

Распределение больных, подвергнутых трансторакальной аспирационной биопсии

Диагноз	Количество наблюдений	Оперировано	Не оперировано
Рак легкого	28	15	13
Туберкулома легкого	3	3	—
Киста легкого	2	2	—
Липосаркома средостения	1	—	1
Аденоматоз легкого	1	1	—
Метастаз	4	1	3
Хроническая пневмония	4	1	3
Мезотелиома плевры	2	—	2
Осумкованный плеврит	2	—	2
Остеокластоblastома грудной стенки	1	1	—
Хондросаркома ребра	3	3	—
Злокачественная тимома	5	3	2
Лимфогранулематоз средостения	5	2	3
Тератодермоиды средостения	2	2	—
Не установлен	1	—	1
Всего:	64	34	30

ческого, цитологического (по данным биопсии) и операционного диагнозов. У 5 больных результаты аспирационной биопсии были отрицательными, так как игла не достигла патологического образования (у 3 и них пункцию производили в период освоения методики). У 2 больных отрицательный результат пункции был обусловлен обширным воспалительным процессом, окружающим опухолевый узел. Показания к операции у этих больных устанавливали по данным клинко-рентгенологических исследований. У 4 пациентов этой группы цитологическая картина из-за малого количества полученного материала оказалась недостаточно ясной для того, чтобы высказаться о характере патологического процесса более определенно.

У 23 из 30 неоперированных больных результаты биопсии были четкими. У 7 пациентов результаты пункции расценили как отрицательные: из-за большого воспалительного процесса в окружающих отделах — у 2 больных, неясной цитологической картины — еще у 2 и непопадания в патологический фокус — у 3 больных.

Морфологическую структуру рака цитологически определили в 75% наблюдений. В остальных случаях отмечали наличие в пунктате раковых клеток, но из-за их малого количества и низкой степени дифференцировки не смогли отнести их к какой-либо гистологической форме.

Ввиду отсутствия технических возможностей для производства катетеризационной биопсии у пациентов с патологическими фокусами, расположенными не только в поверхностных, но и в центральных отделах легкого, мы выполняли трансторакальную аспирационную биопсию. Это обстоятельство увеличило процент отрицательных результатов. Тем не менее мы полагаем, что отказываться от пункции глубоко-расположенных образований не следует, так как эта процедура в ряде случаев позволяет верифицировать диагноз.

Трудности в дифференциальной диагностике заболеваний легких возникают не только при опухолях малых размеров, но и иногда при опухолях большой величины, осложненных плевритом в окружающей легочной ткани и распадом опухоли. В таких случаях трансторакальная аспирационная биопсия также необходима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богущ Л. К., Жарахович И. А. Биопсия в пульмонологии. М., Медицина, 1977.

Поступила 26 марта 1981 г.

УДК 618.89

О НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Н. Л. Капелюшник, Т. М. Кутышева

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

Реферат. На основании наблюдения за 782 женщинами, находившимися на стационарном лечении по поводу угрожающего выкидыша и преждевременных родов, установлено, что наиболее частой причиной прерывания беременности являлись перенесенные ранее аборт, хронические экстрагенитальные заболевания, инфекцион-

ные заболевания половых органов и мочевыводящих путей, истмико-цервикальная недостаточность вследствие предшествовавших патологических родов и абортот.

Ключевые слова: невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, выкидыш, преждевременные роды.

Библиография: 3 названия.

Проблема снижения перинатальной смертности — одна из наиболее актуальных в современном акушерстве. В 70% перинатальная смертность является следствием невынашивания беременности, частота которой колеблется в пределах 10—15% [1, 2].

Причины невынашивания беременности весьма разнообразны. Они могут быть обусловлены со стороны матери инфекционными и неинфекционными хроническими экстрагенитальными заболеваниями, острыми вирусными инфекциями, нейроэндокринными нарушениями, иммунологической несовместимостью крови матери и плода, хроническими воспалительными процессами половых и мочевыводящих органов, пороками развития матки, истмико-цервикальной недостаточностью. Со стороны плода — хромосомными аномалиями, действием тератогенных факторов. Со стороны отца — патологическими изменениями эякулята [2, 3].

Под нашим наблюдением находилось 782 женщины в возрасте от 18 до 40 лет, которым проводилось стационарное лечение по поводу угрожающего выкидыша и преждевременных родов. По роду занятий среди них были 73 студентки, 138 рабочих, 571 служащая. У 554 (70,8%) женщин отмечалось своевременное наступление менархе, у 228 (29,2%) — после 16 лет. Нарушение менструальной функции, проявляющееся в изменении ритма и характера менструаций, наблюдалось у 82 (10,5%). Первобеременных было 264, повторнородящих — 518. В анамнезе у 364 женщин имелись указания на артифициальные аборты, у 156 — на срочные роды, у 98 — преждевременные роды; у 72 в прошлом зарегистрировано от 1 до 5 самопроизвольных выкидышей, причем у 35 из них невынашивание было привычным. Угроза прерывания беременности возникла на сроке 12 нед у 258, от 12 до 16 нед — у 243, от 17 до 20 нед — у 176, от 21 до 24 нед — у 63, от 25 до 28 нед — у 42 женщин.

В стационар с клинической картиной угрожающего преждевременного прерывания беременности поступило 603 (77,1%) больных, начавшегося — 179 (22,9%). В зависимости от предполагаемых факторов прерывания беременности, установленных при комплексном обследовании беременных, мы разделили больных на пять групп.

В 1-ю группу вошли 317 (40,5%) женщин, которые ранее перенесли искусственное прерывание беременности, криминальные аборты; у 79 из них обнаружены признаки полового инфантилизма. У больных данной группы угроза прерывания беременности была обусловлена, вероятнее всего, нейроэндокринными нарушениями и патологическими изменениями эндометрия. Особое значение имели предшествовавшие искусственные аборты у женщин с явлениями полового инфантилизма. У больных этой группы на протяжении первых 8—9 нед беременности тело матки было плотноватой консистенции, отмечалось отставание ее в развитии; признаки Горвица, Гегара отсутствовали или были выражены незначительно.

Лечение больных 1-й группы было комплексным. Соблюдался лечебно-охранительный режим, проводили психотерапию, назначали седативные средства, витаминотерапию, кокарбоксилазу, лечебный сон, для снятия повышенной возбудимости матки — спазмолитики. При привычном невынашивании с целью десенсибилизации в последнее время мы успешно трансплантируем кожный лоскут мужа (от 2 до 4 раз на протяжении беременности). У беременных с признаками инфантилизма, гипофункцией яичников проводили гормонотерапию по методу В. И. Бодяжиной и соавт. (1973) или лечение туриналом; при наличии кровянистых выделений производили эстрогенный гемостаз.

Об эффективности терапии судили по данным биоплярной реографии, базальной температуре и клинической картине. У 33 беременных этой группы произошел самопроизвольный выкидыш, у 8 женщин беременность завершилась преждевременными родами (1 ребенок массой тела 1100 г умер от родовой травмы), у 276 наступили срочные роды. Умерло 3 ребенка (один родился с врожденным уродством, другой — с гемолитической болезнью новорожденного и третий — с асфиксией и ателектазом легкого).

Во 2-й группе, которая объединила 231 (29,5%) больную, страдали экстрагенитальными заболеваниями: хроническим холециститом, ревматизмом, недостаточностью митрального клапана, хроническим бронхитом, хроническим гайморитом, нефритом, вегетососудистой дистонией, гипертонической болезнью.

Помимо указанного выше комплекса лечебных мероприятий у больных этой группы проводили терапию экстрагенитальных заболеваний.

У 11 беременных произошел самопроизвольный выкидыш, у 4 женщин беременность завершилась преждевременными родами. Один новорожденный массой тела 1250 г умер от септического заболевания, трое детей родились с массой тела 1800, 2200, 2400 г. У 216 беременных наступили срочные роды. Двое новорожденных умерли (один — в связи с родовой травмой, другой — в результате пневмонии).

3-ю группу составили 122 (15,6%) женщины с колпитом, пиелонефритом и другими инфекционными заболеваниями мочеполовых органов. У 71 беременной была диагностирована эрозия шейки матки. У женщин этой группы в комплексную тера-

пию включили санирование очагов инфекции. У 13 из них наблюдался самопроизвольный выкидыш, у 2—преждевременные роды живыми детьми с массой тела 1600 и 2100 г. У 107 произошли срочные роды (с интранатальной смертью одного новорожденного в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и нефропатией II).

К 4-й группе принадлежали 83 (10,7%) женщины с истмико-цервикальной недостаточностью. Для больных этой группы во время беременности были характерны размягчение, укорочение шейки матки, проходимость цервикального канала и внутреннего зева более 2 см.

Наиболее эффективными методами лечения истмико-цервикальной недостаточности оказались хирургические: наложение швов по Сенди, кругового и П-образного швов по А. И. Любимовой. У 9 женщин произошел выкидыш, у 3—преждевременные роды живыми детьми с массой тела 1900, 2200, 2350 г, у 71—срочные роды.

В 5-ю группу отнесены 29 женщин: 8—с рубцом на матке после кесарева сечения, 9—после энуклеации миоматозных узлов, у 12 была субсерозно-интерстициальная миома матки в сочетании с беременностью. Лечение женщин этой группы было аналогичным терапии беременных 1-й группы. У 5 наблюдался самопроизвольный выкидыш, у 1—преждевременные роды живым плодом массой тела 1500 г, у 23—срочные роды. Продолжительность стационарного лечения составила от 10 до 40 дней.

Таким образом, из 782 беременных у 71 (9,1%) произошел самопроизвольный выкидыш, у 18 (2,3)—преждевременные роды, 693 (88,6%) женщины родили в срок.

Анализ наших наблюдений дает основание сделать заключение, что наиболее частой причиной прерывания беременности являются ранее перенесенные аборты, хронические экстрагенитальные заболевания, инфекционные заболевания половых органов и мочевыводящих путей, истмико-цервикальная недостаточность вследствие предшествовавших патологических родов и абортов. Женщины с указанной патологией должны быть отнесены к группе риска по невынашиванию беременности, до наступления которой им необходимы всестороннее обследование в женской консультации и обязательный режим труда и отдыха.

У женщин с патологией шейки матки желательна также до беременности устранить, по возможности, анатомические изменения этого органа. У больных, перенесших осложнения после абортов и родов, консервативную миомэктомию и операцию кесарева сечения, возможно возникновение синехий в полости матки. Для решения вопроса о состоятельности рубца на матке, выявления синехий в ее полости и проведения необходимого лечения показана гистеросальпингография.

Таким образом, женщины, страдающие невынашиванием беременности, особенно привычным, нуждаются в углубленном обследовании до беременности. Для выявления дисцифальной патологии рекомендуется проводить рентгенографию черепа в 2 проекциях, исследование глазного дна и цветных полей зрения и обратить внимание на наличие белесых полос на теле (стрий). Тестами функциональной диагностики (кольцитологией, ректальной температурой, симптомом растяжения слизи цервикального канала, симптомами зрачка и арборизациями) следует установить наличие и характер нарушений менструальной функции, исключить специальным обследованием патологию щитовидной железы. При гипертрихозе, увеличении массы тела, сине-багровых полосах втяжения необходимо определить 17-кетостероиды. Если увеличена их выработка, требуется проведение диагностических гормональных проб для дифференциации надпочечниковой и яичниковой патологии. Кроме того, нужно установить резус-принадлежность супругов; выяснить наличие антител и их титр и провести профилактику резус-конфликта при иммуно-конфликтной беременности.

Женщины, в анамнезе которых есть указание на заболевание мочевыводящих путей (пиелонефрит), нуждаются в тщательном обследовании этих органов (в обследовании мочи по Нечипоренко, посеве мочи и др. по показаниям—во внутривенной урографии). Необходимо исключить токсоплазмоз и листериоз. Все имеющиеся очаги хронической инфекции должны быть санированы до беременности. Женщины, страдающие привычным невынашиванием, должны быть обследованы в женской консультации для исключения генной природы преждевременного прерывания беременности. Обязательны своевременная диагностика и хирургическая коррекция шейки (истмико-цервикальная недостаточность). При рубцах на матке после кесарева сечения, консервативной миомэктомии, подозрении на порок развития матки, истмико-цервикальной недостаточности следует выполнить гистеросальпингографию или двойное контрастирование в лютеиновой фазе цикла.

Во время беременности должны быть проведены профилактика и своевременное лечение таких осложнений, как анемия, токсикоз беременных. Особое значение в периоды, соответствующие срокам прерывания предшествовавших беременностей, имеет профилактическая госпитализация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И., Любимова А. И., Розовский И. С. Привычный выкидыш. М., Медицина, 1973.— 2. Любимова А. И., Мамедалиева Н. М., Акуш. и гин., 1981, 9.— 3. Москвитина Н. К., Любимова А. И., Наденна О. В. Там же, 1979, 4.

Поступила 22 марта 1982 г.