменте по Гусакову, в остальных случаях — корпоральное кесарево сечение.

У 6 рожениц, подвергшихся оперативному родоразрешению, имело место неправильное положение и предлежание плода: у 2 — косое положение плода, у 1 — поперечное, у 2 — чисто ягодичное предлежание и у 1 — задний вид затылочного предлежания. До операции роды у 3 рожениц сопровождались несвоевременным отхождением вод с выпадением петли пуповины у 1 из них, аномалиями родовых сил вплоть до полной остановки родов.

Величина и локализация фиброматозных узлов были различными. Преимущественное расположение узлов — в нижнем сегменте матки, в одном наблюдении — в области шейки. У всех 9 женщин послеоперационный период протекал без осложнений, все выписаны с живыми, здоровыми детьми. Учитывая, что наиболее серьезным осложнением является некроз фиброматозного узла, приводим одно клиническое наблюдение.

Г., 35 лет. Беременность III, роды II. Месячные с 14 лет, по 3—5 дней, через 28 дней, без болей. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами, вторая — медицинским абортom.

До наступления настоящей беременности диагностирована быстро растущая миома тела матки, по размерам соответствующая 14—15-недельной беременности. От предложенной операции Г. отказалась.

Беременная правильного телосложения. Рост 156 см, масса тела 73 кг. Внутренние органы без патологии. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 68 уд. в мин. Размеры таза — 24—27—31—20 см. Окружность живота 104 см, высота стояния дна матки 32 см. Беременность — 38 нед. Форма живота — в виде карточного сердца за счет большого субсерозно-интерстициального фиброматозного узла мягкой консистенции, занимающего всю левую половину матки (размеры соответствуют 16-недельной беременности). Узел безболезненный при пальпации. Положение плода продольное, с головным предлежанием. Сердцебиение плода ясное. Воды целы. Матка легко возбудима, приходит в тонус, при этом резко контурируется описанный выше узел.

Анализ крови: эр. $4,17 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb 1,7 ммоль/л, цв. показатель 0,8. Исследование плазмы крови: фибриноген 15,5 мкмоль/л, протромбиновый индекс 108%, время свертывания крови по Ли—Уайту — 2 мин 30 с, время рекальцификации — 3 мин, тромботест — VII, толерантность к гепарину — 4 мин.

Анализ мочи: белка 0,33%.

В течение 10 дней фиброматозный узел увеличился до 20-недельного срока беременности, еще более размягчился, появились боли при пальпации узла.

Ввиду подозрения на некроз узла произведена операция корпорального кесарева сечения с последующей суправагинальной ампутацией матки без придатков. Извлечен живой ребенок массой тела 2750 г, длиной 46 см, с признаками гипотрофии. Послед прикреплялся в правом углу матки. После удаления плода и последа полость



Рис. 1. Субсерозно-интерстициально-субмукозно расположенный фиброматозный узел тела матки. Нижний полюс узла виден в верхней части полости матки.



Рис. 2. Некроз узла (на разрезе видны участки более темного цвета)

матки с трудом вмещала мужской кулак и располагалась под узлом. Все тело матки занимал огромный субсерозно-интерстициально-субмукозно расположенный фиброматозный узел, нижний полюс которого виднелся в верхней части полости матки (см. рис. 1).

На разрезе узел имеет грубоволокнистое строение. В центре — выраженный отек и несколько обширных некрозов темно-вишневого цвета (см. рис. 2). Результат гистологического исследования — некроз, лейкоцитарная инфильтрация.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Г. выписана вместе с ребенком на 15-й день после операции.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что большой субсерозно-интерстициально-субмукозный фиброматозный узел, занимающей все дно и тело матки, мешал росту плода, следствием чего ребенок родился гипотрофичным. Своевременное распознавание некроза узла явилось показанием для немедленного оперативного вмешательства, что спасло жизнь матери и ребенка.

Наши клинические наблюдения показывают, что ведение родов, осложненных миомой матки, является в основном консервативным. Показаниями для абдоминального кесарева сечения могут быть: 1) некроз миоматозных узлов, независимо от их топографии; 2) непреодолимое препятствие для родов при расположении больших миоматозных узлов в области нижнего сегмента и шейки матки; 3) нарушение течения родового процесса в связи с аномалией родовой деятельности, неправильным положением плода, выпадение петель пуповины и др., особенно у пожилых первородящих. В зависимости от величины, количества, топографии миоматозных узлов, наличия изменений в них операция абдоминального кесарева сечения может сопровождаться либо энуклеацией миоматозных узлов, либо надвлагалищной ампутацией или простой экстирпацией матки.

Поступила 25 октября 1977 г.

УДК 616.451.3:617.735—007.281—089.168.1—06

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ОТСЛОЙКИ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПОДКОНЪЮНКТИВАЛЬНЫМИ ИНЪЕКЦИЯМИ ГЛИЦЕРИНА

Проф. Н. Х. Хасанова, канд. мед. наук Н. А. Валимухаметова

Кафедра глазных болезней (зав. — проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Наблюдения, проведенные за 45 больными с отслойкой сосудистой оболочки после криоэкстракции катаракты, показали, что при этом послеоперационном осложнении хороший результат дают подконъюнктивальные инъекции глицерина. Ключевые слова: криоэкстракция катаракты, отслойка сетчатки, глицерин.

Широкое применение в последнее время интракапсулярной криоэкстракции катаракты привело к увеличению частоты такого послеоперационного осложнения, как отслойка сосудистой оболочки (ОСО). Мы наблюдали подобное осложнение у 45 больных (возраст — от 59 до 78 лет). У 12 из них ОСО развилась до 6-го дня после операции, у 21 — на 6—10-й день, у 10 — на 11—15-й и у 2 — на 16—20-й. Чаще всего она наблюдалась в нижнем наружном квадранте. У 7 больных обнаружена отслойка одновременно изнутри и снаружи. 21 больной в начале срока наблюдения получал комплексное лечение, включавшее прием глицерина внутрь из расчета 1,5 г на кг массы тела, диакарба по 0,25 г два раза в день, наложение бинокулярной повязки, постельный режим. Прилегание сосудистой оболочки после указанного лечения наступило только у 3 больных. Остальным произведена задняя трепанация склеры.

Убедившись в малой эффективности общей консервативной терапии, мы при лечении второй группы больных с ОСО (24 чел.) применяли только подконъюнктивальное введение стерильного глицерина (0,3 мл) в место проекции отслоенной сетчатой оболочки на склеру по В. В. Волкову (1973). Инъекции производили ежедневно. Курс лечения состоял из 3—5 инъекций. У 2 больных эффект был достигнут после 2 инъекций.

Большинство больных переносили введение глицерина безболезненно. Только некоторые из них отмечали небольшую болезненность, которая сопровождалась легким отеком конъюнктивы, как правило, прохо-