

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 сальником 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).

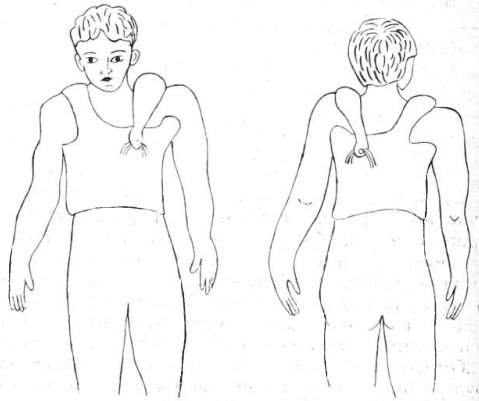
Наше наблюдение представляет редкую патологию брюшной беременности сроком (по размерам плода) 16—18 нед. Однако в клинике течения заболевания срок беременности установить четко не удалось, поскольку боли впервые появились в сентябре после нормально прошедшей менструации, а с октября имела место менометроррагия. 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-