

дозрен выворот матки. После внутривенного введения 1 мл 2% раствора промедола произведено влагалищное исследование

Во влагалище обнаружена шаровидная опухоль мягкой консистенции с ущемленными плодными оболочками справа. Общее состояние роженицы в момент выворота оставалось удовлетворительным, сознание ясное, контактна. АД — 16,6/8,7 кПа, пульс — 104 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Жалоб не предъявляла, кровотечения из половых путей нет. Оболочки легко удалены и начато вправление матки с центра. Из-за сокращения кольца зева (в начале III периода родов вводили 1 мл метилэргометрина в 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно с целью профилактики кровотечения) вправление сразу не удалось. Под действием промедола зев расслабился, и при осторожном давлении на дно постепенно матка вправилась. При попытке извлечь руку из влагалища правый и левый своды матки западали и создавали угрозу повторного выворота. Производили массаж матки на кулаке, внутривенно и внутримышечно вводили окситоцин, после этого матка сократилась. Через переднюю брюшную стенку тело матки фиксировано руками помощника, и произведена тампонада влагалища. Общая кровопотеря составила 250 мл.

В первые сутки назначали сокращающие средства через каждые 3 ч, в последующие дни — 3 раза внутримышечно. Постельный режим в течение 5 дней. Тампон из влагалища удален через 16 ч. Выписана домой в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки.

Данное наблюдение интересно как пример самопроизвольного выворота матки в родах без симптомов шока и кровотечения. Немедленное вправление выворота не ухудшило состояния роженицы. Поэтому при возникновении выворота матки в родах следует рекомендовать немедленное вправление при соответствующем обезболивании.

УДК 618.11—006.5—076.5

### В. П. Нефедов (Казань). Гистохимический профиль муцинозных кистом и опухолей Бреннера

Мы провели гистологическое, гистохимическое и гистоэнзимологическое исследование 42 муцинозных кистом (из них 27 доброкачественных, 6 пограничных и 9 злокачественных) и 4 доброкачественных опухолей Бреннера. Оперированные больные были в возрасте от 20 до 70 лет\*.

В криостатных замороженных срезах опухолей определяли активность щелочной и кислой фосфатаз (ЩФ, КФ), неспецифической эстеразы (НЭ) методом азосочетания, сукцинатдегидрогеназы (СДГ),  $\alpha$ -глицерофосфатдегидрогеназы ( $\alpha$ -ГФДГ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) и 6-фосфофруктозадегидрогеназы (6-ФФДГ). Активность изучаемых ферментов в опухолях оценивали визуально в зависимости от количества гранул диформазана в срезах по 5-балловой шкале.

Парафиновые срезы опухолей окрашивали гематоксилин-эозином, азур-эозином, по Ван-Гизону, толудиновым синим на кислые мукополисахариды и тучные клетки, по Браше на РНК, по Фельгену на ДНК; проводили ШИК-реакцию по Мак Манусу на нейтральные полисахариды.

Общим признаком, объединяющим все муцинозные кистомы в единую группу, является строение эпителия. Он имеет вид однорядной клеточной каймы, состоящей из высоких цилиндрических клеток с четкими границами, светлой цитоплазмой и мелкими гиперхромными, базально расположенными ядрами. Эти клетки отличаются малым содержанием РНК, но очень большим содержанием ШИК-положительных веществ. Сецернирующий эпителий муцинозных опухолей давал отрицательную реак-

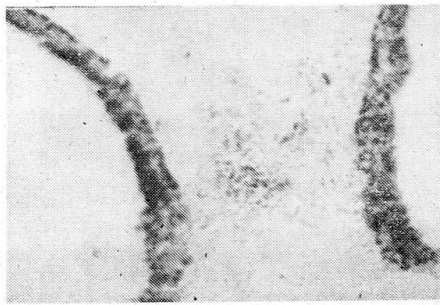
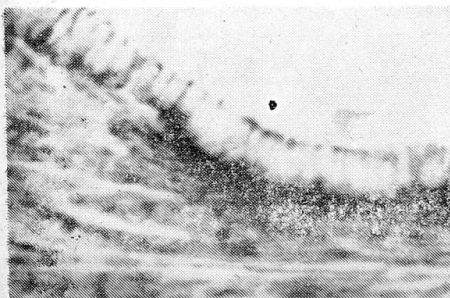


Рис. 1. Доброкачественная муцинозная кистома: а) слабая активность ЛДГ в эпителии; б) большая активность СДГ в эпителии. Окраска нитросиним тетразолием.  $\times 200$ .

\* Приношу глубокую благодарность сотрудникам гинекологического и патологоанатомического отделений онкологического диспансера г. Казани за помощь в сборе материала.

цию на ЩФ выявлялась очень слабая активность КФ, ферментов гликолиза (рис. 1а) и пентозофосфатного шунта. Большой активностью в эпителиальных клетках отличались СДГ (рис. 1б), НАД- и НАДФ-диафоразы и очень высокой — НЭ.

В строме опухолей на границе с эпителием имелся узкий, богатый клетками слой с высокой активностью ЩФ и НЭ, ЛДГ и Г-6-ФДГ. Содержание кислых и нейтральных полисахаридов в соединительнотканной строме доброкачественных муцинозных опухолей значительно колебалось. Количество тучных клеток исчислялось в поле зрения единицами; изредка встречались скопления лимфоидных клеток, большие ксантомные клетки и сидерофаги.

Муцинозная карцинома имеет ацинарное или тубулярное железистое строение. Весьма типичным было появление митозов и многоядерных гигантских клеток, а также высокое содержание РНК. Энзимологический баланс был изменен в сторону повышения активности ферментов, ответственных за гликолиз (рис. 2а). Активность СДГ была большой, но с преимущественной локализацией в апикальной части раковых клеток (рис. 2б). Наиболее слабой была активность Г-6-ФДГ, НАД- и НАДФ-диафораз.



а



б

Рис. 2. Муцинозная карцинома: а) очень высокая активность ЛДГ в раковых клетках; б) большая активность СДГ в раковых клетках. Окраска нитросиним тетразолием.  $\times 200$ .

Доброкачественная опухоль Бреннера характеризовалась наличием солидных гнезд разной величины и формы из эпителиальных клеток полигональной формы среди грубоволокнистой соединительной ткани. В центре некоторых гнезд была полость, имевшая секрет. Содержание ДНК в ядрах этих клеток меньше, чем в ядрах муцинозных клеток.



Рис. 3. Опухоль Бреннера. Очень высокая активность ЛДГ в эпителиальном комплексе. Окраска нитросиним тетразолием.  $\times 200$ .

Гистоэнзимологический профиль эпителиальных клеток в опухолях Бреннера резко отличался от такового в муцинозных кистах очень высокой активностью окислительно-восстановительных ферментов, особенно ЛДГ (рис. 3),  $\alpha$ -ГФДГ и СДГ. Активность окислительно-восстановительных ферментов в фиброзном компоненте опухоли была умеренной, но неравномерной. ШИК-положительная окраска соединительнотканного компонента в опухоли Бреннера была также неравномерной: более интенсивной она была вокруг эпителиальных комплексов, где определялась и высокая активность ЩФ.

Итак, сравнительный анализ гистохимической картины в эпителии доброкачественных муцинозных кистом и муцинозных раков показал значительный качественный сдвиг в метаболизме клеток при малигнизации. Отмечено исчезновение слизообразовательной функции, резкое снижение содержания ШИК-положительного материала, накопление в раковых клетках РНК и выраженное повышение активности дегидрогеназ, участвующих в гликолизе. В плане дифференциальной диагностики серозных и муцинозных карцином следует отметить, что для серозного рака типичным является сравнительно высокий уровень активности окислительно-восстановительных ферментов в паренхиме опухоли; заметно преобладание пентозофосфатного шунта над гликолизом. В муцинозных раках обращает внимание слабая активность диафораз и некоторых дегидрогеназ, а определении коэффициента ЛДГ/Г-6-ФДГ показало значительное преобладание в метаболизме раковых клеток гликолиза.

Гистогенез муцинозных кистом и эпителиального компонента опухоли Бреннера

оастается до настоящего времени неясным. Однако мы обнаружили полное сходство гистоэнзимологической активности в мезотелии яичника (неопубликованные данные) и эпителиальных комплексах опухоли Бреннера. Вместе с тем наше внимание привлек тот факт, что гистохимические и гистоэнзимологические параметры в доброкачественных муцинозных опухолях полностью совпали с таковыми в переходном эпителии слизистой оболочки мочевого пузыря и переходноклеточных папилломах, что свидетельствует, вероятно, об их едином гистогенетическом источнике — эпителии урогенитального типа.

УДК 616.899.5—053.2—06:616.5—003.871—056.76

### И. К. Кузьмин, Р. П. Губарь, В. В. Василевская (Чебоксары). Два случая синдрома Шегрена—Ларссона в одной семье

Синдром Шегрена—Ларссона — наследственное заболевание, выявляющееся в первые месяцы жизни ребенка. Характеризуется олигофренией разной степени в сочетании со спастической диплегией и врожденным универсальным ихтиозом, а иногда энцефалическими припадками, пигментным ретинитом в области макулы, карликовым или гигантским ростом, гипоплазией половых органов и анемией. Тип наследования — аутосомнорецессивный с высокой пенетрантностью и вариабельной экспрессивностью. Несмотря на редкость клинической картины и трудности диагностики, симптоматика заболевания весьма специфична. Приводим описание одного из двух наблюдавшихся нами детей из одной семьи с синдромом Шегрена—Ларссона, которое может представлять интерес для педиатров и детских невропатологов.

И. родился 12.09.77 г. от 1-й беременности, которая протекала в первом триместре с токсикозом, отеков не было. Роды преждевременные, на 7-м месяце, тяжелые. Воды отошли рано, роды произошли только через 3 сут. Масса тела ребенка при рождении — 2900 г. К груди приложен через сутки. Выписан через 9 дней. В первые 2 мес был беспокойным, больше плакал по ночам. Голову держит с 2—3 мес, сидит с 6—7 мес, ходить начал с 2 лет, неуверенно, часто спотыкался. Возраст матери — 29 лет, отца — 32 года.

Поступил впервые в детское неврологическое отделение 13.09.83 г. по поводу слабости в ногах, невозможности самостоятельно ходить. Объективно ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания; кожа всего тела землистого цвета, сухая, морщинистая, покрыта мелкими и крупными чешуйками с самого рождения. Пигментный (эритродермический) ихтиоз имеет универсальный характер, усилен в складках кожи, на боковых поверхностях туловища, отсутствует на коже лица, верхней части шеи, кистей и стоп, промежности и подмышечных впадин.

Психоневрологический статус: отстает в психомоторном развитии, произносит только отдельные слова, значительные изменения в развитии интеллекта.

Тонус мышц нижних конечностей повышен, сухожильные рефлексы высокие, с расширенной рефлексогенной зоной. С двух сторон выявляются положительные симптомы Бабинского и Оппенгейма, клонусы стоп. Походка спастико-параспастическая.

Заключение окулиста: глазное дно без изменений.

При логопедическом обследовании отмечено отсутствие интереса к занятию. Стремления к речевому общению не обнаруживаются, обращенную речь понимает ограниченно. Выполняет лишь отдельные инструкции. В обиходе лишь некоторые слова, фраз нет. Звукопроизношение нарушено. Пассивный словарь несколько преобладает над активным. Лексический запас крайне беден.

На обзорной краниограмме свода и основания черепа патологии не выявлено. Реакция Вассермана отрицательная. РСК на токсоплазмоз отрицательная. Уровень иммуноглобулинов А — 9,4 мкмоль/л, G — 53,7 мкмоль/л, M — 1,2 мкмоль/л. Содержание калия в крови — 3,9 ммоль/л, кальция — 4,7 ммоль/л, фосфора неорганического — 0,64 мкмоль/л, железа сывороточного — 10,7 мкмоль/л. Спинальная жидкость бесцветная, прозрачная, белок — 0,33 г/л, цитоз —  $2 \cdot 10^9$  в 1 л.

По результатам опроса родителей и родственников составлена родословная проба́ндов, позволившая выявить близкородственный брак у бабки по линии отца. У деда (I<sub>2</sub>) и сибса (III<sub>2</sub>) обнаружены легкий ихтиоз, признаки пирамидной недостаточности (патологические знаки Бабинского, клонус стоп), что указывает на стертую форму синдрома Шегрена—Ларссона.

УДК 617.53+616.71—002.271—02:616.28—008.1—073.48

### Л. Г. Сватко, И. Л. Соболев (Казань). Значение ультразвукового исследования в диагностике слуховых нарушений при шейном остеохондрозе

Мы провели комплексное аудиометрическое обследование 105 больных с нарушением слуха, обусловленным шейным остеохондрозом. Взаимосвязь поражения слухового анализатора и шейного остеохондроза считалась абсолютно доказанной, если в