

ходного отдела желудка. Типичной клиники язвенной болезни нет, трудоспособность снижена незначительно. После курса консервативного лечения у таких больных быстро наступает улучшение.

Плохие исходы зарегистрированы у 69 (57,5%) человек. Они страдают сильными болями в области желудка, изжогой, ежегодно лечатся стационарно. Рентгенологически у них определяется или язва, или рубцовая деформация желудка с типичной клиникой язвенной болезни. Больные оперированы повторно в связи с осложнениями язвенной болезни, трудоспособность снижена.

Следовательно, у 75% больных после ушивания перфоративной язвы имеются признаки язвенной болезни, выраженные в различной степени. Учитывая такие неудовлетворительные результаты ушивания, мы с 1979 г. стали применять при перфорации пилородуоденальных язв ваготомию с дренирующими желудок операциями.

УДК 340.624.1:[616.33+616.37]—089.8

П. Н. Ромашев, В. А. Мамистов (Куйбышев-обл.). Огнестрельное ранение желудка и поджелудочной железы

К., 22 лет, поступил в хирургическое отделение 30/V 1975 г. в 23 ч 25 мин с жалобами на рану и сильную боль в области левого подреберья. В 22 часа был ранен выстрелом из пистолета.

Объективно: пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 92 уд. в 1 мин, АД 16/10,7 кПа. В области левого подреберья по среднеключичной линии — округлая рана диаметром 0,8 см, умеренно кровоточащая, с осаднением кожи вокруг нее. На обзорной рентгенограмме в брюшной полости под куполами диафрагмы имеется свободный газ, а слева на уровне XII грудного позвонка — контрастная тень инородного тела размером 0,8×0,6 см. В 23 ч 50 мин больной был оперирован (П. Н. Ромашев) по поводу проникающего огнестрельного ранения брюшной полости. Под эндотрахеальным наркозом сделана верхнесрединная лапаротомия. На передней стенке тела желудка около большой кривизны обнаружена рана диаметром 1,5 см, из которой в брюшную полость выделялось желудочное содержимое; на задней стенке желудка ближе к малой кривизне — другая рана диаметром 2 см. Забрюшинная гематома распространялась на корень брыжейки поперечной ободочной кишки. В области тела поджелудочной железы имелась рана диаметром 2 см, которая слепо заканчивалась в толще поясничных мышц.

Раны желудка ушиты двухрядным швом. Через отдельный разрез в поясничной области в рану поджелудочной железы был введен марлевый дренаж, а в полость малого сальника — резиново-марлевый дренаж и микроирригатор.

В послеоперационном периоде проводили противовоспалительное, общеукрепляющее лечение с применением атропина и ингибиторов протеиназ. Максимальную активность амилазы мочи (1024 ед. по Вольгемуту) наблюдали на 7-е сутки после ранения. Через три недели после ранения под местной анестезией было удалено инородное тело (пуля), находившееся в подкожной клетчатке поясничной области. На 43-й день после ранения больной выписан на амбулаторное лечение с наружным панкреатическим свищем в эпигастральной области на месте введения дренажа. Свищ закрылся через 4 мес.

Осмотрен через 5 лет. Трудоспособен. Жалоб не предъявляет. Диету не соблюдает. Общий анализ крови в пределах нормы. Содержание глюкозы в крови — 4,5 ммоль/л, активность амилазы мочи по Вольгемуту — 64 ед.

УДК 616—006 (470.51)

Ю. А. Башков, Т. Б. Дудина, Е. А. Кучурин, И. С. Чумарева (Ижевск). Мероприятия по снижению онкогинекологической заболеваемости в Удмуртской АССР

В УАССР ведется активная работа по раннему выявлению рака шейки матки и предопухолевых заболеваний женской половой сферы с применением при профилактических осмотрах цитологического метода исследования. Количество цитологических исследований увеличилось с 29 тыс. в 1969 г. до 430 тыс. в 1980 г., в результате доля активно выявленных больных раком шейки матки среди вновь взятых на учет возросла с 23,3 до 89,1%. За тот же период заболеваемость этой локализацией рака в расчете на 100 тыс. населения сократилась в 2 раза, а количество запущенных случаев среди женщин, вновь взятых на учет, уменьшилось в 6 раз.

Цитологический метод исследования в профосмотрах позволил только за последние 5 лет обнаружить рак шейки матки в самой начальной стадии более чем у 400 женщин. Все они излечены, большинство из них трудоспособны.

Во многом этому способствовало обеспечение всех лечебно-профилактических учреждений республики (от фельдшерских пунктов и смотровых кабинетов ЦРБ до жен-

ских консультаций и гинекологических отделений городских и республиканских больниц) шпателями УК-1, УК-2 и УК-3 для взятия соскобов с шейки матки и цервикального канала (описание шпателей дано в Казанском мед. ж., 1980, № 6).

УДК 618.14—006.36+618.11—006.6

Н. Ф. Биктимирова (Казань). Сочетание миомы матки со злокачественной гранулезоклеточной опухолью яичников

Гранулезоклеточная опухоль яичников нередко сочетается с миомой матки. Наличие миомы затрудняет выявление опухоли яичников, и больных длительно не госпитализируют. В ряде случаев они получают противопоказанное им консервативное лечение, способствующее росту опухоли.

Мы наблюдали 5 женщин в возрасте от 44 до 55 лет, у которых гранулезоклеточная опухоль не была диагностирована, и больных лечили в женской консультации в течение 1,5—2 лет по поводу миомы матки. Менструации у них установились с 12—16 лет, половая жизнь началась с 19—28 лет. У 2 женщин было по двое родов и по два искусственных аборта, у 2 — один роды и три аборта, у 1 — пять родов и десять аборт. После последней беременности у них прошло от 6 до 30 лет. У 1 больной менструации были регулярные, по 5 дней, обильные; у 2 в течение года имелись ациклические кровотечения, им было произведено диагностическое выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании соскоба установлена железистокистозная гиперплазия эндометрия. 2 больные находились в менопаузе в течение 2—6 лет.

Всех женщин беспокоили боли внизу живота и поясницы, запоры. Учащенное мочеиспускание отмечалось у 3. Таким образом, у 2 из 5 больных имелись ациклические кровотечения, не поддававшиеся консервативной терапии, у 1 из них — на фоне менопаузы, что характерно для гормонопродуцирующих опухолей яичников. У 2 женщин, несмотря на менопаузу, миома матки не проявляла тенденции к обратному развитию, что также должно было насторожить врачей женской консультации.

В клинику был поставлен предварительный диагноз сочетания опухоли придатков с множественной миомой матки и произведена операция. У всех больных матка оказалась увеличенной до размеров, соответствующих 6—7-недельной беременности, содержала миоматозные узлы диаметром от 0,5 до 2 см. Слизистая тела матки была в состоянии железистокистозной гиперплазии. Размеры опухоли яичника варьировали от 6×5×5 см до 10×6×6 см. Опухоли имели солиднокистозное строение, их полости содержали мутную кровянистую жидкость, капсулы легко снимались. На разрезе желтоватая ткань опухолей выглядела бесструктурной. При гистологическом исследовании у всех женщин выявлена гранулезоклеточная опухоль со злокачественным перерождением. Таким образом, у всех описываемых больных интерстициальная множественная миома тела матки сочеталась с гранулезоклеточной опухолью (у 3 — в I стадии, у 1 — во II и у 1 — в IV стадии).

Трем пациенткам произведена простая экстирпация матки с придатками и резекцией сальника, четвертой — надвлагалищная ампутация матки с придатками и у пятой — удаление придатков с одной стороны. Последней больной после получения гистологического заключения была предложена повторная операция, от которой она отказалась. Ее направили в онкодиспансер, где больной на протяжении 30 дней проводили химиотерапию (тиоТЭФ 200 мг и андрогены по 1 мл 5% раствора тестостерона пропionato).

У остальных больных послеоперационный период протекал без осложнений. Всем им после оперативного проведения лучевое лечение в дозе 20000 Рад.

Результаты лечения прослежены спустя 5 лет. 4 женщины чувствуют себя удовлетворительно, работают по специальности. Одна больная после простой экстирпации опухоли IV стадии, произведенной 1 г. 4 мес назад, находится в тяжелом состоянии.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что больные с небольшими миомами тела матки, страдающие циклическими расстройствами менструации или ациклическими кровотечениями из половых путей, нуждаются в дополнительном обследовании (двойном контрастировании, пневмопельвиографии, лапароскопии) для исключения опухоли яичников.

УДК 618.177—07—092

Н. Б. Гуртовая (Москва). Диагностика бесплодия неясного происхождения

Изучали диагностические возможности современных методов исследования (лапароскопии, ультразвуковой эхографии, концентрации стероидных гормонов в перитонеальной жидкости, плазме крови, моче) с целью выявления и анализа причин, обусловивших бесплодие неясного генеза.

Под наблюдением находилось 100 женщин в возрасте от 24 до 39 лет, предъявлявших жалобы на бесплодие, длительность которого колебалась от 3 до 14 лет,