

2. Количество белка в ликворе находится в прямой зависимости от стадии заболевания, она увеличивается с нарастанием застойно-компрессионных явлений.

3. Количество белка в ликворе не достигает высоких цифр, типичных для спинальных опухолей поясничной локализации. Соотношение содержания белка в порциях ликвора, полученных ниже и выше локализации процесса, не превышает 1:3, 1:4.

4. Механическая блокада подпаутинного пространства не является патогномоничной для опухолевых процессов. При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника этот симптом встречается достаточно часто, особенно у больных с каудальным синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бротман М. К. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962.
2. Варно П. А. Тез. докл. VII научн. сесс. Ярославск. мед. ин-та. Ярославль, 1951.
3. Глорнозова Т. Г. Журн. невропатол. и психиатр., 1961, 2.
4. Злотник З. И. Там же.
5. Кадин Л. С. Вопр. нейрохир., 1952, 1.
6. Кенц В. В. и соавт. Тез. докл. на Белорусск. респ. конф. невроп. и псих. Минск, 1960.
7. Лурье З. Л. Вопр. нейрохир., 1957, 4.
8. Овечкин Р. В. В кн.: Опухоли мозга. Свердловск, 1958.
9. Осна А. И. Ортопед. травматол., 1962, 5.
10. Попова Н. И. Вопр. нейрохир., 1946, 1.
11. Раудам Э. И. и соавт. Журн. невропатол. и психиатр., 1960, 10.
12. Саруханян В. О. Межпозвоночный диск, его разрывы и выпячивания. Автореф. докт. дисс., Ереван, 1955, т. 1.
13. Epstein B. Am. J. Roentgenol., 1949, 61, 6, 775—783.
14. Falconer A. Brit. J. Surg., 1948, 35, 139, 225—237.
15. Kaplan L., Kennedy F. Brain, 1950, 73, 337—345.
16. Rafter J. Am. J. Surg., 1959, 97, 4, 388—399.

УДК 618.11—616—89—618.2

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

В. Г. Дунаева

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии (зав.—проф. Б. В. Огнев) ЦИУ

В основу настоящего сообщения положен анализ ближайших и отдаленных результатов у 169 женщин, оперированных в 1964—1966 гг. в гинекологическом отделении 2-й городской больницы г. Казани по поводу кистовидных доброкачественных опухолей яичника и паровария, а также по поводу внематочной беременности.

У 2 женщин были удалены оба яичника, у них прекратились менструации, исчезло половое чувство.

После удаления одного яичника у девочки отмечено хорошее общее состояние, исчезновение болей в период менструации (по-видимому, за счет удаления источника заболевания).

Удаление только одного яичника в детородном возрасте у 28 женщин не вызвало нарушения общего состояния. У 7 больных возникли послеоперационные спайки. Менструальная функция не изменилась. Половое чувство понизилось.

Удаление только одного яичника у 10 женщин в возрасте 41—50 лет резко нарушило менструальную, а также и детородную функции, половое чувство. Нарушение общего состояния отмечено у 3 больных (появился климактерический синдром).

Удаление яичника у женщин старше 50 лет очевидных нарушений в организме, а также со стороны менструальной и детородной функций не вызвало, за исключением понижения полового чувства.

Нарушения после удаления одного яичника в значительной мере связаны с возрастом женщины.

У 25 женщин в возрасте от 21 до 40 лет удаление яичника сочеталось с удалением трубы. Общее состояние больных после операций оставалось хорошим, у 8 женщин резко нарушились менструации и понизилась детородная функция, а половая функция снизилась незначительно.

9 больных подверглись только резекции обоих яичников, а у 7 резекция сочеталась с удалением одной трубы. У всех отмечено лишь понижение детородной функции.

У 17 женщин произведена резекция одного яичника, а у 46 также удаление одной и у 15 — обеих труб. После резекции одного яичника у всех отмечено хорошее общее состояние. Эта операция не нарушила полового чувства, лишь несколько понизила детородную функцию.

После резекции, сочетающейся с удалением одной трубы, общее состояние и половое чувство остались неизменными, но значительно нарушилась менструальная и понизилась детородная функции.

У 13 женщин удалили только один яичник и произвели резекцию второго. Операция сочеталась с удалением одной или обеих труб. После удаления одной трубы отмечалось небольшое нарушение менструации, понижение полового чувства и выраженное понижение детородной функции.

УДК 618.174—616—076.5—618.15—008.8

КОЛЬПОЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

А. Ф. Добротина

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.—проф. С. С. Добротин)
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова*

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения, что гормональные изменения в течение нормального менструального цикла и при его нарушениях четко отражаются на картине влагалищного мазка, зависящей от прогрессивных и регрессивных изменений в слизистой влагалища. По мнению одних авторов, регрессивные изменения во влагалище происходят под воздействием прогестерона, другие же наблюдали аналогичные изменения при прекращении выработки эстрогенов без влияния прогестерона. Г. Ф. Хрусталева (1963) встречала у больных дисфункциональными маточными кровотечениями регрессивные изменения во влагалище, свойственные лютеиновой фазе овуляторного цикла, вследствие понижения количества эстрогенов в организме. Несмотря на различие мнений о причинах наступления регрессивных изменений в слизистой влагалища, цитологический метод исследования представляет большую ценность для изучения функционального состояния яичников при нарушениях менструального цикла, в частности при дисфункциональных маточных кровотечениях.

Многие авторы считают наиболее чувствительными индикаторами эстрогенной стимуляции карпопикноз, ацидофилию (эозинофилию).

Мы изучили у 41 больной дисфункциональными маточными кровотечениями 525 кольпоцитогрaмм при полихромном окрашивании (С. И. Докумов, 1962) с последующим графическим изображением ацидофильного и карпопикнотического индексов. Исследования проводили через день на протяжении месяца. Для правильной оценки влагалищных мазков в препарате сосчитывали 200—300 клеток. Средние показатели клеток поверхностного слоя, особенно карпопикнотических, у больных пубертатного, репродуктивного и климактерического возрастов существенно не отличаются. Средний процент ацидофильных клеток в кольпоцитогрaммах больных пубертатного возраста ниже, чем у больных репродуктивного и климактерического возрастов, что, по-видимому, объясняется не особенностями гормонального воздействия, а большей возможностью влияния внешних факторов в этих двух возрастных группах.

В литературе имеются указания, что влагалищные мазки во время кровотечения показывают меньшую эстрогенную стимуляцию, чем в фазе аменорей. У обследованных нами больных кольпоцитологические индексы в трех возрастных группах (пубертатной, репродуктивной, климактерической) в фазе кровотечения не указывали на снижение эстрогенной стимуляции влагалищного эпителия (табл. 1), в то время как количество эстрадиола, эстронов, эстриола и соответственно общих эстрогенов в моче во время кровотечения было статистически достоверно снижено. Очевидно, уменьшение продукции эстрогенов в фазе кровотечения, судя по их выделению с мочой, оказалось недостаточным при отсутствии влияния антагонистического гормона для вызывания регрессивных изменений во влагалищном эпителии.

На основании графического изображения процента ацидофильных и карпопикнотических клеток у больных дисфункциональными маточными кровотечениями, обусловленными отсутствием овуляции и функционирующего желтого тела, нами установлено 6 типов кольпоцитогрaмм:

- 1) пролиферативный с постоянной легкой эстрогенной стимуляцией (ИА и ИК в среднем меньше 30%);
- 2) пролиферативный с постоянной умеренной эстрогенной стимуляцией (ИА и ИК в среднем от 30 до 60%);
- 3) пролиферативный с постоянной высокой эстрогенной стимуляцией (ИК и ИА в среднем выше 60%);
- 4) с резкими колебаниями ацидофильного и карпопикнотического индексов, обусловленными изменением уровня эстрогенных гормонов в организме;