

ный характер реогистерограммы приобрели к 15-му дню 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, перевозка 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), надвлагалищная ампутация матки (у 2).

При гнойно-воспалительных заболеваниях одновременно проводили санацию и дренирование брюшной полости микроирригаторами и резиновыми перчаточными дренажами (у 50). Все пациентки выздоровели. Заживление ран первичным наложением произошло у 94 больных, у 5 наблюдались 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 нефрофильное 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. Миролубова, 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 СОЭ, 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 состояния тяжелое, больная правильного телосложения, повышенной упитанности. Выражены акроцианоз и бледность кожных

покровов, возбуждение. АД — 10,7/6,7 кПа, нитевидный пульс слабого наполнения, температура — 34,5. Дыхание поверхностное, тоны сердца приглушены. Живот вздутый, напряженный, болезненный; выражены симптомы раздражения брюшины; перкуторно определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Гинекологический статус: оценить состояние внутренних половых органов не представляется возможным из-за резкой болезненности при введении пальцев во влагалище и напряжения передней брюшной стенки. С диагностической целью произведена пункция заднего свода влагалища: получена жидкая темная кровь в количестве 5 мл. Поставлен диагноз: остро прервавшаяся внематочная беременность.

Срочно под эндотрахеальным наркозом произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости выявлены жидкая темная кровь и сгустки в количестве 1200 г, обширные спайки между салником и париетальной брюшиной. Сальник утолщен, пропитан темной кровью, имеются спайки между петлями кишок и маткой. Матка увеличена до 9 нед беременности, на серозном покрове в области ее дна и задней стенке, задних листках широких связок, петлях тонкого и толстого кишечника с переходом на париетальную брюшину справа расположена плацента диаметром до 20 см. Под желудком обнаружено плодное яйцо длиной 20 см. Левая маточная труба расширена до 2 см, синюшная, разорвана в истмическом отделе, отмечается разрыв левого яичника.

Правые придатки замурованы в спайках. Задний свод в спайках, при их разведении выделилась темная жидкая кровь в количестве 150 мл.

В связи с затруднением отделения плаценты от задней стенки матки произведена надвлагалищная ампутация матки с удалением левых придатков, плацентарной ткани с отделением ее от стенки тонкого и толстого кишечника, резекция большого сальника, удаление плода. Брюшная полость дренирована резиновыми трубками через переднюю брюшную стенку. Общая кровопотеря составила 2500 мл.

Макропрепарат: тело матки соответствует 9 нед беременности с прикрепленной плацентой к задней ее стенке; слизистая на разрезе гиперплазированная, гладкая; левая маточная труба утолщена в истмическом отделе до 2 см, сине-багрового цвета с разрывом в этом отделе до 1,5 см; левый яичник нормальных размеров с повреждением стенки до 3 см; плод длиной 20 см без признаков мацерации.

Гистологическое исследование: в матке определяются децидуальные изменения слизистой, светлые железы Овербека. В теле матки видны очаги аденомиоза. Плацента обычной структуры. В левой трубе — ворсины хориона.

Диагноз: вторичная брюшная беременность.

Операция продолжалась 3 ч 30 мин и была произведена совместно с хирургом. Во время операции проведены инфузионная и трансфузионная терапия (перелито 5250 мл, из них 2400 мл крови), гормонотерапия преднизолоном, гидрокортизоном; время свертывания крови колебалось от 2 мин 30 с до 4 мин 20 с.

В послеоперационном периоде больная получала интенсивную терапию: инфузионную и трансфузионную в течение 7 дней, антибактериальную — 9 дней, профилактику тромбоэмболических осложнений гепарином. С клиническим выздоровлением была выписана на 11-е сутки Нб — 1,7 ммоль/л).

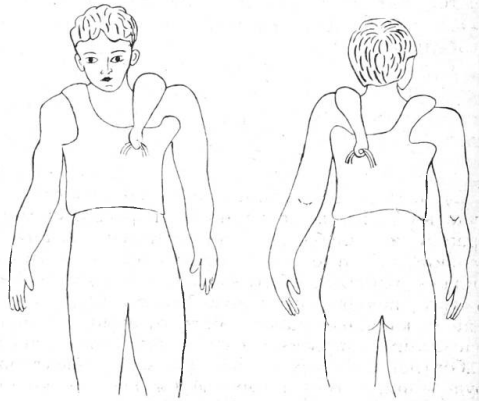
Наше наблюдение представляет редкую патологию брюшной беременности сроком (по размерам плода) 16—18 нед. Однако в клинике течения заболевания срок беременности установить четко не удалось, поскольку боли впервые появились в сентябре после нормально прошедшей менструации, а с октября имела место менометроррагия. Больная неоднократно обращалась в поликлинику, трижды была госпитализирована в стационар, где получала антибактериальную терапию и ни разу на фоне нарушенной менструации и клиники острых болей ей не проводили исследования гонадотропина, УЗИ и эндоскопии, что способствовало бы своевременной диагностики и лечению.

УДК 616.717.2-001.6-08

И. Н. Сеюков (г. Бугульма, ТАССР). Консервативное лечение вывихов акромиального конца ключицы

В Бугульминской ЦРБ разработан метод консервативного лечения вывихов с полным вывихом акромиального конца ключицы. Мы считаем этот метод простым, не требующим особых материальных затрат. Применяем его с 1980 г. при полном свежем вывихе акромиального конца ключицы.

Больному накладывают гипсовый полукорсет, с поврежденной стороны в подмышечной области формируют гипсовый «овал», при этом плечевой пояс должен быть приподнят (см. рис.). С помощью резиновых трубок, фиксированных к передней и задней поверхности корсета, прикрепляют ватно-марлевые лямки (см. рис.). Играющие основную роль в репозиции и удержании на месте ключицы. При необходимости их можно подтягивать.



На амбулаторное лечение больного выписывают после полного устранения вывиха (под рентгенологическим контролем), которое происходит в течение 3-7 дней. Длительность иммобилизации — 5—7 нед.

УДК 616-001.5

К. А. Шаповалов (Архангельск). Характеристика травм с повреждением костного аппарата у плавсостава на водном транспорте

Совокупность факторов риска, оказывающих постоянное действие на опорно-двигательный аппарат плавсостава в северном регионе (шум, вибрация), а также условия работы на открытой палубе (холод и влага) приводят к дегенеративно-