

сана 24.01.1997 г. в удовлетворительном состоянии.

Данное наблюдение представляет интерес для хирургов и эндоскопистов, поскольку в практике врачей встречается довольно редко. Нами показаны клиника роста опухоли и тактика поэтапной операции, завершившаяся удалением рака трахеи.

УДК 618.14—006.363.03—079.4

Л.А. Козлов, С.Г. Хайрутдинова, Ю.А. Ковалева (Казань). К дифференциальному диагнозу фибромиомы тела матки

Среди различной локализации фиброматозных узлов матки наиболее трудным для диагностики является их субмукозное расположение. Эти узлы могут исходить из миометрия, но еще в 1930 г. проф. В.С. Груздев писал: “Некоторые препараты, имеющиеся в коллекции Казанской клиники, позволяют, впрочем, думать, что по крайней мере некоторые из субмукозных миом с самого начала развиваются в толще слизистой оболочки матки”.

Приводим наше наблюдение.

А., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение роддома № 3 с жалобами на слабость, периодические тянущие боли внизу живота, сукровичные выделения из половых путей. Из анамнеза: менструации с 13 лет, установились сразу, сначала проходили по 3 дня через 27 дней, умеренные, регулярные. Последняя менструация — с 04.08. по 14.08. 1997 г. Беременностей было 5, из них 2 родов, 3 аборта.

Анамнез настоящего заболевания: год назад менструации стали более обильными, продолжительными (со сгустками, до 2 недель), болезненными. Появились слабость, головокружение. Дважды была госпитализирована в гинекологическое отделение одного из роддомов города (с диагнозом “дисфункциональное маточное кровотечение”), где 09.06.1997 г. и 04.08.1997 г. произведено выскабливание полости матки. По результатам гистологического анализа определен эндометрий смешанного типа. Получала лечение оргаметрилом. Состояние больной улучшилось незначительно, и 14.08.1997 г. она поступила в гинекологическое отделение роддома № 3.

При поступлении: состояние больной удовлетворительное, АД — 140/90 мм Нг. Подкожная жировая клетчатка выражена. Через переднюю брюшную стенку каких-либо образований не пальпируется.

Слизистая влагалища и шейки матки физиологической окраски. Шейка матки гипертрофирована, с рубцовыми изменениями. Влагалище свободное. Шейка матки имеет цилиндрическую

форму, щелевидный зев закрыт. Тело матки в anteversio, flexio, чуть больше обычных размеров, несколько смещено влево и асимметрично за счет выпячивания левой половины, плотное, безболезненное, ограниченное в подвижности. Придатки не пальпируются. Своды глубокие.

17.08.1997 г. произведено зондирование матки: зонд идет вверх вправо, огибая образование, исходящее как будто из левого ребра матки.

УЗИ от 18.08.1997 г.: тело матки бугристое (80 × 62 × 71), определяется субмукозный узел (29 мм). Яичники овоидные, ячеистой структуры, уплотненные.

20.08.1997 г. произведено выскабливание полости матки с гемостатической и диагностической целью. Подтверждено наличие субмукозного узла. Получен лентовидный соскоб.

Гистологический анализ: децидуальная ткань.

На основании анамнеза, клиники, данных объективного обследования, результатов УЗИ, зондирования и выскабливания полости матки поставлен диагноз: субмукозная миома тела матки с геморрагическим синдромом; ожирение III степени; гипертоническая болезнь I—II степени.

С учетом диагноза, длительного геморрагического синдрома и неэффективности консервативной терапии, которая включала норколут по 2 таблетки 2 раза в день, 10% раствор хлористого кальция (10,0) внутривенно (№ 5), дицинон (2,0) 2 раза в день, метилэргометрин (1,0) 2 раза в день, свежемороженную плазму (200,0) внутривенно (№ 2), больную подготовили к операции. 22.08.1997 г. выполнена срединная лапаротомия. Тело матки увеличено до 6 нед беременности, асимметричной формы, с выступающей левой половиной. Придатки с обеих сторон не изменены. Произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков. Брюшная стенка ушита с выведением резинового дренажа.

Макропрепарат: на разрезе — из дна матки исходит субмукозный фиброзный узел овально-продолговатой формы (3 × 6 см), диаметр основания — до 2 см. Узел с признаками нарушения трофики.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана на 13-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

Настоящее наблюдение представляет интерес для акушеров-гинекологов как подтверждение того, что у женщин детородного возраста источником маточных кровотечений могут быть субмукозные фиброзные узлы. Их обнаружение кардинально меняет лечебную врачебную тактику. Для проведения дифференциальной диагностики необходимо использовать апробированные (зондирование, выскабливание полости матки, гистерографию) и современные (УЗИ, гистероскопию) методы исследования.