

тубацей с лидазой — труба проходима. Справа спайки разделены тупым и острым путем. При попытке выщипать кистовидное образование яичника оно вскрылось, выдвинулось 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», черным 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,

количество эритроцитов — с $2,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л до $1,9 \cdot 10^{12}$ в 1 л. Пульс 96 уд. в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Больную беспокоит слабость, головокружение; кожные покровы бледные, сердечбиение плода ослабленное. Продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение, неэффективность гемостатической терапии, опасность гибели матери и плода определили показания к экстренной лапаротомии и кесареву сечению. Срочно вызванный акушер-гинеколог установил отсутствие сердцебиения плода и родовой деятельности.

В 21 ч под интубационным эфирно-кислородным наркозом произведено кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Извлечен плод без признаков жизни. После удаления последа и ушивания матки срединный операционный разрез продлен вверх до мечевидного отростка грудины. При тщательной ревизии желудка только в результате гастротомии были обнаружены в его кардиальном отделе по малой кривизне 3 язвы с желтоватым дном, плотными инфильтрированными краями. Локализация язв — в проекции левой желудочной артерии. Одна из язв кровоточит. Попытка ушить язвы со стороны слизистой оболочки желудка оказалась безуспешной из-за хрупкости и ранимости окружающих тканей. Произведена перевязка левой желудочной артерии, наложены наружные обкалывающие швы на стенку желудка вокруг язв. Кровотечение прекратилось. Гастротомическое отверстие ушито двухэтажными швами. Брюшная полость ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал тяжело. У больной долго держалась анемия, за время лечения ей было перелито около 6 л крови. Состояние ее постепенно улучшалось, и на 32-й день после операции она выписана в удовлетворительном состоянии. Анализ крови при выписке: Эр. $3,52 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 1,86 ммоль/л, СОЭ — 24 мм/ч.

За Н. установлено диспансерное наблюдение терапевтов и хирургов. Ее обследовали спустя полгода, год после операции и в последующем ежегодно. Состояние ее хорошее, жалоб нет, при рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта патологии не определяется, явлений анемии нет, общая кислотность желудочного сока — 50 ммоль/л, свободная НС1 — 20 ммоль/л. В 1974 г. Н. родила здорового доношенного ребенка.

Приведенное клиническое наблюдение позволяет сделать следующие выводы.

1. Острое желудочно-кишечное кровотечение, возникшее у беременных, представляет опасность для жизни матери и ребенка.

2. Беременные женщины с желудочно-кишечным кровотечением подлежат госпитализации в хирургическое отделение и постоянному динамическому наблюдению хирурга и акушера-гинеколога.

3. При продолжающемся кровотечении и неэффективности консервативной гемостатической терапии следует раньше ставить вопрос об операции.

4. Операция должна преследовать две цели — устранение причины кровотечения и прерывание беременности путем кесарева сечения.

УДК 616.832—007.235—036.2:614 (470.344)

И. С. Ерхов, С. Г. Мартянова (Чебоксары). Социально-гигиенические и эпидемиологические аспекты изучения сирингомиелии в Чувашии

В. М. Сироткин установил корреляцию заболеваемости сирингомиелией в Татарской АССР с особенностями микроэлементного состава почв, в основном с содержанием бора, молибдена, кобальта, марганца, и ландшафтно-географическими характеристиками населенных пунктов. Чувашская АССР является биогеохимической провинцией с низким содержанием в почвах молибдена, бора, цинка, кобальта, йода и с избыточной концентрацией марганца.

Нами учтено 330 больных сирингомиелией (140 женщин и 190 мужчин). Заболеваемость сельского населения составила $29,5 \cdot 10^{-5}$. Из общего числа учтенных больных инвалидность определена у 55: I группы — у 4, II группы — у 38, III группы — у 13. Большинство больных занимается тяжелым физическим трудом в сельском, лесном, автотранспортном хозяйствах. К факторам, способным оказать неблагоприятное воздействие, усугубить болезнь, следует, видимо, отнести физическое перенапряжение, избыточное воздействие инсоляции, а у трактористов, кроме того, — вибрацию и воздействие углеводородов.

У большинства пациентов первые признаки заболевания проявлялись в период максимального роста и максимальной функциональной активности организма (от 10 до 30 лет). У всех больных обращают на себя внимание признаки дизрафического статуса, особенно выраженные у заболевших до 20 лет: низкий рост, размах рук больше роста, деформация черепа (иногда краниостеноз), асимметрия лицевого скелета, кифоз, сколиоз, укорочение пальцев кисти, плоскостопие, деформация стоп, нарушение пигментации кожи и др.

Наиболее часто встречалась шейно-грудная локализация процесса с характерными чувствительными, двигательными и трофическими изменениями. У большинства больных (около 60%) установлена дисплазия грудной клетки или черепа. Заболевание не сочеталось с аносией, снижением зрения и поражением глазодвигательных нервов. Нарушение чувствительности на лице выявлено у 20% больных, бульбарные расстрой-