

ный проток не расширен и камней в нем не определяется. После эвакуации 160 мл желчи с примесью крови в желчном пузыре стали прощупываться мелкие камни.

На переднем крае печени плотный, белесоватый узел 1×1 см, примыкающий к желчному пузырю. Резко отграниченная плотная инфильтрация дна желчного пузыря и прилежащий к нему узел в строге печени наводили на мысль о злокачественной природе этих образований. Произведена пункция дна желчного пузыря тонкой иглой, и полученный материал исследован под микроскопом (окраска экспресс-методом Н. Г. Алексеева).

В препарате найдены комплексы гиперхромно окрашенных крупных клеток. Полиморфизм этих элементов, наличие ядрышек и почкующихся крупных ядер позволили сделать заключение об их раковом происхождении.

После полученного (через 5 мин) ответа произведена холецистэктомия с резекцией участка переднего края печени, прилежащих лимфоузлов и сальника. К резецированному участку печени подведены тампоны и резиновый дренаж. Рана послойно ушита до дренажей.

Препарат. Дно и часть передней стенки желчного пузыря утолщены до 2 см. Со стороны слизистой в области дна пузыря опухоль, имеющая вид цветной капусты. В просвете желчного пузыря множество мелких пигментных камней. Резецированный из паренхимы печени узел $1 \times 1,5$ см, белого цвета с мелкоточечными кровоизлияниями.

Гистологически: аденокарцинома с переходом в солидный рак, метастаз рака в печень.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 27/XII 1963 г. больная выписана с первичным заживлением раны.

Через 6 месяцев после операции общее состояние оперированной вполне удовлетворительное.

Поскольку рак желчного пузыря является редким и труднодиагностируемым заболеванием, можно рекомендовать применение метода экспресс-цитодиагностики для ускоренного определения злокачественности процесса желчного пузыря на операционном столе и установления объема оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агзамходжаев С. М. Хирургия, 1959, 11. — 2. Алексеев Н. Г. Вест. хир. им. Грекова, 1955, 8. — 3. Галайко Г. М. Хирургия, 1957, 7. — 4. Кикодзе И. А. Клин. мед. 1957, 4. — 5. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. М., Медгиз, 1963. — 6. Glenn F. and Daniel M. Surg. Clin of North America. 1953, T. 33, 2. — 7. Sheinfeld W. Surgery. 1947, 22, 47.

Поступила 27 ноября 1964 г.

УДК 618.39

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОКСИ-ПРОГЕСТЕРОН-КАПРОНАТА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ НЕДОНАШИВАНИИ

Я. Ю. Малков

Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав.— проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института

Как известно, борьба с угрожающим прерыванием беременности до сих пор остается одной из актуальных проблем акушерства.

Среди множества методов, предложенных для борьбы с недонашиванием, широко применяется гормон желтого тела — прогестерон или его синтетические заменители.

В настоящее время во ВНИХФИ им. С. Орджоникидзе получен новый препарат — окси-прогестерон-капронат, аналогичный по фармакологическим свойствам прогестерону, но обладающий пролонгированным действием.

Препарат (12,5% масляный раствор) был представлен нам для клинического изучения. Длительность действия препарата 7—14 дней.

Препарат был нами применен у 62 женщин, находящихся на стационарном лечении. При угрожающем выкидыше вводили 1 мл, при начинающемся выкидыше — 2 мл препарата внутримышечно один раз в неделю.

С угрожающим выкидышем было 42, с начинающимся — 20 женщин.

Благоприятный терапевтический эффект был нами получен у 35 женщин с угрожающим и у 8 — с начинающимся выкидышем. Все они были выписаны в удовлетворительном состоянии с сохраненной беременностью через 4—5 дней после поступления.

При осмотре через месяц после выписки у всех беременность сохранилась.

Беременность прервалась в сроки от 6 до 11 недель у 8 женщин с угрожающим выкидышем и у 11 — с начинающимся. Всем было произведено выскабливание полости матки. Наиболее вероятные причины выкидыша были установлены у 16: отрицательный резус-фактор — у 4, токсоплазмоз — у 4, листереллез — у 1, инфантилизм матки — у 5, криминальное вмешательство — у 1 и физическая перегрузка — у 1.

У 3 женщин причина прерывания беременности нами не была установлена.

Препарат не токсичен и быстро (через 1—2 дня) приводит к уменьшению или даже полному прекращению болей внизу живота и в пояснице. Столь же быстро исчезают выделения из матки.

Мы позволяем себе рекомендовать препарат для широкого использования. На фоне лечебно-охранительного режима окси-прогестерон-капронат, особенно в сочетании с другими терапевтическими методами, направленными к подавлению маточных сокращений, будет способствовать улучшению наших показателей в этом разделе патологического акушерства.

Поступила 6 сентября 1964 г.

УДК 616—006.882 04

ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТКИ

А. М. Дасаева

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Р. Г. Бакиева, проф.-консультант П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе Республиканской клинической больницы
(главврач — К. Л. Свечников)

Хорионэпителиома, как правило, возникает после беременности. Интервал между предшествующей беременностью и развитием хорионэпителиомы колеблется от нескольких недель до многих лет (свыше 20). Наиболее часто первичный очаг хорионэпителиомы возникает в матке, реже — во влагалище, трубах, яичниках.

Приводим наше наблюдение.

К., 44 лет, 1/III-58 г. доставлена врачом скорой помощи с диагнозом «Прервавшаяся внематочная беременность».

Последние нормальные крови 12/XII 1957 г. После задержки менструации на один месяц крови пришли 12/II 1958 г., продолжались до 18/II и носили мажущий характер.

Беременностей было 8, из них 6 закончились нормальными срочными родами и 2 — искусственными абортами.

18/II-58 г. больная обратилась к гинекологу района. Поставлен диагноз воспаления придатков матки. Лечилась амбулаторно диатермией и кровоостанавливающими средствами.

1/III-58 г. появились слабость, боли в животе, вначале ноющие, затем схваткообразные, головокружение.

Больная без сознания. Видимые слизистые и кожные покровы резко бледны, с желтушным оттенком, пульс нитевидный. АД не определяется. Живот напряжен, болезнен, симптом Блюмберга — Щеткина положительный. Определяется свободная жидкость в брюшной полости.

Влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матку и придатки из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки ясно контурировать не удается.

Начато капельное переливание крови. Введены физиологический раствор и кофеин подкожно.

Под общим эфирным наркозом произведено чревосечение. В брюшной полости жидкая кровь и сгустки (1300—1400 мл). Матка увеличена до размеров 8-недельной беременности, левое ребро матки утолщено, сине-багрового цвета с распадающейся кашецеобразной тканью. Из левой маточной артерии сильное кровотечение. Слева часть яичника, широкая связка матки вовлечены в эту распадающуюся массу. Справа яичник мелкокистозно изменен, величиной с голубиное яйцо. Кровотокающая маточная артерия лигирована. Произведена надвлагалищная ампутация тела матки с обоими придатками. Во время и после операции перелито 1050 мл крови. Больная выведена из шокового состояния.

Макроскопическое описание препарата. В центре измененного участка левого ребра матки обнаружено перфорационное отверстие, направляющееся к углу матки. На разрезе слизистая матки гипертрофирована. Маточные трубы длиной 12 см, без изменения. В мезосальнике и у левого угла матки кровоизлияния и зияющие сосуды.

При гистологическом исследовании установлена хорионэпителиома.