

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—006.862.04

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, I/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 абортми.

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

I/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. Кровоточащая маточная артерия лигирована. Произведена надвлагалищная ампутация тела матки с обоими придатками. Во время и после операции перелито 1050 мл крови. Больная выведена из шокowego 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.

На 22-й день больная выписана в удовлетворительном состоянии. Проведена местная рентгено- и радиотерапия.

Наблюдается амбулаторно в течение 5 лет. Метастазов в области внутренних органов и половой системы не обнаружено. Чувствует себя хорошо, работает. Рентгено- и радиотерапия оказались эффективными при запущенной форме хорионэпителиомы после нерадикальной операции.

Поступила 3 сентября 1964 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.346.2

Д. Д. Добров (Астрахань). Кисты, лейомиомы и карциноиды червеобразного отростка

Точная диагностика этих редко встречающихся заболеваний трудна, а дооперационное распознавание карциноидов, по убеждению некоторых авторов (А. К. Горчаков и Г. Ф. Новицкая), даже невозможно ввиду отсутствия характерных клинических признаков.

Практическое значение этих патологических состояний червеобразного отростка велико, т. к. они таят в себе серьезные и опасные осложнения. Так, карциноиды и кисты червеобразного отростка могут вызывать кишечную непроходимость. В результате разрыва слизистой кисты аппендикса развиваются псевдомиксома брюшины и забрюшинного пространства.

На 4486 аппендэктомий в клинике факультетской хирургии Астраханского медицинского института за последние 10 лет нам встретились 4 слизистых кисты (3 из них полные), 1 лейомиома и 3 карциноида червеобразного отростка.

Кистозное изменение червеобразного отростка было у трех мужчин и одной женщины. Трое больных были оперированы по поводу острого аппендицита, у одного киста аппендикса была случайно обнаружена при грыжесечении. При гистологическом исследовании 3 удаленных отростков отмечено воспаление их с круглоклеточной, лейкоцитарной инфильтрацией слизистой оболочки и участков мышечного слоя, и в одном — флегмонозное воспаление стенок.

Карциноидное поражение удаленных червеобразных отростков констатировано нами у двух женщин в возрасте 33 и 55 лет и у 48-летнего мужчины.

Наблюдавшаяся нами лейомиома аппендикса протекала бессимптомно и обнаружена случайно на операции по поводу острого холецисто-панкреатита.

УДК 616.33

М. И. Ли (Свердловск). Дистопия тканей поджелудочной железы в стенку желудка

Отсутствие клинических специфических признаков дистопии не дает возможности поставить диагноз до операции. Правильный диагноз возможен лишь после гистологического исследования удаленного препарата.

Заболевание часто протекает под видом гастрита, язвенной болезни желудка, холецистита и др.

Приводим наши наблюдения.

1. З., 53 лет, поступил 12/X 1957 г. по поводу гастрита 19-летней давности.

Жалобы на периодические боли в эпигастральной области, дисфагию и общую слабость. Состояние больного вполне удовлетворительное. Анализ крови и мочи без особенностей.

При рентгенологическом исследовании обнаружена деформация свода желудка, утолщение слизистой в субкардиальном отделе, местами обрыв складок.

23/X 1957 г. под местной анестезией произведена лапаротомия (М. С. Шульман).

В антральном отделе желудка на передней стенке, ближе к малой кривизне со стороны серозной оболочки отмечаются точечные высыпания. Стенка желудка в этом отделе несколько уплотнена. Электрононом взята для биопсии ткань стенки желудка до слизистой. При гистологическом исследовании обнаружены изогнутые, сдавленные железистые трубочки, выстланные низким цилиндрическим эпителием с темными ядрами (аденокарцинома?) (С. Б. Терехова).

Учитывая это, 11/XI 1957 г. под общим эфирно-кислородным наркозом произведена релапаротомия и резекция желудка асептическим электрохирургическим способом (М. С. Шульман).

Гистология. Слизистая на всем протяжении сохранена. В мышечном слое до серозы встречаются дольки поджелудочной железы с выводными протоками. Эпителий некоторых выводных протоков гиперхромный с незначительным полиморфизмом. При повторном просмотре биоптического материала было обнаружено: среди мышечного слоя желудка видны железистые ходы, выстланные низким цилиндрическим эпителием, которые при срочном гистологическом исследовании были приняты за аденокарциному желудка.