

ванием. Таких случаев было 26, из них 10 с аномалиями развития центральной нервной системы, 9 — с патологией развития сердца и 7 — с другими пороками развития.

Значительное место среди причин смерти новорожденных занимают пневмонии — 29 случаев; из них 15 ателектатических, главным образом у недоношенных (13); у 14 умерших детей были бронхопневмонии, из них доношенных было 10.

Ателектатические пневмонии связаны с ателектазом легких и нередко сочетаются с внутричерепными травмами или кислородным голоданием, или аспирацией околоплодных вод.

Бронхопневмонии развиваются в результате инфицирования в родах, аспирации околоплодных вод или как проявление инфекционно-токсического заболевания. Не исключается влияние охлаждения из-за неудовлетворительной температуры воздуха в акушерском отделении в зимнее время. Поэтому указанная группа смертности новорожденных является плохим показателем в работе акушерского стационара.

В 3 случаях смерть новорожденных наступила от гемолитической болезни, в одном — от позднего пупочного кровоизлияния и в одном — от сепсиса.

Три случая гемолитической болезни подтверждают необходимость антенатальной профилактики, ранней диагностики этого страдания и своевременного лечения гемотранфузиями.

Самой частой причиной смертности детей остается недоношенность; отсюда и главная задача акушера — профилактика недоношенности.

Низкая реактивность у недоношенных маскирует начало и развитие инфекционно-септических процессов, поэтому устранение дефектов в обслуживании новорожденных и ранняя диагностика у заболевших — важнейшие звенья в работе медперсонала палат новорожденных.

Травмированные дети с внутричерепными кровоизлияниями нуждаются в особом уходе и организации правильного лечения: покой, пеленание в кроватке, вдыхание кислорода, питье глюкозы, назначение ви-касола, аскорбиновой кислоты и другие мероприятия. Профилактическое назначение антибиотиков у этих детей предупреждает развитие пневмонии.

Связь акушерского стационара с детской консультацией в смысле взаимной осведомленности о состоянии здоровья новорожденных, ранний активный патронаж выписанных из роддома детей — необходимые элементы общих усилий акушеров и педиатров в борьбе за жизнь детей.

Поступила 2 апреля 1960 г.

О ДИАГНОСТИКЕ ХОРИОНЭПИТЕЛИОМЫ МАТКИ

Асс. М. А. Давыдова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В данной статье мы ставим целью еще раз напомнить практическим врачам о необходимости проведения комплексного исследования больных с подозрением на хорионэпителиому матки.

Не так давно гистологическое исследование соскоба из полости матки считалось единственным и решающим методом для исключения или подтверждения хорионэпителиомы. Практика показала, что этот метод, несмотря на свою ценность, по ряду причин не всегда позволяет дать определенное заключение. Затруднения в гистологическом диагнозе встречаются в особенности в ранних стадиях новообразования.

Проф. Е. Н. Петрова указывает, что в некоторых случаях пузырного заноса, когда имеется массивное, напоминающее хорионэпителиому разрастание хориального эпителия, гистологическая картина бывает особенно трудной для оценки. Решение вопроса в подобных случаях порою бывает настолько затруднительным, что ошибаются даже опытные исследователи, предполагая переход пузырного заноса в хорионэпителиому там, где этого нет. Поэтому некоторые авторы считают, что многие случаи «самоизлечения» хорионэпителиомы в действительности относятся к числу ошибочных диагнозов (Р. Мейер).

Распознавание хорионэпителиомы намного облегчилось с применением биологических реакций для определения беременности: реакций Ашгейма-Цондека и Галли-Майнини. Эти биологические реакции одинаково важны и не менее ценны для диагностики хорионэпителиомы, чем гистологическое исследование.

Тем не менее, и до сего времени не все практические врачи оценивают значение биологических реакций при распознавании хорионэпителиомы и считают вполне достаточным для диагностики одного гистологического исследования соскоба из полости матки. Так, И. Н. Николаев пишет: «При подозрении на хорионэпителиому основным методом в диагностике должно служить пробное выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба». Наши наблюдения не подтверждают такого категорического утверждения, они выдвигают необходимость применения биологической реакции и учета клинической картины заболевания. Только комплексное исследование больных с подозрением на хорионэпителиому поможет избежать диагностических ошибок.

Подтверждением только что сказанного являются проведенные нами наблюдения.

I. Б-ная С., 23 лет, поступила 23/III-53 г. с диагнозом хорионэпителиомы матки.

Менструации с 17 лет, 2 нормальных родов. В феврале 1953 г. произошел выкидыш пузырным заносом, и сразу было сделано выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании установлена хорионэпителиома матки. Кровянистые выделения вскоре прекратились.

Состояние хорошее, жалоб нет. Половые органы в пределах нормы. Выделения белые. Реакции Ашгейма-Цондека и сперматоурии с мочой больной в день поступления отрицательны. Состояние б-ной и результаты биологических реакций свидетельствовали против хорионэпителиомы. Для окончательного ее исключения 1/IV-53 г. произведено выскабливание полости матки. Микроскопически установлено: слизистая тела матки в стадии секреции.

Выписана, в настоящее время здорова.

II. Б-ная Б., 29 лет, поступила 1/IX-53 г. с диагнозом пузырного заноса. Менструации с 17 лет, 3 нормальных родов, аборт не было. В июле 1953 г. выскабливанием полости матки удален пузырный занос. Через 2 недели вновь появились крови, продолжавшиеся и при поступлении в клинику.

Матка в правильной форме, увеличена соответственно 7-недельной беременности, плотная, округлая. Справа от матки определяется подвижная кистовидная опухоль, величиною с гусиное яйцо, тугоэластической консистенции, безболезненная. Выделения кровянистые, необильные.

Диагноз: хорионэпителиома матки?

Реакции сперматоурии лягушки и Ашгейма-Цондека положительны с цельной мочой больной и отрицательны при разведении мочи 1:10 и 1:100.

8/IX-53 г. произведено выскабливание полости матки, добыт обильный соскоб. При гистологическом исследовании установлена хорионэпителиома.

С этого дня выделения стали серозными. Реакции Ашгейма-Цондека и сперматоурии лягушки с мочой б-ной 15, 22, 26/IX-53 г. отрицательны. Прекращение кровянистых выделений и переход биологических реакций из положительных в отрицательные вызвали сомнение в гистологическом диагнозе. От операции решено воздержаться. Дальнейшее наблюдение позволило полностью исключить хорионэпителиому.

30/IX-53 г. половые органы без патологических изменений, опухоль правых придатков полностью рассосалась. Выделения белые. Выписана. В настоящее время здорова.

III. Б-ная С., 46 лет, поступила 16/V-59 г. с диагнозом: фибромиома тела матки, беременность, подозрение на хорионэпителиому.

Менструации с 12 лет, 6 нормальных родов, аборт не было. Заболела 2/V-59 г.— после задержки кровей на 3 недели появилось маточное кровотечение, продолжающееся и при поступлении в клинику.

Матка увеличена как при 13-недельной беременности, плотная, с неровной поверхностью, подвижная, придатки не определяются; выделения кровянистые, необильные.

Диагноз: фибромиома тела матки, беременность.

19/V-59 г. реакция сперматоурии положительная с цельной мочой и отрицательная при разведении мочи 1:10 и 1:100.

22/V произведено выскабливание полости матки, добыт обильный соскоб, состоящий из кусочков мягкой ткани, пропитанной кровью, и небольшого количества мелких пузырьков заноса. Гистологическим исследованием соскоба установлена хорионэпителиома.

С 28/V при многократной постановке через 3—4 дня реакция сперматоурии неиз-

менно давала отрицательный ответ. Дважды реакция Ашгейма-Цондека была отрицательной. Выделения из влагалища с 8/VI-59 г. стали серозными.

Переход положительной реакции сперматоурии в отрицательную свидетельствовал против наличия хорионэпителиомы, поэтому 12/VI гистологический препарат соскоба из полости матки консультирован проф. П. В. Маненковым: выраженная децидуальная ткань, сохранившиеся хориальные ворсины с отеком ткани, как при пузырьном заносе. Местами вокруг ворсин разрастание хориального эпителия в виде полей, напоминающих ткань хорионэпителиомы, в других кусочках препарата эти поля клеток прилегают к некротическому слою; имеются островки слизистой тела матки с резко выраженными децидуальными изменениями и пиловидными железами. Диагноз: пузырьный занос с необычно выраженным разрастанием хориона, похожим на хорионэпителиому (рис. 1).

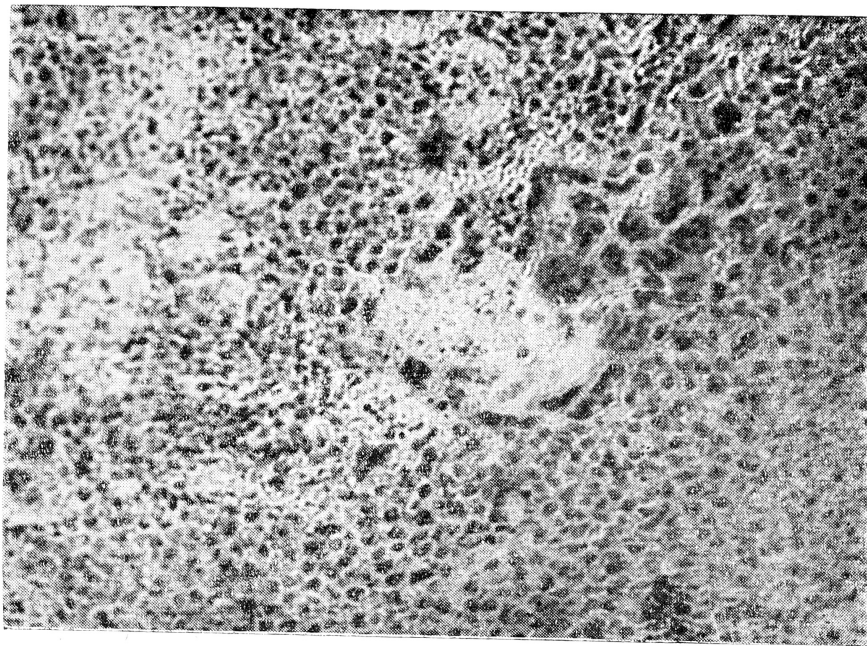


Рис. 1.

Б-ная, узнав о первоначальном диагнозе, категорически настаивала на удалении матки; учитывая возраст б-ной, решено удовлетворить ее просьбу, тем более, что по гистологической картине соскоба из полости матки хорионэпителиома не была категорически отвергнута.

17/VI произведена простая экстирпация матки с удалением придатков с обеих сторон. Внутренние половые органы без патологических изменений. При гистологическом исследовании кусочков ткани, взятых из нескольких мест стенки матки, патологических изменений не обнаружено. Выздоровление. В настоящее время здорова.

Итак, у всех 3 больных, перенесших пузырьный занос, по гистологической картине соскоба из полости матки установлена хорионэпителиома. Клиническая картина заболевания и, особенно, результаты биологических реакций на беременность были против этого диагноза. Фактически ни у одной из пациенток хорионэпителиомы не было. Если основываться только на результатах гистологического исследования, то можно сделать неправильное заключение о «самоизлечении» двух первых больных от хорионэпителиомы матки.

Эти наблюдения подтверждают важность комплексного обследования больных при подозрении на хорионэпителиому матки с обязательным проведением биологических реакций на беременность, в частности реакции сперматоурии лягушки, как наиболее доступной, быстрой и точной. Из наших наблюдений очевидно, что биологические реакции необходимо ставить и тогда, когда по гистологической картине соскоба из матки, особенно у больных с пузырьным заносом, установлена хо-

рионэпителиома. Кроме того, наши наблюдения показывают, что гистологическая картина при пузырьном заносе может симулировать картину хорионэпителиомы.

Только всестороннее обследование больных с применением всех известных диагностических методов позволит врачам избежать диагностических ошибок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдова М. А. Казанский мед. журн., 1960, 2.— 2. Николаев И. Н. Казанский мед. журн., 1959, 4.— 3. Петрова Е. Н. Гистологическая диагностика заболеваний матки. М., 1959.

Поступила 16 февраля 1960 г.

РЕЦИДИВЫ И МЕТАСТАЗЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПЕРВОЙ СТАДИИ

Р. А. Родкина

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.— проф. И. Т. Мильченко) Куйбышевского медицинского института и областной онкологический диспансер (главврач — Н. Н. Родионова)

Предупреждение рецидивов и метастазов рака шейки матки I стадии как после операции, так и после лучевой терапии является весьма серьезной проблемой, чему посвящена довольно обширная литература (А. И. Серебров, А. П. Зими́на, Е. П. Иваницкая, М. В. Монасыпова и др.).

В нашем предыдущем сообщении (1959) освещен вопрос о частоте рецидивов и метастазов у 698 больных раком шейки матки I стадии, лечившихся с 1948 по 1954 гг. комбинированным (оперативно-лучевым) и сочетанно-лучевым (глубокая рентгенотерапия + кюритерапия) методами. Изложены подробная методика и варианты лечения. Отдаленные результаты прослежены до 1 января 1957 г.

В данной статье детальному анализу подвергнута группа больных с рецидивами и метастазами после лечения. Из 262 подвергшихся комбинированному методу лечения рецидивы и метастазы возникли у 51 женщины (19,5%), а из 436 лечившихся сочетанно-лучевым методом — у 54 (12,4%).

Рецидивы в большинстве случаев возникали в течение первых двух лет после лечения. В последующие 3—5 лет в группе подвергшихся лечению по комбинированному методу процент больных с рецидивами и метастазами колебался от 7,9 до 13,7, а среди лечившихся сочетанным методом — от 1,9 до 9,3.

Из приведенного видно, что через 2 года после окончания курса сочетанно-лучевой терапии вероятность возникновения рецидивов и метастазов меньшая, чем при комбинированном методе лечения.

Мы изучили частоту рецидивов по локализации, разделив их на 6 групп. К первой отнесены местные рецидивы шейки и культы влагалища, ко второй — метастатические параметральные рецидивы, к третьей — метастатические лимфатические рецидивы, к четвертой — метастазы с распространением процесса в сторону влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки и других органов, к пятой — множественные рецидивы, когда имелась комбинация нескольких из вышеуказанных локализаций, к шестой — случаи с неуточненной локализацией.

Среди больных, лечившихся комбинированным методом, как и в группе леченных сочетанно-лучевым методом, наибольшее количество