

в 1 л, э.—0%, п.—12%, с.—34%, лимф.—50%, мон.—4%. Альбуминурия, микрогематурия. Диагноз брюшного тифа подтвержден бактериологически.

На 22-й день болезни (7-й день пребывания в стационаре) на фоне лечения левомицетином, патогенетическими средствами возник 10—15-минутный коллапс. У больной появилось вынужденное положение в постели — на правом боку с приведенными к животу ногами. Симптомов раздражения брюшины не было. Температура снизилась с 38,2 до 36°, была однократная рвота. Через 24 ч после этого больная стала жаловаться на нарастающие резкие боли в животе, болезненность в левой подвздошной области без напряжения мышц. После применения холода боли прекратились. По истечении 7 ч от момента появления болей в животе состояние пациентки резко ухудшилось: температура 40°, лицо приобрело землисто-серый цвет, осунулось; язык сухой, беспокоит жажда. Тахикардия, учащенное поверхностное дыхание. Акроцианоз. Живот вздут, «печеночная тупость» не выявляется. Пальпаторно разлитая болезненность определяется больше справа, напряжение мышц отсутствует, симптом Щеткина—Блюмберга резко положительн больше справа, СОЭ 44 мм/ч, л.  $7,2 \cdot 10^9$  в 1 л, э.—0%, ю.—1%, п.—40%, с.—45%, лимф.—12%, мон.—1%, клетки Тюрка 1%.

Диагностирован брюшнотифозный перфоративный перитонит. Больная переведена в хирургическое отделение. При лапаротомии выявлен разлитой фибринозно-гниный перитонит, в 10 см от илеоцекального угла обнаружено перфоративное отверстие, которое было ушито.

Дальнейшее течение болезни было очень тяжелым. Температура нормализовалась на 12-й день после операции. В результате комплексной этиопатогенетической терапии наступило выздоровление.

## ВЫВОДЫ

1. Кишечные кровотечения и перфоративный перитонит возникают чаще на 2—4-й неделе болезни, преимущественно при более тяжелых формах брюшного тифа.
2. Больных брюшным тифом с кишечным кровотечением надлежит лечить консервативно в инфекционном стационаре.
3. При брюшнотифозном перфоративном перитоните на фоне глубокой интоксикации и антибиотикотерапии симптомы раздражения брюшины могут отсутствовать. В этих случаях следует использовать дополнительные методы диагностики. Лечение только оперативное.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Е. С., Продолюбов Н. В. Брюшной тиф и паратифы. Л., Медицина, 1978.—2. Мир-Касимов М. А. Хирургия брюшного тифа. Баку, 1947.

Поступила 2 декабря 1980 г.

УДК 618.11—003.4—089.87

## К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СКЛЕРОПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Д. И. Бенедиктов

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. И. И. Бенедиктов) лечебного факультета Свердловского медицинского института и городской клинической больницы № 40 (главврач — Г. Г. Каюмов)*

**Реферат.** Ретроспективный анализ результатов клиновидной резекции яичников у 60 больных с синдромом склерополикстоза яичников показал, что эффективность операции зависит от клинического варианта синдрома. К выбору хирургического лечения должны быть определены строгие показания. Описан метод зашивания клиновидно резецированного яичника, предохраняющий от образования вокруг него спаек.

Ключевые слова: яичники, склерополикстоз, клинические варианты, клиновидная резекция.

1 иллюстрация. 1 таблица. Библиография: 3 названия.

Синдром склерополикстоза яичников в последние годы все чаще встречается у молодых женщин и довольно трудно поддается терапии. Классическая клиническая картина синдрома, описанная Штейном и Левенталем в 1935 г., с течением времени подверглась пересмотру. Патогномоничные симптомы заболевания — нарушение менструального цикла, бесплодие, реже гирсутизм и ожирение — и сейчас остаются ве-

душими в клинической картине данного заболевания [3]. Однако появление ряда стер-тых разновидностей синдрома или его форм, осложненных морфофункциональными изменениями в надпочечниках, гипоталамусе, дало основание высказать предположе-ние, что синдром потерял свою специфичность и объединяет разные по этиологии и патогенезу заболевания [1].

Хотя в последние годы при лечении больных с синдромом склерополикистоза яич-ников большое внимание уделяется методам консервативной терапии, хирургическое вмешательство не потеряло своей значительной роли. Вместе с тем, на наш взгляд, показания к оперативному лечению неоправданно расширены. Нередко клиновидной резекции яичников подвергаются больные со стертыми, атипичными формами склеро-поликистоза, сочетанными с патологией других эндокринных органов, с выраженными нарушениями жирового обмена, половым инфантилизмом или гипоплазией матки. В итоге операция не дает ожидаемых результатов или вызывает лишь временное улучшение функций, а затем наступает рецидив заболевания [2].

Немаловажное значение имеет и особенность оперативной техники. Поэтому ак-туальным вопросом в настоящий период является уточнение показаний и противопо-казаний к хирургическому лечению данных больных, а также совершенствование качества хирургической техники.

Под нашим наблюдением находилось 60 женщин, прооперированных по поводу синдрома склерополикистоза яичников. В зависимости от особенностей клинического течения заболевания были выделены три основные группы больных — с яичниковой, надпочечниковой и дизэнцефальной формами склерополикистоза. Для больных с яич-никовой формой заболевания было характерно правильное женское телосложение, умеренный, в том числе маммарный, гирсутизм, отсутствие клинических нарушений функции надпочечников и дизэнцефальных отделов, нормальная экскреция 17-КС. Над-почечниковая форма диагностировалась по характерному телосложению, выражен-ному универсальному гирсутизму, признакам дефеминализации или маскулинизации (небольшая гипертрофия половых губ и клитора), повышению экскреции 17-КС с мо-чой и положительному дексаметазоновому тесту. Патогномичной для дизэнцефаль-ной формы была симптоматика гипофизарно-гипоталамических нарушений, проявляю-щаяся характерным и значительным (III степени) ожирением, нарушениями кожной трофики, терморегуляции, водно-солевого обмена и другими гипоталамическими рас-стройтвами. У одной из женщин этой группы была диагностирована аденома гипо-физа.

Ретроспективный анализ случаев безуспешных операций женщин с яичниковой формой синдрома вызвал необходимость выделить такие особенности его клиническо-го течения, как первичность или вторичность нарушения менструального цикла, гипо-плазия матки и ожирение. В приводимой ниже таблице представлены результаты хи-рургического лечения больных с яичниковой формой склерополикистоза в зависимо-

#### Результаты хирургического лечения больных с яичниковой формой синдрома склерополикистоза яичников

Группа оперированных	Восстановление менструальной функции, %	Восстановление менструальной и овуляторной функций, %	Восстановление генеративной функции, %
Больные с первичным нарушением менструального цикла . . . . .	41,9 $P < 0,05$	32,3 $P < 0,05$	16,7 $P < 0,05$
Контрольная . . . . .	72,4	55,2	32,1
Больные с гипоплазией матки или половым инфантилизмом . . . . .	29,4 $P < 0,05$	17,6 $P < 0,05$	5,9 $P < 0,05$
Контрольная . . . . .	65,1	53,5	31,8
Больные с ожирением I—II степени . . . . .	30,0 $P < 0,05$	15,0 $P < 0,05$	5,3 $P < 0,05$
Контрольная . . . . .	67,5	57,5	33,3
Больные, у которых ожирение соче-талось с гипоплазией матки или половым инфантилизмом . . . . .	12,5 $P < 0,05$	0,0	0,0
Контрольная . . . . .	61,5	26,9	50,0

ти от указанных особенностей клинической картины. В качестве контрольных групп взяты оперированные больные, у которых не было соответствующих симптомов. Как видно из таблицы, достоверно снижен процент восстановления менструальной функ-

ции у женщин с первичными ее нарушениями. Гипоплазия матки и половой инфантилизм значительно затрудняют восстановление после операции менструальной, овуляторной и особенно генеративной функций. Достоверно менее эффективна операция и у больных с ожирением. Сочетание гипоплазии или полового инфантилизма с ожирением наиболее неблагоприятно для оперативного лечения. У таких больных клиновидная резекция яичников не восстанавливала овуляторной и генеративной функций.

Таким образом, у больных с яичниковой формой заболевания наиболее эффективным оказалось хирургическое лечение при «чистом» неосложненном варианте, тогда как гипоплазия матки и ожирение значительно снижали результативность операции. Безуспешными оказались операции у больных с дисэнцефальными формами склерополикистоза — ни у одной из них не восстановился менструальный цикл и не наступила беременность.

При надпочечниковой форме синдрома менструальная и генеративная функции после клиновидной резекции яичников восстановились у 40% женщин.

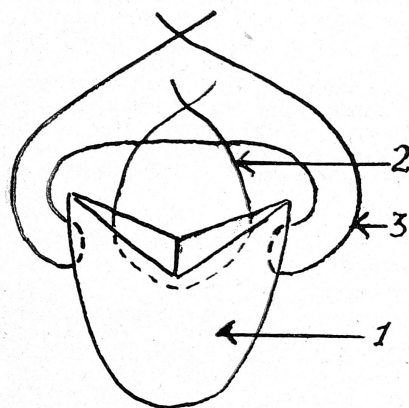
Анализ результатов хирургического лечения также показал, что кроме строгого выбора показаний к операции не менее важную роль для успеха ее играет сама оперативная техника. Поиски причин того, почему после операции, несмотря на восстановление овуляторной функции, беременность наступает реже, указали на значительную частоту спаечного процесса в яичниках, возникшего после их резекции. По данным пневмопельвиограмм и повторных лапаротомий, спайки вокруг яичников встречались у 58,3% оперированных женщин. Из этих пациенток беременность наступила лишь у 14,3%, тогда как восстановление менструальной и овуляторной функций произошло у 57,1%. Предполагая, что спайки могут препятствовать нормальной овуляции и зачатую, мы предложили способ зашивания яичника, предохраняющий от развития спаек.

Брюшную стенку вскрывают разрезом по Пфанненштилю или по Кюстнеру, у тучных женщин продольно. Вводят зеркала, кишечник закрывают салфеткой. Яичники поочередно извлекают в рану. Скальпелем, очень тщательно и аккуратно, клиновидно резецируют около  $\frac{2}{3}$  объема яичника, захватывая достаточное количество и мозгового слоя так, чтобы оставшийся объем соответствовал размерам нормального яичника; кисты прокалывают. Рану на яичнике зашивают двумя рядами непрерывных швов. Первый шов — погружной и гемостатический — накладывают на паренхиму, а второй шов, непрерывный, поверхностный, прикрывает линию разреза дубликатурой из белочной оболочки яичника и тем исключают возможность образования в этом месте спаек с окружающими тканями (см. рис.).

Иссечение и зашивание следует выполнять как можно аккуратнее. Подобную операцию производят и с другим яичником. Брюшную полость осушают, вливают около 250—300 мл 0,25% раствора новокаина и зашивают брюшную стенку послойно наглухо. Операции, выполненные по указанной методике, дают весьма обнадеживающий результат. Беременность наступает в ближайшие 2—3 мес после операции.

Таким образом, хирургическое лечение больных с синдромом склерополикистоза яичников следует предпринимать по строгим показаниям с учетом клинического варианта синдрома. Наиболее эффективна операция при яичниковой форме склерополикистоза, не осложненной гипоплазией матки или ожирением. Безуспешна операция при дисэнцефальном варианте склерополикистоза. В целях профилактики послеоперационных спаек целесообразно пользоваться предложенным нами способом зашивания клиновидно резецированного

яичника.



Зашивание яичника после клиновидной резекции. Обозначения: 1 — резецированный яичник; 2 — погружной непрерывный шов; 3 — поверхностный прикрывающий непрерывный шов.

яичника.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Железнов Б. И. В кн.: Методы профилактики, диагностики и терапии эндокринных нарушений у женщин. М., 1975. — 2. Качалина Т. С., Столяров Л. С. В кн.: Актуальные вопросы клинической медицины. Горький, 1976. — 3. Слелых А. С. Синдром Штейна—Левенталя. М., Медицина, 1970.

Поступила 29 января 1981 г.