

ви для відновлення нормальних оклюзійних взаємовідношень після проведення хірургічного втручання.

Виконували двосторонню скісну ковзну остеотомію тіла нижньої щелепи з подальшим накладанням кісткових швів. У післяопераційному періоді використовували міжщелепну фіксацію протягом 2–4 тиж. Застосовували також ультрафонофорез із кремом «Терафлекс М» (15 сеансів по 10 хв 1 раз на день) на ділянку СНЩС [4; 5]. Крім того, застосовували аплікації крему «Терафлекс М» із втиранням (2–3 рази на день, 1 міс.). Після зняття міжщелепної фіксації призначали прийом всередину капсул «Терафлекс» (4 міс. по 1 капсулі двічі

на день протягом трьох перших тижнів, надалі по 1 капсулі 1 раз на день).

Як показав аналіз симптомів, характерних для СНЩС, у хворих через 3 міс. після проведеної реконструктивної операції на нижній щелепі та комплексного лікування потягання клінічних ознак артриту СНЩС не зареєстровано, відмічено деяке покращання: у 2 (9 %) випадках зникли больові відчуття у ділянці суглоба.

З цього випливає, що після проведення реконструктивних операцій на нижній щелепі та комплексного лікування, співвідношення елементів СНЩС залишається незмінним, а в деяких випадках набуває фізіологічних особливостей, що

дозволяє рекомендувати даний метод до широкого впровадження у хірургічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Хватова В. А.* Диагностика и лечение нарушенной функциональной окклюзии / В. А. Хватова. – Н. Новгород : Изд-во РГМА, 1996. – С. 256–259.
2. *Петросов Ю. А.* Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю. А. Петросов. – Краснодар : Советская Кубань, 1996. – С. 344.
3. *Рабухина Н. А.* Рентгенодиагностика в стоматологии / Н. А. Рабухина, А. П. Аржанцев. – М. : Стоматология, 1999. – С. 433–438.
4. *Компендиум 2004 – Лекарственные препараты* / под ред. В. М. Коваленко, О. П. Викторова. – К. : Морион, 2004. – 1664 с.
5. *Лекарственные препараты в России // ВИДАЛЬ : справочник.* – Изд. 11-е, перераб., испр., доп. – М., 2005. — 1536 с.

УДК 618.11-006.443.03

А. И. Грачев, А. И. Даниленко

ГРАНУЛЕЗОТЕКАКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Одесский национальный медицинский университет

Гранулезоклеточные и текаклеточные опухоли яичников встречаются редко и в любом возрасте, но наиболее часто — 40–60 лет [1].

Частота гранулезоклеточных опухолей (ГКО), по данным разных авторов, составляет до 3 % всех опухолей яичников, частота текаклеточных опухолей (ТКО) — до 2,5 %. Опухоли склонны к злокачественному течению [2]. Смешанные опухоли этого типа (комбинация ГКО и ТКО) встречаются очень редко и составляют до 0,4 % всех опухолей яичников [3].

Гистологически в этих опухолях имеется сочетание, в разных количествах, элементов ГКО и текомы. Группы клеток гранулезы формируют островки причудливой формы или трабекулы неравномерной

толщины, находящиеся в окружающей их тека-ткани. В некоторых опухолях этого типа гранулезо- и текаклетки перемешаны между собой. Могут быть варианты чередования мелких гнезд гранулезных клеток с тека-тканью. Встречаются узкие тяжи, состоящие из нескольких родов гранулезных клеток, вкрапленных в массу тека-ткани, или определяется пограничная зона между двумя компонентами опухоли.

Гранулезоклеточная опухоль принадлежит к эстрагенпродуцирующим образованиям, следствием чего является высокий уровень эстрогенов в крови, моче, кале больных и в самих опухолях. Отмечаются нарушения менструального цикла, маточные кровотечения в периоде постменопаузы и у детей. Высокий уровень эстро-

генов в организме может приводить к патологическому «омоложению» в периоде постменопаузы, преждевременному половому созреванию детей, задержке овуляции у женщин, результатом чего является бесплодие. У больных с этими опухолями бывают асцит, гидроторакс, исчезающие после удаления опухоли. Очень редко возникает андрогенный эффект. Отмечаются изменения в матке: в эндометрии — гиперпластические процессы в виде железистой, железистокистозной гиперплазии, очагового аденоматоза, полипов. В ряде наблюдений отмечается сочетание ГТО с аденокарциномой эндометрия, миомой тела матки, беременностью.

В нашем наблюдении больная О., 52 лет, поступила в КУ ГКБ № 1 с жалобами на кро-



вотечение из половых путей в течение месяца. Месячные с 13 лет, через 28 дней, по 5–6 дней. При осмотре наружные половые органы без особенностей, влагалище складчатое. Шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. Тело матки увеличено до 8–10 нед. беременности, подвижное, безболезненное. Слева от матки определяется тугоэластическое образование размером до 6 см, связанное с маткой, чувствительное при пальпации, справа придатки матки не определяются. Амбула прямой кишки свободная, слизистая оболочка гладкая.

Диагноз: фибромиома матки, маточное кровотечение, геморрагический синдром, киста левого яичника. Проведено фракционное лечебно-диагностическое выскабливание. Соскоб полости матки обильный, полипозно-мозговидного характера. Гистологическое исследование соскоба — кусочки эндометрия: железисто-кистозная гиперплазия, покоящаяся форма, отрывки железистой ткани полипозного вида (без ножки). Через 7 дней после поступления в больницу больная прооперирована. Выполнена экстирпация матки с придатками, резекция участка сальника. Во время операции проведено ускоренное исследование кусочка ткани из стенки обнаруженного кистовидно-

го образования левого яичника. Гистологическое заключение — замороженные препараты: малодифференцированная пограничная опухоль. Окончательный ответ в постоянных препаратах. Постоянные препараты: левый яичник — гранулезотеклеточная опухоль; левая маточная труба — склероз стенок; матка — лейомиома с отеком стромы; эндометрий — железисто-кистозная гиперплазия, покоящаяся форма; шейка матки — железистая эрозия с наботковыми кистами в основе ткани; правый яичник — с фиброзными тяжами; правая маточная труба — склероз стенок; сальник — очаговый склероз ткани.

Описание макропрепарата: матка 12×10×6 см, шейка с наботковыми кистами, ткань тела матки уплотнена, на разрезе серо-розовая с интрамуральным серо-белесоватым узлом 3,5×3 см. Слизистая оболочка полости матки и цервикального канала гладкая, серо-розовая. Правый яичник 1,5×1,0×0,5 см, уплотнен, ткань на разрезе серо-розовая однородная. Левый яичник в виде кисты 7×6×4,5 см, стенки пленчатые, серо-белесоватые. На внутренней поверхности рыхлые желтоватые разрастания сосочково-солидного вида, заполняющие всю полость кисты, маточные трубы по 7×3,5 см, стенки мягкие, серозная и сли-

зистая оболочки серо-синюшные, просвет спавшийся.

Анализ крови больной: эр. — 3,2, Нb — 105, гематокрит — 0,30, лейкоц. — 13,8, СОЭ — 10 мм/ч, э — 1, п — 15, с — 67, л — 10, м — 7. Глюкоза крови — 5,8 ммоль/л, мочевины крови — 5,5 мкмоль/л.

Анализ мочи: удельный вес — 1014, белок — 0,066, эр. — 14–20, лейкоц. — 8–12 в поле зрения.

ЭКГ: синусовая тахикардия, умеренные дисметаболические изменения миокарда. После 14 дней пребывания в больнице больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Гранулезотеклеточные опухоли склонны к рецидивам и метастазам, т. е. к злокачественному течению. При этом гистологически они могут и не иметь признаков злокачественной опухоли, метастазы могут возникать через 5–30 лет и более после удаления опухоли [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Глазунов М. Ф. Опухоли яичников / М. Ф. Глазунов. — М. : Медицина, 1954. — 322 с.
2. Краевский Н. А. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека / Н. А. Краевский. — М. : Медицина, 1982. — 512 с.
3. Селезнева Н. Д. Доброкачественные опухоли яичников / Н. Д. Селезнева, Б. И. Железнев. — М. : Медицина, 1982. — 286 с.

