

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-

ства — лишь у единиц. Атрофия мышц рук констатирована более чем у половины обследованных, гипотония мышц рук — у 60%. Как правило, обнаруживалась арефлексия и гипорексия с рук (90%). Атрофия мышц ног не встречалась. Гипотония мышц ног отмечена крайне редко. Гипо- и арефлексия с нижних конечностей выявлена у единичных больных. Атрофия мышц туловища наблюдалась крайне редко. Чувствительность в области плечевого пояса и рук была нарушена в 100% наблюдений, а на ногах — у единичных больных. Трофические нарушения, среди которых встречались и такие, как гипергидроз одной половины лица, диагностированы в 30%. Хейромегалии и артропатии выявлены в 20%. У ряда больных заболевание осложнилось остеоартропатиями верхних конечностей, спонтанными отрывами сухожилий двуглавой мышцы плеча.

У многих больных имеются сопутствующие заболевания. Особенно часты хронические гастриты, колиты, язвенная болезнь, хронические заболевания легких (бронхиты, неспецифические пневмонии, туберкулез), что может быть связано с дистрофическими нарушениями внутренних органов.

Большинство обследованных проживает в селах со стабильным составом жителей; родители их происходили из одной местности, что может указывать на наличие единого генетического корня. Имеются семейные случаи заболевания: 2 сестры, мать и сын, 2 брата-близнеца. Однако семейные случаи заболевания сирингомиелией еще не доказывают наследственную природу этой болезни. Скорее есть основание полагать, что постоянное пребывание людей в определенной среде обитания, имеющей какой-то скрытый патогенетический фактор, способствует развитию заболевания сразу у нескольких членов семьи.

УДК 595.799:616.832—007—235

Б. Ю. Крупник (Казань). Опыт применения пчелоужалений при сирингомиелии

За 16 лет под нашим наблюдением находился 141 больной сирингомиелией. Апитерапия была применена у 67 из них, однако у 9 больных в связи с аллергическими реакциями курс лечения был прерван в самом начале. Обращают на себя внимание участвовавшие в последние годы аллергические реакции на ужаления пчел, в связи с чем нередко после проведения больному биопробы приходится отказываться от применения этого метода.

При отборе больных на апитерапию мы руководствовались инструкцией, утвержденной Ученым медицинским советом Министерства здравоохранения СССР от 10 марта 1959 г.

Из 58 больных, леченных ужалениями пчел (35 мужчин и 23 женщины в возрасте от 23 до 65 лет), у 26 давность заболевания была более 10 лет, у 15 — от 5 до 10 лет, у 12 — от 2 до 5 лет и у 5 — менее 2 лет. 25 человек ранее подвергались рентгенотерапии (от 1 до 12 курсов).

Переднероговая форма была у 3 больных, заднероговая — у 13, смешанная форма с амиотрофиями и сегментарными нарушениями чувствительности — у 42. Трофические расстройства отмечались у 41 больного, из них у 3 были длительно не заживающие трофические язвы. 10 пациентам курсы лечения пчелоужалениями проводили повторно от 2 до 6 раз. Отдаленные результаты на сроках до 10 лет прослежены у 15 пациентов.

Мы проводили апитерапию по следующей методике: в начале лечения ставили биологическую пробу дважды через день с оставлением жала в коже поясничной области на время до одной минуты максимально. После этого делали контрольные анализы мочи и крови. При отсутствии в них изменений и хорошем состоянии больных проводили пчелоужаление на область позвоночника и конечностей соответственно пораженным сегментам. Во время первой процедуры проводили ужаление двумя пчелами, а в каждую последующую число пчел увеличивали на 2, доводя общее количество до 12 у женщин и до 25 у мужчин за сеанс. Курс лечения включал от 130 до 350 пчелоужалений в зависимости от того, как скоро заболевание поддавалось воздействию апитерапии в каждом отдельном случае. Возникновение температурной реакции, резко выраженного местного отека, общих аллергических проявлений служило показанием для отмены лечения.

В результате апитерапии улучшение достигнуто у 52 больных, незначительное улучшение наблюдалось у 4; у 2 больных лечебный эффект отсутствовал. Уменьшение боли отмечали 32 человека, уменьшение или исчезновение чувствительных нарушений — 25 больных, двигательные нарушения уменьшились у 14. У больных с трофическими язвами произошло их рубцевание.

Таким образом, уменьшение чувствительных нарушений достигнуто у половины больных, у $\frac{3}{4}$ исчезли или уменьшались боли, у $\frac{1}{3}$ увеличился объем движений и возросла сила паретичных мышц.

Наши результаты в значительной мере совпадают с данными, полученными при длительных повторных курсах рентгенотерапии.

Все больные, леченные пчелоужалениями, указывали на улучшение общего состояния, нормализацию сна, улучшение настроения. Ремиссия длилась от 8 мес до 2 лет;