

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 618.11 — 006.884 — 089.8 — 02: 618.4

### Д.П. Игнатьева (Казань). Роды после оперативного лечения дисгерминомы яичника

Дисгерминома — это злокачественная опухоль, которая возникает из элементов недифференцированных гонад, сохраняющихся в воротах яичника с эмбрионального периода развития. Частота ее варьирует от 0,5 до 7% от числа всех злокачественных опухолей яичников. Заболевают чаще молодые женщины, при этом опухоли больших размеров встречаются у больных в возрасте от 13 до 18 лет, имеющих признаки инфантилизма.

Метастазирование протекает лимфогенным путем. Лечение дисгерминомы комплексное: оперативное в сочетании с лучевой и химиотерапией. Объем оперативного вмешательства зависит от возраста — у молодых женщин можно ограничиться односторонней аднексэктомией. Что касается последующей лучевой и химиотерапии, то одни авторы рекомендуют проводить их и у молодых женщин, другие же считают, что ни лучевая терапия, ни использование лекарственных средств при шадящем методе оперативного вмешательства нецелесообразны. Современный уровень медицинской науки обеспечивает благоприятный прогноз при дисгерминоме в плане сохранения не только жизни, но и репродуктивной функции. В подтверждение приводим клинического наблюдения.

С. 16 лет, госпитализирована в роддом № 3 13.06.1993 г. по поводу опухоли левого яичника. При поступлении больная жаловалась на увеличение размеров живота, тянущие боли в нижней его половине слева, иррадиирующие в левое бедро, кровянистые выделения из половых путей.

Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания — хронический гастрит, хронический бронхит. Менархе с 13 лет, установились сразу, по 7 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была в середине марта 1993 г. Половую жизнь отрицает.

Анамнез: в апреле и мае в срок месячных отмечались скудные кровянистые выделения, которые с 28.05.1993 г. стали постоянными. Кроме того, появились боли внизу живота, временами весьма интенсивные. С середины мая больная обратила внимание на увеличившийся у себя живот и его асимметрию.

Объективно: астенического телосложения, кожные покровы бледные. Живот увеличен в объеме, больше слева, при пальпации мягкий, безболезненный. На уровне пупка пальпируется верхний полюс исходящего из малого таза образования.

Наружные половые органы сформированы правильно. *Vitro*. Рентгенологическое исследование: шейка конической формы, тело матки нормальных размеров. Слева к ней тесно примыкает плотное гладкостенное, безболезненное образо-

вание (15 x 15 см), подвижность его ограничена. Смещение опухоли вверх передается на шейку матки. Придатки отдельно не определяются. Слизистая прямой кишки подвижна. Из половых путей в умеренном количестве выделяется кровь.

УЗИ: размеры тела матки — 51 x 31 x 40 мм. Структура однородная, контуры отчетливые, ровные. В малом тазу и нижнем этаже брюшной полости выявлено образование (151 x 83 x 133 мм), по плотности равное матке. Структура солидная с двумя участками жидкостных включений (14 x 8 x 15 мм и 16 x 22 x 19 мм). Яичники отдельно не визуализируются из-за больших размеров опухоли. Параортальные узлы не увеличены.

Заключение: киста яичника.

Анализ крови: Нв — 122 г/л, л. — 4,8 · 10<sup>9</sup>/л, СОЭ — 24 мм/ч.

Анализ мочи и биохимический анализ крови без особенностей.

Данные флюорографии в норме.

СА-125 — 39,86 Е/мл (норма до 35). ХГЧ — 381,17 МЕ/мл (норма до 15).

УЗИ почек: их положение и размеры в норме.

С клиническим диагнозом "опухоль левого яичника" (дисгерминома или киста) больная направлена на оперативное лечение, в плане — проведение экспресс-диагностики опухоли.

14.06.1993 г. произведена лапаротомия. Опухоль левого яичника (18 x 12 см) с короткой и толстой ножкой удалена вместе с трубой. На разрезе последняя солидного строения, без кистозных включений, сине-багрового цвета, мягковатая; с разреза стекает мутно-желтая жидкость, жирная на вид; капсула тонкая, не отделяется. Правый яичник (2 x 3 см) имеет очень гладкую поверхность и нехарактерный рельеф. Произведена резекция: в глубине обнаружены три фолликула величиной с просыное зерно.

Экспресс-диагностика опухоли левого яичника: определена дисгерминома. В правом яичнике опухоль не обнаружена. С учетом возраста и отсутствия поражения параортальных лимфоузлов решено ограничиться произведенным вмешательством.

Заключительный результат гистологического исследования: дисгерминома левого яичника. Труба без особенностей. В правом яичнике — склероз межучасточной ткани и стенок сосудов. На фоне этих изменений имеют место дистрофические деформированные примордиальные фолликулы, единичные развивающиеся фолликулы.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана на 9-й день после операции. В дальнейшем она находилась под наблюдением. Месячные восстановились в правильном ритме через 40 дней после операции.

Лучевая и лекарственная терапия не проводилась.

В 20-летнем возрасте с началом регулярной половой жизни у С. наступила беременность. В I триместре развился гестоз легкой степени. В связи с угрозой прерывания беременности в

6 нед и 22—23 нед женщина была госпитализирована: лечение ограничено назначением витамина Е.

Роды произошли 19.01.97 г. без осложнений. Родилась живая доношенная девочка: масса тела — 3230 г, рост — 54 см, по шкале Апгар — 9 баллов. Выписана на 6-й день в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, наше наблюдение подтверждает возможность сохранения герминативной функции у молодых женщин с дисгерминомой яичника при первой стадии заболевания.

УДК 618.3 — 07

**Л.А. Козлов, В.И. Еремкина, Б.В. Нетребко, С.Г. Хайрутдинова, Ю.А. Ковалева, К.Ф. Юсупов (Казань). К диагностике беременности в рудиментарном атретичном роге матки**

Среди многочисленных вариантов аномалий развития матки, выражающихся в ее удвоении, особый интерес представляет образование рудиментарного атретичного рога. В редких случаях плодное яйцо, развиваясь в нем, создает смертельную опасность из-за обязательного разрыва. Срок беременности, при котором наступает разрыв, может быть различным и зависит от толщины миометрия. При малой толщине разрыв происходит на раннем сроке и имитирует прервавшуюся трубную беременность. При большой толщине и хорошо развитой мускулатуре рога наступает прерывание беременности с клиникой разрыва матки. Известно, что правильный диагноз в подобной ситуации выставляется редко — от 6 до 25%.

Приводим собственные наблюдения.

М., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение РКБ МЗ РТ 02.03.1992 г. с диагнозом: двугодая матка; беременность 5—6 нед в левом роге (?). Замужем. Первая беременность — внематочная справа. 12.02.1991 г. была выполнена тубопластика и удалены фолликулярные кисты яичников. Последняя нормальная менструация отмечалась 10.01.1992 г. При обследовании, в том числе трижды с помощью УЗИ, установлена неразвивающаяся беременность в левом роге, по поводу которой 18.03.1992 г. женщине было произведено выскабливание полости матки. При этом свободно вошли только в правый рог и удалили децидуальную оболочку. Отверстия, ведущего в левый рог, не найдено. Окончательный диагноз: двугодая матка; беременность на сроке 10 нед в левом атретичном роге.

26.03.1992 г. выполнена лапаротомия. Правый рог развит нормально. Левый рог (5×6×4 см) с плодным яйцом резецирован. Отверстия, ведущего в полость правого рога, не обнаружено. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана на 11-й день после операции.

Таким образом, своевременно и правильно проведенная диагностика позволила выявить аномалию развития беременности — ее локализацию в рудиментарном роге.

К., 20 лет, поступила 20.09.1996 г. с диагнозом: беременность на сроке 22 нед. Был контакт с коревой краснухой. На прерывание беременности направлена по медицинским показаниям.

Общий и специальный анамнезы без особенностей. Настоящая беременность первая. 12.09.1996 г. во время УЗИ впервые была выявлена аномалия развития матки — двугодая матка. Беременность на сроке 22 нед в правом роге. Левый рог смещен резко влево и кзади. 13.09.1996 г. под контролем УЗИ была произведена попытка пройти в правый рог для прерывания беременности путем интраамнионального введения гипертонического раствора. Попытка оказалась безуспешной, так как сообщения цервикального канала с полостью этого рога не найдено. Принято решение прервать беременность путем малого кесарева сечения. Во время лапаротомии подтверждено наличие беременности в правом роге. Корпоральным разрезом извлечены плод и плацента. При тщательном исследовании полости рога отверстия, сообщающего его с цервикальным каналом, не обнаружено. Беременность развивалась в атретичном роге, который был удален.

Итак, использование УЗИ до и во время прерывания беременности позволило уточнить патологию, а именно выявить беременность на поздних сроках в атретичном роге и выбрать единственно правильную врачебную тактику — малое кесарево сечение. Тем не менее последнее слово в определении заключительного диагноза принадлежит клиницисту. Он должен провести тщательную дифференциальную диагностику аномалий развития матки, беременности, фибромиомы и опухолей яичников.

Т., 27 лет, поступила 05.08.1997 г. на прерывание беременности сроком 6—7 нед.

В анамнезе: менархе с 15 лет по 4 дня через 27 дней. Последняя нормальная менструация была отмечена с 11.04.1997 по 16.04.1997 г. Незамужем, до заболевания половой жизнью не жила, к гинекологу не обращалась.

04.05.1997 г. произошел насильственный половой контакт, после которого ожидаемой менструации не последовало. 25.05.1997 г. на приеме у гинеколога беременности не установлено. После 22-дневной задержки (со 02.06.1997 г. по 07.06.1997 г.) наблюдались кровянистые выделения (со слов женщины, как обычная менструация). 27.06.1997 г. осмотрена гинекологом повторно: беременность вновь не обнаружено. Направлена к невропатологу по поводу вторичной аменореи стрессового характера, который очаговой симптоматики не выявил.

В связи с задержкой менструации 08.07.1997 г. была проведена прогестероновая проба, оказавшаяся отрицательной.

УЗИ от 15.07.1997 г. показало беременность на сроке 4 нед. 18.07.1997 г. был произведен миниаборт: хорион не найден. После гистологического анализа макропрепарата было сделано заключение: эндометрий с явлениями незначительной секреции в железах. Однако кровянистые