

ЭНДОМЕТРИОЗ ПУПКА¹

Асс. М. А. Давыдова

Из кафедры акушерства и гинекологии (зав.—проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Эндометриозом называется разрастание ткани, похожей на слизистую оболочку матки.

Эндометриоз пупка встречается и описывается очень редко; поэтому считаем возможным представить наше наблюдение.

Б-ная К., 43 лет, поступила в клинику 28/XI-56 г. по поводу кровянистых выделений из пупка во время менструаций. Больной себя считает около года.

Менструация с 17 лет, беременность была 6 раз. Роды нормальные 4 раза, 4-я и 6-я беременности окончились искусственными абортами, последний аборт 5 лет тому назад. Менструальная функция нормальная, последние крови 17/XI-56 г.

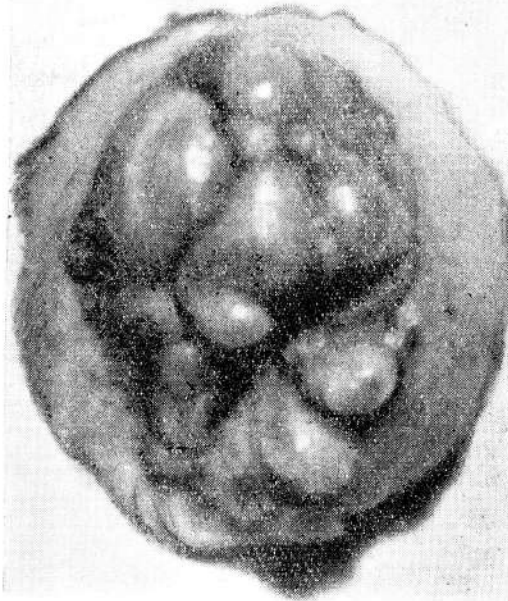


Рис. 1

Телосложение правильное, рост выше среднего, кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Живот мягкий, безболезненный, обильное отложение подкожной жировой клетчатки на брюшной стенке. Пупок размером 2×2 см, пигментирован — цвета темного загара, выступает над поверхностью брюшной стенки, плотный, мелкобугристый из-за полипозных разрастаний (рис. 1). При надавливании выделений нет. Влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт. Матка в правильном положении, несколько увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не увеличены. Шейка чистая. Выделения белые.

30/XI-56 г. произведены пробное выскабливание полости матки и биопсия из пупка. Слизистая тела матки в стадии пролиферации. В кусочке из пупка среди фиброзной ткани островки слизистой тела матки в стадии пролиферации. Диагноз: эндо-

метриоз пупка. 15/XII-56 г. выписана.

3/I-58 г. поступила вновь. После биопсии выделения из пупка усилились и стали кровянистыми. Появляются они за день перед менструацией и прекращаются с ее окончанием. Менструальная функция нормальная, последние крови 24/XII-57 г. Общественно — то же самое, что и при первом поступлении.

6/I-58 г. под местной анестезией пупок иссечен.

Заживление первичным натяжением. В настоящее время здорова, менструальная функция нормальная.

Поступила 22 июля 1959 г.

НЕВРАЛГИЯ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА И ЕЕ УСТРАНЕНИЕ ПУТЕМ СТЕВЛОВОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Проф. С. Н. Вайсблат
(Киев)

Невралгия языкоглоточного нерва описывается, в отличие от невралгии тройничного нерва, редко.

А. Н. Филатов, собравший в 1930 г. в литературе описание 26 случаев невралгии языкоглоточного нерва, правильно указывает, что небольшое количество опубликован-

¹ Доложено в обществах патологов — 11/I-58 г. и акушеров-гинекологов — 5/II-58 г.

ных случаев объясняется не столько редкостью заболевания, сколько тем, что оно часто смешивается с невралгией тройничного нерва.

Поскольку языкоглоточный нерв анастомозирует с тройничным нервом через ушной и крылонёбный узлы, а также через концевые ветви язычного нерва, болевые припадки при невралгии языкоглоточного нерва могут наблюдаться не только в области его распространения, но так же, как при невралгии ветвей тройничного нерва, — в области той или другой ветви последнего и одновременно в области двух или всех трех его ветвей.

По этой причине невралгия языкоглоточного нерва нередко диагностируется как невралгия ветвей тройничного нерва. Естественно, что при подобной ошибке ни новокаиновая блокада ветвей тройничного нерва, ни их алкоголизация не дают успеха.

Авторы, наблюдавшие невралгию языкоглоточного нерва, указывают, что при ней, в отличие от невралгии тройничного нерва, болевые приступы возникают при прикосновении к нёбным миндалинам или к корню языка; боли распространяются на нёбную занавеску, надгортанник, горло, ухо, сосцевидный отросток, иногда на глаз, угол нижней челюсти и шею.

В наблюдавшихся нами двух случаях невралгии языкоглоточного нерва не так сильно был выражен болевой припадок при раскрытии рта, как при глотании. Припадки боли обычно более тягостны, чем при невралгии тройничного нерва; они возникают и при сильном поднятии головы вверх, что, вероятно, объясняется напряжением мышц, начинающихся от шиловидного отростка, и их надавливанием при этом на проходящий между ними языкоглоточный нерв, а также при надавливании пальцами на мягкие ткани вглубь между задним краем ветви нижней челюсти и грудноключично-сосцевидной мышцей. Боли в ухе бывают всегда и обычно они сильнее выражены, чем при невралгии тройничного нерва, при которой они могут даже и отсутствовать.

Для ликвидации невралгии языкоглоточного нерва, особенно в тяжелых случаях заболевания, прибегают к экзерезу нерва, производимому внечерепным или даже внутричерепным (со стороны задней черепной ямы) путем.

Ввиду того, что нам из литературы стал известен описанный Лартшнайдером случай устранения невралгии языкоглоточного нерва путем инфильтрации 80% алкоголем нёбных миндалин и корня языка, мы так же попробовали использовать этот метод в одном из наших случаев, но безуспешно, причем глотание сделалось еще более мучительным. Проведения же по нашей методике стволовая алкоголизация нерва дала полный успех.

В другом случае, уже без предварительного инфильтрации алкоголем нёбных миндалин и корня языка, мы произвели только алкоголизацию ствола языкоглоточного нерва и получили успех. Было достаточно однократной алкоголизации. При повторном осмотре больные жалоб не предъявляли. До лечения один больной страдал 5 лет, другой 6.

Наша методика: На уровне сосцевидного отростка, у заднего края ветви нижней челюсти, вкалывают 5-сантиметровую иглу и направляют приблизительно на 2,25—2,5 см в глубину тканей косо-вверх, назад и внутрь, до попадания кончика иглы на наружную, поверхность шиловидного отростка. Глубину погружения иглы фиксируют концом среднего пальца. Выдвигают иглу немного наружу, не снимая с нее пальца, и снова продвигают в прежнем направлении (вверх, назад и внутрь), но на этот раз несколько ниже прежнего, внутрь, до зафиксированного на ней указательным пальцем места, то есть до соприкосновения конца пальца с кожей в месте вкола иглы. Тогда конец иглы прокалывает опускающийся с шиловидного отростка вниз и прилежащий к языкоглоточному нерву мышечный пласт, куда и вводится около 2 мл спирта.

Для предупреждения случайного ранения проходящих вблизи нерва сонной артерии и яремной вены и попадания в них спирта, а также для обезболивания вмешательства, следует предварительно произвести указанную инъекцию с раствором новокаина и непрерывно выпускать его (этот раствор), по мере продвижения иглы в глубь тканей, чем сосуды отодвигаются в сторону, а перед выпуском раствора новокаина у места целевого пункта слегка выдвинуть к себе поршень, что в случае попадания конца иглы в раненый сосуд вызовет поступление крови в шприц. Предварительная проводниковая инъекция с новокаином дает возможность убедиться в правильности пути, вызывая моментальное успокоение болей. Вскоре после выпуска раствора новокаина у места цели, снимают шприц с иглы, набирают в него спирт, опять соединяют шприц с иглой и вводят в место целевого пункта спирт.

Для ослабления вредного действия спирта на указанные сосуды, а также на находящиеся вблизи блуждающий нерв и упомянутые мышцы мы пользуемся слабым 33% спиртом, причем в малом количестве (1,5—2 мл).

Поступила 30 августа 1958 г.