

концу пубертатного периода частота увеличения щитовидной железы III степени (зоба) возрастает. Таким образом, отсутствие противозобной профилактики в районах зобной эндемии способствует гипертрофии и гиперплазии щитовидной железы в период становления функций половой системы и закреплению зобогенной реакции в зрелом возрасте.

УДК 618.11—006.39

Б. Г. Сютюшев (Казань). Гормонально неактивная гранулезоклеточная опухоль яичника

Под нашим наблюдением находилась больная, у которой на фоне первичных изменений гормонального гомеостаза, при наличии синдрома Штейна—Левентала, развилась гранулезоклеточная опухоль яичника. Последняя диагностирована только гистологическим исследованием удаленной опухоли. Не исключается развитие этой опухоли в результате гормональной стимуляции организма, которая была проведена больной без полного клинического обследования.

Г., 26 лет, поступила в клинику с жалобами на нерегулярные менструации и обильные кровотечения во время менструаций, боли в низу живота.

Менструации появились с 16 лет, по 5 дней через 26 дней, но через полгода они стали нерегулярными, с задержками по 3—4—6 мес с последующими крововыделениями, продолжавшимися 1—2 мес. Впервые обследована в 1972 г. С диагнозом «дисфункция яичников» была госпитализирована, получала электростимуляцию шейки матки, УЗ, гальванический воротник. После курса лечения менструации стали регулярными (с 1973 по 1974 г.), по 5 дней через 28 дней. С 1975 г. цикл менструаций вновь нарушился, но больная не лечилась до 1977 г. С ноября 1977 г. ей проведен 3-месячный курс терапии бисекурином; достигнут положительный эффект, но нестойкий, с прекращением лечения нарушения возобновились. Последняя менструация была за 2 мес до поступления в клинику, продолжительностью 36 дней. Половая жизнь с 24 лет, беременность не возникала.

Состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная; кожные покровы и слизистые чистые, обычной окраски; нерезко выраженный гирсутизм — единичные волосы на подбородке и по средней линии живота, усики. Молочные железы без особенностей. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 уд. в 1 мин. АД 130/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Наружные половые органы сформированы правильно, клитор не увеличен. На шейке матки, вокруг наружного зева эрозия ярко-красного цвета. Влагалище нерожавшей. Шейка матки цилиндрико-конической формы. Матка отклонена кпереди, нормальных размеров, подвижная, безболезненная, плотной консистенции; сзади от матки с обеих сторон определяются увеличенные яичники: справа 6×7 см, плотной консистенции, слева 5×6 см, обычной консистенции. Выделения из влагалища слизистые. Своды глубокие, безболезненные.

Общие анализы крови и мочи не выявили патологии. 17-КС 35,4 мкмоль/сут, 17-ОКС 7,6 мкмоль/сут. Данные кольпоцитологии: тип мазка гипоестрогенный. Базальная температура монофазная. Рентгенокраниограмма: кости свода черепа и турецкого седла без изменений.

Биконтрастная рентгенография: тело матки небольших размеров, тени яичников увеличены с обеих сторон до 6×7 см, левый — округлой формы, правый несколько вытянут в латеральной части в виде небольшого образования, с четкими гомогенно контрастированными контурами. Полость матки треугольной формы, у дна с нечетким контуром заполнения. Левая труба — с явлениями перисальпингита, проходима на всем протяжении, правая — в виде обрубленного тяжа, укорочена.

На основании анамнеза, объективного статуса, тестов функциональной диагностики, результатов гормональных исследований и пневмопельвеографии был диагностирован синдром Штейна—Левентала. Принимая во внимание данные гистеросальпингографии, было решено до операции исключить туберкулез маточных труб и матки. В результате исследований установлено его отсутствие. Больная назначена на операцию — резекцию яичников и стоматоластику.

Лапаротомия: надлобковым разрезом по Пфаненштилю послойно вскрыта брюшная полость. Матка нормальных размеров, в спайках с яичниками и тазовой брюшиной. Левая труба представляет собой гематосальпинкс с расширением ампулярного отдела до размеров 4×6 см, плотно спаянный с левым яичником, размер которого 4×5 см, в спайках с маткой, сальником, передним листком широкой связки. Яичник округлой формы, блестящий, гладкий, с просвечивающимися фолликулами. Правая труба утолщена на всем протяжении, у ампулярного конца — до 1,5 см в диаметре, плотная. Яичник размером 6×7 см, с гладкой поверхностью, темно-багрового цвета, медиальный конец его выпячивается в виде ретенционной кисты. Придатки спаяны с тазовой брюшиной, передним листком широкой связки и между собой. Произведено разделение спаек тупым и острым путем. Слева — резекция $\frac{2}{3}$ яичника, сальпингостомия на уровне здоровых тканей; проходимость трубы проверена ретроградной гидро-

тубацей с лидазой — труба проходима. Справа спайки разделены тупым и острым путем. При попытке выщипать кистовидное образование яичника оно вскрылось, выделилось жироподобное содержимое (взято на цитологический анализ, злокачественных элементов не выявлено). Образование 3×4 см, не имеет капсулы, напоминает жировик. Произведена резекция яичника в пределах здоровых тканей. Труба также подвергнута сальпингостомии с проверкой на проходимость. Брюшная полость по-прежнему ушита наглухо.

Послеоперационный диагноз: синдром Штейна—Левенталя. Опухоль правого яичника (гормонопродуцирующая?). Гидросальпингс левой и гематосальпингс правой труб.

Данные гистологического исследования: опухоль построена из мелких темных гранулезных клеток, имеющих диффузно-альвеолярное строение, протоплазма светлых клеток содержит большое количество липидов. Имеются полости, выстланные мощным слоем гранулезы, в окружающей ткани большое количество сосудов. В левом яичнике — утолщение белочной оболочки, разрастание соединительной ткани в строме, большое количество фолликулярных кист и атретических фолликулов, пролиферация «тека интерна», лютеинизация клеток, большое количество премордиальных фолликулов. В левой трубе — атрофия ворсин, в правой — фолликулярный сальпингит, отек ткани, кровоизлияния.

Диагноз: гранулезоклеточная опухоль правого яичника; склерополикистоз левого яичника; хронический сальпингит правой трубы, гематосальпингс левой трубы.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 11-е сут после операции у больной пришла нормальная менструация.

УДК 618.3:616.33—002.44—005.1

Доц. В. А. Ситников, Ю. К. Мартиросов, Л. Ф. Вершинина (Ижевск).
Острое желудочное кровотечение язвенной этиологии
у беременной в предродовом периоде

Желудочно-кишечные кровотечения у беременных встречаются редко, мало изучены и представляют большую угрозу для жизни матери и плода. Особенно опасны такие кровотечения во вторую половину беременности.

В клинике госпитальной хирургии с 1967 по 1977 г. находилось на лечении 684 больных с желудочно-кишечным кровотечением. Но лишь один раз мы наблюдали подобное кровотечение в период беременности.

Н., 36 лет, поступила в клинику госпитальной хирургии 15/V 1972 г. с жалобами на тошноту, головокружение, ноющие боли в животе, рвоту «кофейной гущей», черный стул. Заболела остро ночью с 14 на 15 мая. Появились боли в подложечной области и рвота. Рвотные массы до 50 мл цвета «кофейной гущи». Раньше периодически беспокоили боли в области желудка, рвоты не было, больная обследовалась амбулаторно, получала лечение по поводу гастрита. Беременность четвертая, 39 нед, протекает нормально. Три предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами.

Женщина правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. Кожные покровы бледные, язык влажный, чистый. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые. Пульс 68 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет матки, размеры ее соответствуют 39-недельной беременности. Кишечные шумы выслушиваются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул был после клизмы, кал дегтеобразный. Мочеиспускание нормальное. Диагноз: желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии, беременность 39 нед.

Анализ крови в момент поступления — Эр. $2,38 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 0,93 ммоль/л, л. $7 \cdot 10^9$ в 1 л; через 7 ч после проведения гемостатической терапии — Эр. $2,52 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 1,08 ммоль/л.

Больной назначена гемостатическая терапия: постельный режим, холод на область желудка, викасол (по 2 мл внутримышечно), внутривенное введение 40% раствора глюкозы (40 мл) с аскорбиновой кислотой (5 мл), 10% раствора хлористого кальция (10 мл), 10% раствора аминокaproновой кислоты (100 мл), раствора желатины (60 мл), нативной плазмы (200 мл); перелито 250 мл крови. За больной проводилось динамическое наблюдение — контроль за общим состоянием, пульсом, АД, изменениями гемоглобина крови и количества эритроцитов 3 раза в сут.

15-и 16 мая состоянии больной не ухудшалось — рвота не повторялась; слабость, головокружение, боли в животе уменьшились, АД было в пределах 120/80 мм рт. ст., пульс 74—88 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Кал черного цвета. Гемоглобин крови держался в пределах 1,24—1,29 ммоль/л, количество эритроцитов — $2,2$ — $2,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л. 16 мая больная осмотрена акушером-гинекологом: беременность 39 нед, признаков родовой деятельности нет, состояние плода хорошее. Показаний для кесарева сечения нет.

17 мая в 20 ч состоянии больной резко ухудшилось. Дважды была рвота свежей кровью и сгустками (300—400 мл). Гемоглобин крови снизился с 1,08 до 0,83 ммоль/л,