

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, больной 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