

ного яйца. Матка сократилась, кровотечение прекратилось.

Послеоперационный диагноз: беременность 8—9 нед, самопроизвольный аборт, атония мочевого пузыря.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При консультации уролог патологических изменений со стороны мочевыделительной системы не выявил, что было подтверждено и результатами ультразвукового исследования. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10-й день.

Таким образом, сочетание типичных признаков позволило поставить диагноз беременности, осложнившейся грозной акушерской патологией, которая из-за опасности для жизни женщины требовала экстренных лечебных мероприятий. Избежать ошибки в диагнозе и соответственно пробной лапаротомии помогла бы предоперационная катетеризация мочевого пузыря, которая, к сожалению, не была выполнена.

На современном этапе развития и организации родовспоможения обследование женщин и уточнение диагноза должно проводиться с помощью ультразвукового исследования. Это известное положение подтверждается и нашим опытом. В 1988 г. в родильном доме № 3 ультразвуковая диагностика была произведена 6890 женщинам, из них у 3199 женщин в связи с предполагаемой беременностью. У 79 обследованных беременность была отвергнута. Определенный интерес представляют следующие наблюдения.

Т., 21 года, находилась в гинекологическом отделении клиники № 2 ГИДУВа с 25.04.1988 г. по поводу угрожающего позднего выкидыша. На протяжении 23 дней получала магнезиальную терапию, туринал, сеансы центральной электроанальгезии аппаратом «ЛЭНАР». Поскольку сердцебиение плода не выслушивалось, женщина была направлена на УЗИ.

УЗИ от 20.05.1988 г.: размеры тела матки — $49 \times 38 \times 41$ мм, правого яичника — 26×14 мм, левого — 22×30 мм; структура их не изменена. Данных за маточную беременность не получено.

Б., 28 лет, состояла на учете в женской консультации № 6 по поводу беременности. Из анамнеза и обменной карты установлено: последняя менструация была с 27 по 30 сентября 1987 г. 20.01.1988 г. после четырехмесячной задержки менструации обратилась в женскую консультацию, где была диагностирована беременность сроком 7—8 нед, хотя сама женщина считала себя беременной на сроке 12 нед. При второй явке через 27 дней подтверждена беременность сроком 10—11 нед. В связи с появлением кровянистых выделений она была госпитализирована в гинекологическое отделение, где находилась на сохранении беременности 11 дней. Через 5 дней после выписки кровянистые выделения возобновились и женщину госпитализировали повторно. 3 нед она получала магнезиальную терапию, викасол, туринал, витамины, микстуру Павлова, выписана домой с прогрессирующей беременностью сроком 9 нед. К 30 нед женщина, по ее словам, «перестала ощущать шевеление плода» и для уточнения состояния была направлена на УЗИ с диагнозом: беременность 30 нед, замерший плод.

УЗИ от 16.06.1988 г.: размеры тела матки $54 \times 36 \times 50$ мм, правого яичника — 28×16 мм, левого — 23×15 мм; структура обоих яичников не изменена. Данных за маточную беременность нет.

Объективно: живот слегка выпячен в нижнем отделе за счет подкожной жировой клетчатки; каких-либо образований в брюшной полости не

пальпируется. Преддверие влагалища розовое. Бимануально — влагалище свободное, шейка матки цилиндрическая, плотная, зев закрыт. Тело матки четко определить не удается из-за солидной брюшной стенки, но оно как будто не увеличено. Каких-либо образований в малом тазу не определяется. Придатки не пальпируются. Своды свободны. Выделения серозные. Осмотр зеркалом Куско-слизистая влагалища и шейки матки розовая, синюшности нет.

Заключение: маточной беременности нет.

Таким образом, наблюдения показывают, что при решении вопроса о наличии или отсутствии беременности необходимо использовать УЗИ как скрининговое обследование на более ранних сроках. Это позволит своевременно исключить мнимую беременность.

УДК 618.14—005.1—089.814—073.173

Ф. М. Сабиров, А. А. Шмелев (Казань). Динамика показателей биполарной реогистерографии после перевязки магистральных сосудов по поводу матки Кувелера

Послеродовые атонические кровотечения до сих пор представляют собой серьезнейшее осложнение, нередко приводящее к летальному исходу. Основной причиной большой кровопотери является запоздалая лапаротомия для остановки кровотечения.

Метод перевязки магистральных сосудов матки не требует высокой оперативной техники и одновременно сохраняет менструальную и генеративную функции.

В течение 20 лет мы произвели операцию перевязки 3 пар магистральных маточных сосудов у 14 родильниц, причем ни в одном случае в ближайшие и отдаленные сроки не возникло неблагоприятных последствий операции. У всех женщин были сохранены менструальная и генеративная функции.

Наибольший интерес представляют 2 случая. Первый произошел в 1964 г. В анамнезе Б., 26 лет, были отмечены один роды плодом массой тела 3200 г; вторая беременность закончилась медицинским абортom на сроке 8 нед. Рост больной — 150 см, размеры таза: 25, 27, 31 и 18,5 см. В родах (плод массой тела 4800 г) произошел разрыв матки по левому ребру от наружного зева до трубного угла с отрывом маточной артерии. Травмированный сосуд был перевязан. На раны матки были наложены узловые кетгуттовые швы. Из-за атонии матки на восходящую ветвь маточной артерии справа, круглые и собственно-яичниковые связки были наложены кетгуттовые узловые швы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через год наступила беременность. В 1966 г. произошли самостоятельные роды через естественные родовые пути живым плодом массой тела 2800 г. Общая продолжительность родов — 9 ч 10 мин, затем последовали 3 медицинских аборта, последний — в 1979 г., когда возраст женщины составил 41 год.

Второй случай был зафиксирован в 1966 г. Ж., 27 лет, поступила в родильный дом с первой беременностью на сроке 30—31 нед, нефропатией II степени, отслойкой нормально расположенной плаценты, внутриутробной смертью плода, маткой Кувелера. Было произведено кесарево сечение в нижнем сегменте по Гусакову с перевязкой 3 пар магистральных сосудов. В послеоперационном периоде осложнений не было. Вторая беременность наступила через один год, протекала с повышением АД до 25,3—26,6/17,3—18,6 кПа. При сроке

30 нед беременность была прервана корпоральным кесаревым сечением со стерилизацией во 2-й городской больнице в связи с преждевременной отслойкой плаценты. Менструация в последующем сохранилась, но гипертоническая болезнь II стадии прогрессировала. В 1980 г., когда больной было 42 года, ей провели биполярную реогистерографию, показавшую нормальное кровоснабжение органов малого таза.

Последние 2 наблюдения были в 1985 и 1986 гг. в акушерском отделении № 1 ГИДУВа.

3., 30 лет, доставлена в клинику 12.04.1985 г. в 1 ч ночи с диагнозом — беременность 40 нед, подозрение на частичную отслойку плаценты. Начало половой жизни с 27 лет. В 1987 г. были нормальные срочные роды. Настоящая беременность вторая. Беременность протекала без отклонений от нормы: АД — 16,0/9,3—14,6/10,6 кПа; анализы крови и мочи отклонений от нормальных показателей не выявили.

Вечером 11.04.1983 г. появились кровянистые выделения из половых путей. Беременная перестала ощущать шевеление плода. До поступления в клинику кровопотеря составила около 200—250 мл.

При поступлении состояние беременной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальные. АД на правой руке — 16,0/10,6 кПа, на левой — 14,6/9,3 кПа, отеков не отмечалось. Регулярной родовой деятельности не было. Матка соответствовала беременности сроком 40 нед, в тонусе, сердцебиение плода не выслушивалось. Головка была прижата ко входу в малый таз. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, наружный зев закрыт. Выделения кровянистые, со сгустками.

Была произведена операция — чревосечение, кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом по Гусакову. Перевязаны магистральные сосуды матки. Дан внутренний наркоз с ИВЛ. Матка по размерам соответствовала доношенной беременности, была плотной, стенки были напряженные, синюшные; на задней и левой боковой стенках цвет неравномерный, напоминает рисунок мрамора с кровоизлиянием в левой параметрии (мраморная матка Кувелера). Придатки не изменены. Остатки желтого тела беременности были в левом яичнике. Произведена операция — кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом. Плод мертвый, мужского пола, с массой тела 3550 г, длиной 50 см. Послед свободно находился в полости матки. Кровопотеря — 1000 мл. Несмотря на введение в матку 2 мл окситоцина и 1 мл метилэргометрина, а также ручной массажа, матка сокращалась плохо. Вместо удаления матки были перевязаны ее магистральные сосуды кетгутом, наложены лигатуры на восходящие ветви маточной артерии, собственные связки яичников и круглые связки матки. После этого матка сократилась хорошо. Общая кровопотеря — 1400 мл. Перелито 1300 мл крови. Больная была выписана из клиники на 12-й день после операции. Матка при выписке сократилась до 11—12 нед беременности, была плотной, подвижной, безболезненной. Выделения сукровичные. На 10 и 16-й дни после операции была проведена биполярная реогистерография органов малого таза.

Реограмма, снятая на 10-й день после операции, характеризовалась резким подъемом анакроты, острой вершиной, нерегулярностью реографических кривых. Имелось большое число дополнительных зубцов, что свидетельствовало об усилении коллатерального кровообращения. Реограмма от 16-го дня показала более пологую вершину, регулярность реографических кривых, отсутствие до-

полнительных волн, то есть восстановление кровообращения матки. Наблюдения за больной продолжались.

X., 20 лет, поступила в акушерское отделение 1-й кафедры в 19 ч 50 мин 25.03.1986 г. С 17 ч отмечала кровотечение со сгустками крови (всего 250—300 мл) и боли внизу живота, родовой деятельности не было, перестала ощущать шевеление плода.

Диагноз: беременность первая, сроком 39—40 нед, частичная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, нефропатия I степени.

Последняя менструация была 26.06.1985 г., шевеление плода — 12.11.85 г. Беременность протекала без отклонений от нормы. АД — 16,0/10,6 кПа. При беременности 13—14 нед Hb был равен 2 ммоль/л, 33—34 нед — 1,7 ммоль/л; анализ мочи патологии не выявили. В последние дни появились отеки на голенях, АД повысилось до 17,3/10,6 кПа. Родовой деятельности не было. Матка соответствовала 39—40 нед беременности, в гипертонусе. Части плода не определялись. Сердцебиение плода не выслушивалось. При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка сглажена. Наружный зев закрыт. Через передний свод определяется предлежащая головка. Диагноз: беременность первая, сроком 39—40 нед, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нефропатия I степени, внутриутробная гибель плода.

В 20 ч 20 мин была произведена операция — чревосечение, кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом по Гусакову, перевязка магистральных сосудов матки. Дан внутренний наркоз с ИВЛ. Матка овоидной формы соответствовала 39—40 нед беременности, была очень плотной; передняя стенка имела мраморный оттенок (матка Кувелера). Придатки матки не изменены. Произведено кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом по Гусакову. Плод мертвый, мужского пола, с массой тела 3000 г, длиной 50 см. Послед свободно размещался в полости матки, в которой находилось 500—600 мл сгустков и жидкой крови. Поскольку после массажа матки, а также введения в ее мышцу метилэргометрина (1,0) и внутривенно окситоцина (1,0) она не сокращалась, кровотечение было значительным. После перевязки кетгутом магистральных маточных сосудов с обеих сторон (восходящие ветви маточных артерий, собственные связки яичников и круглые связки матки) матка сократилась хорошо. Передняя брюшная стенка послойно зашита наглухо. Во время операции отмечалось нарушение свертывания крови (по данным тромбоэластографии). Применяли контрикал (20000 ед.) и ε-аминокапроновую кислоту (5 г) внутривенно. Общая кровопотеря составила 2000—2200 мл. Перелито 2200 мл крови и кровозаменителей. АД менее 16,0/8,0 кПа не снижалось. Частота пульса — 96—98 уд. в 1 мин. Инфузионная терапия и гемотрансфузия на второй и последующие дни проводилась по показателям ОЦК, ОЦП, ОЦЭ. Моча начала выделяться в достаточном количестве через 20—22 ч с момента окончания операции после лечения преднизолоном внутримышечно.

Биполярная реогистерограмма, снятая на 5-й день после операции, носила характер нерегулярных кривых с пологий нисходящей частью и многочисленными дополнительными зубцами, что свидетельствовало о наличии преимущественно коллатерального кровоснабжения матки. Нормаль-

ный характер реогистерограммы приобрели к 15-мудню послеоперационного периода, что указывало на полное восстановление кровоснабжения матки через магистральные сосуды.

Большая была выписана домой на 22-й день после операции в удовлетворительном состоянии при сократившейся матке до 6 нед беременности.

Таким образом, перевязка магистральных маточных сосудов непродолжительна по времени, нетравматична, полностью сохраняет менструальную и генеративную функции женщин, доступна для всех врачей и может быть применена в отдельных случаях при угрожающих жизни кровотечениях. Динамика показателей биполярной реогистерографии помогает объективно оценивать восстановление кровоснабжения матки через перевязанные магистральные сосуды.

УДК 618.1-089.8

В. В. Фаттахов, Ф. Г. Шайхуллина (Казань). Лечение гинекологических больных в хирургическом отделении

В хирургическом отделении 10-й городской больницы за 1983—1987 гг. было прооперировано 5352 человека, из них 99 (1,9%) — по поводу гинекологической патологии. Она была представлена следующими заболеваниями: внематочной беременностью (у 21), разрывами кист яичников (у 37); сальпингиты различной выраженности, сопровождающиеся перитонитом, были обнаружены у 41 больной. Из числа больных последней группы тазовый перитонит был выявлен у 21 женщины, причем у 12 из них гонорейной этиологии. Разлитой перитонит установлен у 20 женщин.

8 пациенток были в возрасте от 16 до 20 лет, 28 — от 21 до 30, 53 — от 31 до 40, 8 — от 41 до 50, 2 — от 51 до 60 лет.

Наибольшее число пациенток (81,8%) находилось в активном репродуктивном возрасте, поэтому тактика операционного лечения определялась по принципу максимального сохранения органов. Были выполнены следующие операции: резекция яичника (у 30), удаление яичника (у 7), удаление маточной трубы (у 44), надрывагалищная ампутация матки (у 2).

При гнойно-воспалительных заболеваниях одновременно проводили санацию и дренирование брюшной полости микроиригаторами и резиновыми перчаточными дренажами (у 50). Все пациентки выздоровели. Заживление ран первичным наложением произошло у 94 больных, у 5 наблюдалось нагноение швов.

56 (56,6%) из 99 больных, поступивших в хирургическое отделение, были предварительно проконсультированы гинекологами (в женских консультациях, гинекологических отделениях больниц Казани) и в связи с заключением «гинекологической патологии нет» были госпитализированы в непрофильное отделение. Представленный факт свидетельствует о необходимости повышения знаний гинекологов и хирургов в вопросах дифференциальной диагностики смежной патологии. Кроме того, каждый больной должен получать помощь в профильном отделении, поскольку многие установки знакомы не всем врачам других специальностей. Так, четко не решен хирургами вопрос об удалении маточной трубы при гнойно-воспалительных заболеваниях. Иногда неадекватно проводят резекцию яичников, исходя из принципов хирургической радикальности. Нередко перитонизацию яичника выполняют после ушивания раны

или его резекции; не всегда правильно обрабатывают угол матки после удаления трубы.

При отсутствии определенного навыка трудно дифференцировать тазовый экссудативный перитонит и параметрит; соответственно можно неправильно определить необходимость дренирования полости малого таза из кольпотомического разреза, выполняемого со стороны брюшной полости или влагалища.

В процессе обучения студентов в медицинских институтах, в последипломной подготовке врачей больше внимания следует уделять вопросам дифференциальной диагностики неотложных состояний, тактике ведения и лечения больных с патологией смежных областей, повышать чувство ответственности врача за свой диагноз.

УДК 618.318

Л. Ю. Миролюбова, А. З. Валеева (Казань). Случай брюшной беременности

Брюшная беременность наблюдается исключительно редко, она составляет 0,4% от всех форм внематочной беременности. В литературе описаны случаи брюшной беременности со сроком пребывания плода в брюшной полости до 42 недель.

Описываем один из таких случаев брюшной беременности.

З., 34 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение родильного дома № 4 в 12 ч 10 мин 19.03.1988 г. из 5-й женской консультации в тяжелом состоянии с подозрением на левостороннюю трубную беременность. Из анамнеза: месячные — с 12 лет, половая жизнь — с 19 лет, брак первый, перенесла 5 родов, 2 медицинских аборта без осложнений. Последняя беременность закончилась нормальными родами 3 года назад. Последняя нормальная менструация прошла с 6 по 9 сентября 1987 г.

Заболела 10 сентября, когда появились периодические приступообразные боли внизу живота. С 5 по 9.10 была очередная менструация, а 10.10 машиной скорой помощи была доставлена в гинекологическое отделение родильного дома № 4 с приступом боли, мажущими кровянистыми выделениями после месячных. В течение 10 дней была лечена по поводу подострого эндометрита, выписана с продолжающимися мажущими выделениями при СОЗ, равной 41 мм/ч. В ноябре—декабре были месячные; характер их женщина не помнит. 10.01.1988 г. менструация пришла как будто в срок, но продолжалась в виде мажущих выделений. С подозрением на внематочную беременность была госпитализирована 25.01.1988 г. в гинекологическое отделение городской больницы № 20, где проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия эндометрита. С 29.02 по 14.03 вновь с приступами болей находилась в отделении неотложной хирургии городской больницы № 7 по поводу пельвиоперитонита, где получила противовоспалительное лечение.

В дальнейшем периодические боли в животе сохранялись, иррадиировали в прямую кишку, отмечалась тошнота. Лечилась амбулаторно, получала сернокислую магнезию, алоэ, ультразвук, однако лечение протекало безуспешно. 19.03 на очередном приеме врача в консультации появились острые боли в животе, больное стало плохо, АД упало до 10,7/6,7 кПа, была вызвана служба скорой помощи.

При поступлении состояние тяжелое, больная правильного телосложения, повышенной упитанности. Выражены акроцианоз и бледность кожных