

ских консультаций и гинекологических отделений городских и республиканских больниц) шпателями УК-1, УК-2 и УК-3 для взятия соскобов с шейки матки и цервикального канала (описание шпателей дано в Казанском мед. ж., 1980, № 6).

УДК 618.14—006.36+618.11—006.6

### Н. Ф. Биктимирова (Казань). Сочетание миомы матки со злокачественной гранулезоклеточной опухолью яичников

Гранулезоклеточная опухоль яичников нередко сочетается с миомой матки. Наличие миомы затрудняет выявление опухоли яичников, и больных длительно не госпитализируют. В ряде случаев они получают противопоказанное им консервативное лечение, способствующее росту опухоли.

Мы наблюдали 5 женщин в возрасте от 44 до 55 лет, у которых гранулезоклеточная опухоль не была диагностирована, и больных лечили в женской консультации в течение 1,5—2 лет по поводу миомы матки. Менструации у них установились с 12—16 лет, половая жизнь началась с 19—28 лет. У 2 женщин было по двое родов и по два искусственных аборта, у 2—одни роды и три аборта, у 1—пять родов и десять аборт. После последней беременности у них прошло от 6 до 30 лет. У 1 больной менструации были регулярные, по 5 дней, обильные; у 2 в течение года имелись ациклические кровотечения, им было произведено диагностическое выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании соскоба установлена железистокистозная гиперплазия эндометрия. 2 больные находились в менопаузе в течение 2—6 лет.

Всех женщин беспокоили боли внизу живота и поясницы, запоры. Учащенное мочеиспускание отмечалось у 3. Таким образом, у 2 из 5 больных имелись ациклические кровотечения, не поддававшиеся консервативной терапии, у 1 из них—на фоне менопаузы, что характерно для гормонопродуцирующих опухолей яичников. У 2 женщин, несмотря на менопаузу, миома матки не проявляла тенденции к обратному развитию, что также должно было насторожить врачей женской консультации.

В клинику был поставлен предварительный диагноз сочетания опухоли придатков с множественной миомой матки и произведена операция. У всех больных матка оказалась увеличенной до размеров, соответствующих 6—7-недельной беременности, содержала миоматозные узлы диаметром от 0,5 до 2 см. Слизистая тела матки была в состоянии железистокистозной гиперплазии. Размеры опухоли яичника варьировали от 6×5×5 см до 10×6×6 см. Опухоли имели солиднокистозное строение, их полости содержали мутную кровянистую жидкость, капсулы легко снимались. На разрезе желтоватая ткань опухолей выглядела бесструктурной. При гистологическом исследовании у всех женщин выявлена гранулезоклеточная опухоль со злокачественным перерождением. Таким образом, у всех описываемых больных интерстициальная множественная миома тела матки сочеталась с гранулезоклеточной опухолью (у 3—в I стадии, у 1—во II и у 1—в IV стадии).

Трем пациенткам произведена простая экстирпация матки с придатками и резекцией сальника, четвертой—надвлагалищная ампутация матки с придатками и у пятой—удаление придатков с одной стороны. Последней больной после получения гистологического заключения была предложена повторная операция, от которой она отказалась. Ее направили в онкодиспансер, где больной на протяжении 30 дней проводили химиотерапию (тиоТЭФ 200 мг и андрогены по 1 мл 5% раствора тестостерона пропионата).

У остальных больных послеоперационный период протекал без осложнений. Всем им после оперативного проведено лучевое лечение в дозе 20000 Рад.

Результаты лечения прослежены спустя 5 лет. 4 женщины чувствуют себя удовлетворительно, работают по специальности. Одна больная после простой экстирпации опухоли IV стадии, произведенной 1 г. 4 мес назад, находится в тяжелом состоянии.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что больные с небольшими миомами тела матки, страдающие циклическими расстройствами менструации или ациклическими кровотечениями из половых путей, нуждаются в дополнительном обследовании (двойном контрастировании, пневмопельвиографии, лапароскопии) для исключения опухоли яичников.

УДК 618.177—07—092

### Н. Б. Гуртова (Москва). Диагностика бесплодия неясного происхождения

Изучали диагностические возможности современных методов исследования (лапароскопии, ультразвуковой эхографии, концентрации стероидных гормонов в перитонеальной жидкости, плазме крови, моче) с целью выявления и анализа причин, обусловивших бесплодие неясного генеза.

Под наблюдением находилось 100 женщин в возрасте от 24 до 39 лет, предъявлявших жалобы на бесплодие, длительность которого колебалась от 3 до 14 лет,