

ка размерами $21 \times 16 \times 15$ см, содержит множество интерстициальных и субсерозных миомадозных узлов. Установлен разрыв заднего листка правой широкой связки на протяжении 3 см, в параметрии около 200 мл жидкой крови и сгустков. На узле по правому ребру матки обнаружен разрыв венозного сосуда. Придатки не изменены.

Произведена простая экстирпация матки с придатками. Брюшная полость дренирована марлевой полоской через влагалище.

Макроскопическое описание препарата: на шейке матки имеются боковые разрывы. Тело матки содержит множество интерстициальных и субсерозных узлов размерами от 4×5 см до 11×13 см. Один из узлов расположен субмукозно на задней стенке тела матки, размер его 6×7 см. На разрезе все узлы имеют волокнистую структуру. Яичник и трубы не изменены.

Диагноз после операции: множественная интерстициальная — субсерозная — субмукозная миома тела матки с разрывом сосуда узла по правому ребру матки с кровотечением в брюшную полость. Шок II степени. Данные гистологического исследования: миома.

Послеоперационный период осложнился частичным расхождением швов в нижней трети раны передней брюшной стенки. И. выписана на 24-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

2. А., 71 года, доставлена службой скорой помощи в гинекологическое отделение 27/XII 1976 г. в 12 час. 10 мин. в тяжелом состоянии. Заболела 22/XII, когда появились резкие боли внизу живота, тошнота, рвота и повысилась температура до 38° . 27/XII боли усилились и приняли разлитой характер.

Первые менструации с 14 лет, проходили через 4 недели по 5—6 дней, без болей. Менопауза 18 лет. Беременностей 5, родов 4, 1 искусственный аборт. 30 лет назад у пациентки выявлена миома тела матки; последние 15 лет у гинекологу не обращалась.

Состояние больной тяжелое, сознание ясное, температура 38° , пульс 120 уд. в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Живот вздут, при пальпации болезненный; резко положительный симптом Щеткина — Блюмберга. В нижнем отделе пальпируется бугристая болезненная неподвижная мягковатая опухоль, исходящая из малого таза, верхний полюс ее — на 3—4 см ниже пупка. Шейка матки при осмотре в зеркалах без патологических изменений. Бимануально: влагалище влажное, шейка цилиндрической формы, не атрофичная. Наружный зев закрыт. Полость малого таза выполнена описанной выше опухолью. Тело матки и придатки отдельно не определяются.

Предварительный диагноз: пролиферирующая киста яичника с явлениями перекрута ее ножки или разрывом капсулы.

27/XII в 14 час. произведено чревосечение под интубационным закисно-эфирно-кислородным наркозом с мышечными релаксантами (листенон). Тело матки 18×20 см, содержит множество интерстициальных и субсерозных фиброматозных узлов размерами 4×6 см. Матка ущемлена в полости малого таза, извлечь ее удалось с трудом. Придатки не изменены. Подвешивающие связки яичников резко инфильтрированы. Произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками. Брюшная полость дренирована резиновой трубкой.

Макроскопическое описание препарата: на разрезе удаленное тело матки содержит субсерозные, интерстициальные и 3 субмукозных узла размером 8×11 см. Узлы с выраженным отеком, структура ткани неясно выражена. Результаты гистологического анализа: миомадозные узлы с некрозом, отеком и кровоизлиянием.

Послеоперационный период протекал без осложнений. А. выписана на 13-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

Данное наблюдение представляет интерес ввиду редкости миомы больших размеров у женщины после 18-летней менопаузы. Опухоль не подверглась обратному развитию и осложнилась отеком, некрозом и кровоизлиянием в узлы, отеком подвешивающих связок яичников из-за нарушения питания, обусловленного, по всей вероятности, склерозом сосудов и ущемлением опухоли в малом тазу.

УДК 618.3—06:616—006.6

Проф. В. Н. Кожевников, Т. Н. Шардыко (Тюмень).
Экстрагенитальный рак и беременность

На материале архивов ряда лечебных учреждений за 1951—1970 гг. проанализированы истории болезни 29 женщин в возрасте от 20 до 46 лет, у которых беременность сочеталась со злокачественными новообразованиями различной локализации (см. табл.). У 23 женщин (79,3%) были раковые опухоли и у 6 (20,7%) — саркомы. Распространенность злокачественного новообразования у 5 из них соответствовала II стадии, у 7 — III ст., у 8 — IV ст. и у 9 стадия не указана. У 25 женщин опухоль была выявлена во время беременности (у 11 — в первом триместре, у 13 — во втором и у 1 — в третьем), у остальных — в послеродовом и лактационном периодах. Основная роль в установлении злокачественного новообразования принадлежала онкологическим учреждениям: у 15 (51,9%) женщин оно было обнаружено в онкодиспансере, у 1

Данные о злокачественных новообразованиях у беременных

Годы	Локализация новообразования						всего
	молочная железа	желудок	кишечник	щитовидная железа	кожа	саркомы костей	
1951—1955	1	—	—	1	1	—	3
1956—1960	2	4	1	—	—	2	9
1961—1965	—	—	—	—	3	—	3
1966—1970	4	3	2	—	1	4	14
Всего	7	7	3	1	5	6	29

(3,4%) — врачами женской консультации, у 2 (6,8%) — в родильном стационаре и у 11 (37,9%) — в других лечебно-профилактических учреждениях.

Наши данные свидетельствуют о запоздалой диагностике опухолевого процесса у большинства больных.

Мы пришли к выводу, что беременность не ускоряет ракового процесса. Однако в послеродовом периоде и периоде лактации опухолевый процесс, как правило, принимает галопирующее течение. Вот почему своевременное выявление злокачественного новообразования является важнейшей задачей врача акушера-гинеколога.

Касаясь исхода беременности, следует отметить, что у 11 больных она самостоятельно прервалась в различные сроки, а 10 подверглись абдоминальному родоразрешению. Самостоятельные роды произошли у 8 больных. Запущенные стадии злокачественных новообразований были причиной малоуспешных результатов лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 362.11(470.57)

ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОГОРОДНИМ БОЛЬНЫМ В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА

Канд. мед. наук Р. Ш. Магазов

Республиканская клиническая больница (главрач — Р. Ш. Магазов) БАССР

Реферат. Статистическое исследование уровня, объема и структуры стационарной медицинской помощи, оказываемой иногородним больным медицинскими учреждениями в республиканском центре (г. Уфа), с экспертной оценкой обоснованности госпитализации и целесообразности видов специализированной помощи позволило определить необходимое число коек по профилям отделений. Предлагается органам здравоохранения учитывать при планировании развития стационарной сети объем помощи, оказываемой иногородним больным, приезжающим в республиканский центр, и устанавливать дополнительные койки.

Перед нами стояла задача изучить уровень, объем и структуру стационарной медицинской помощи, оказываемой иногородним больным медицинскими учреждениями г. Уфы. Коечный фонд на момент исследования составлял 10,2 койки на 1000 населения города, в целом по республике обеспеченность городского населения была на уровне 9,6 койки на 1000 человек.

Используя методику НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко, мы провели статистическое исследование фактического объема стационарной помощи приезжим больным, оказываемой в республиканском центре, путем 10% выборки. Сбор материалов производили за два смежных года, анализ же выполнен по усредненным показателям, сложившимся за один год. Экспертным пу-