

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 пропionato).

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,

причем 39 страдали вторичным бесплодием (у 33 женщин оно возникло после предшествовавшего искусственного прерывания беременности). Все пациентки имели регулярный двухфазный ритм менструального цикла длительностью от 21 до 35 дней. Время появления, становления менструальной функции у наших больных было таким же, как у здоровых женщин, но обращало на себя внимание увеличение дней менструации ($6,3 \pm 0,4$ дня), а также наличие незначительных мажущих кровянистых выделений из половых путей до и после менструации. Принимая во внимание эти данные, у 12 женщин мы предположили наличие наружного эндометриоза. Из гинекологических заболеваний в анамнезе 34 пациенток были хронические сальпингоофориты, по поводу чего они неоднократно получали массивную противоспалительную терапию (включая и антибактериальную). Трубный и мужской факторы бесплодия были исключены.

В результате обследования возможные причинные факторы были установлены у 94% больных (у 6% из общего числа обследованных и у 9% из числа пациенток с бесплодием неясного генеза причинные факторы не выявлены). Наиболее часто при бесплодии неясного генеза мы обнаруживали наружный эндометриоз, однако причина бесплодия при этой патологии была обусловлена нарушениями процесса выхода яйцеклетки, в частности ЛНФ-синдромом, а также расстройствами происходящей овуляции.

Таким образом, поэтапное комплексное обследование женщин, страдающих бесплодием неясного генеза, поможет выяснить некоторые нерешенные вопросы патогенеза подобного нарушения репродуктивной функции и обосновать принципы рациональной терапии таких больных.

УДК 616.211/232—003.6—089.878—053.5

С. Н. Николаев, В. П. Савадеров (Чебоксары). К методике удаления инородных тел из дыхательных путей

Попадание, локализация инородных тел и возникающие затем изменения в тканях и различных осложнениях в детском возрасте имеют определенные особенности, и порой это представляется «очевидным-невероятным». Нередко лечебная тактика требует индивидуального подхода. Представляет интерес случай извлечения инородного тела из правого межучного бронха.

Е., 14 лет, житель села одного из районов Чувашии, поступил 9/X 1979 г. в детское хирургическое отделение Республиканской клинической больницы без предъявления жалоб, в хорошем состоянии с диагнозом: инородное тело в правом главном бронхе.

В мае 1978 г. мальчик, перекаывая языком во рту металлическую пружинку, нечаянно проглотил ее. Два дня следил за отхождением пружинки при дефекациях. Отхождения не отметил и через 2 дня забыл о случившемся. Через 2 нед появился кашель с гнойной мокротой и сгустками крови. За помощью обратился к фельдшеру по месту жительства только в июле 1978 г., так как общее состояние до этого оставалось хорошим. Фельдшером было назначено амбулаторное лечение (микстура, таблетки от кашля). Состояние улучшилось, кашля не стало. В последующем кашель вновь возникал на несколько дней без ухудшения общего состояния.

Зимой 1979 г. при профосмотре в школе никакой патологии не выявлено. В сентябре 1979 г. при флюорографическом обследовании школьников у мальчика было обнаружено инородное тело в проекции правого главного бронха (рис. 1), что послужило поводом для его направления в наше отделение.

При обследовании в отделении патологии со стороны других органов и систем не выявлено. Физическое развитие мальчика определено хорошим и соответствующим возрасту.

11/X 1979 г. произведена поднаркозная бронхоскопия (С. Н. Николаев). В трахее обнаружены слизисто-гнойные выделения в умеренном количестве. В левом бронхальном дереве изменений не выявлено. В правом главном бронхе — разкая гиперемия и отечность слизистой. На уровне межучного бронха видно инородное тело — металлическая пружинка, в середину которой между витками пролабирует гиперемизированная слизистая. С учетом хода последующих витков конхотомом пружина захвачена за верхний виток и вывинчивающим вращением удалена. Возникшее незначительное кровотечение из слизистой легко остановлено тампоном, смоченным 10% раствором хлористого кальция. В этот бронх введено 250 мг канамицина в 10 мл 0,25% раствора новокаина и 25 мг гидрокортизона. В последующие 2 дня состояние больного оставалось хорошим, кашля не было, жалоб не предъявлял.

16/X 1979 г. произведена контрольная поднаркозная



Рис. 1. Рентгенограмма Е., 14 лет. В правом главном бронхе — металлическая пружинка размером 20×7 мм.