

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-

дившим через 8—12 час. Лишь у 1 пациента отек конъюнктивы держался сутки. В последнее время для снятия болевых ощущений мы стали делать предварительно внутримышечные инъекции анальгина.

Как показал анализ, в результате общего комплексного лечения с назначением глицерина внутрь прилегание сосудистой оболочки наступало лишь в 14%, в то время как лечение только подконъюнктивальными инъекциями глицерина обеспечивало успех в 70%. Необходимость в задней трепанации склеры возникла при подконъюнктивальном применении глицерина лишь у 7 лиц, у которых была высокая двусторонняя пузыревидная ОСО.

Следовательно, подконъюнктивальные инъекции глицерина могут быть рекомендованы для лечения послеоперационной ОСО, особенно у больных, отказывающихся от дополнительного оперативного вмешательства по поводу отслойки.

ЛИТЕРАТУРА

В о л к о в В. В. Вестн. офтальмол., 1973, 5

Поступила 15 марта 1977 г.

УДК 612.013:616.432

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КОРТИКОТРОПОЦИТОВ ГИПОФИЗА ЧЕЛОВЕКА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ХАРАКТЕРЕ СМЕРТИ

Проф. Р. Т. Бойко, канд. биол. наук Ю. М. Ирьянов, Н. А. Кирьянов

Кафедра гистологии (зав. — проф. Р. Т. Бойко) Ижевского медицинского института

Р е ф е р а т. Методом иммунофлуоресценции исследованы кортикотропоциты гипофизов погибших от различных причин людей. Выявлены изменения в количестве кортикотропоцитов, их размерах, степени вакуолизации цитоплазмы, тинкториальных свойствах в зависимости от причин смерти.

К л ю ч е в ы е с л о в а: гипофиз, кортикотропоциты, иммунофлуоресценция, стресс. 2 иллюстрации. Библиография: 12 названий.

Известно, что при действии на организм повреждающих факторов развивается общая реакция напряжения, направленная на сохранение постоянства внутренней среды организма. О степени интенсивности этой реакции обычно судят по морфологическим изменениям в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе. Особое внимание уделяют состоянию гипофиза, поскольку ведущую роль в развитии адаптационных механизмов играет адreno-кортикотропный гормон.

Наиболее распространенные методы [3, 4] оценки функциональной активности гипофиза при адаптационном напряжении, обусловленном различными факторами, позволяют получить представление лишь о суммарных изменениях различных по своим морфологическим и функциональным свойствам клеток и не дают возможности специфически выявлять аденоциты, продуцирующие АКТГ, так как, несмотря на значительное количество исследований, вопрос о внутриклеточной локализации биосинтеза данного гормона в настоящее время полностью не решен. При этом одни авторы отводят главную роль в продукции АКТГ ацидофильным клеткам [5, 7], другие связывают адreno-кортикотропную функцию с базофилами [9—11], а третьи считают ответственными за выработку АКТГ хромофобные клетки [1, 8].

Целью настоящей работы явилось уточнение локализации синтеза АКТГ клетками гипофиза человека и изучение их морфологических особенностей, связанных с динамикой функциональной активности, при различном характере смерти.

Исследованы гипофизы 120 человек в возрасте 50—65 лет, погибших от различных причин: травм, хронических сердечно-сосудистых заболеваний, пневмоний, послеоперационных осложнений, в результате повешения. Материал фиксировали смесью Буэна и заливали в парафин. На срезах при помощи метода непрямой иммунофлуоресценции выявляли кортикотропоциты. Для этого применяли анти-АКТГ-сыворотку, получаемую путем иммунизации кроликов чистым кортикотропином в смеси с полным адьювантом Фрейнда. В целях торможения возможных неспецифических реакций с гетерологичными антигенами сыворотку адсорбировали печеночным порошком, хорионическим гонадотропином, соматотропным и тиреотропным гормонами гипофиза. В качестве меченой сыворотки применяли люминесцирующую ослиную сыворотку против глобулинов кролика.