

Рис. 1.

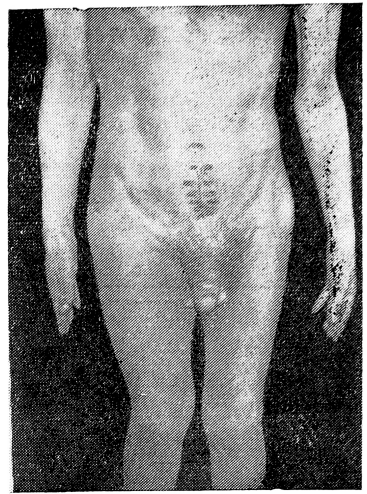


Рис. 2.

8/XII 1967 г. произведена одномоментная операция под интубационным наркозом. Полностью удалена склерозированная клетчатка вместе с кожей, произведена пластика за счет неизменной кожи надлобковой области. Вскрыта полость мошонки. Выделены яички и семенные канатики. Произведена резекция $\frac{2}{3}$ мошонки. Сформирована новая мошонка из макроскопически мало измененных тканей оставшейся части мошонки. Заживление вторичным натяжением (рис. 2).

18/I 1968 г. М. выписан по выздоровлению.

УДК 618.214—616—001.33

Канд. мед. наук А. Л. Верховский (г. Киров). Повторные разрывы матки по рубцу после кесарева сечения

За 20 лет в родовспомогательных учреждениях г. Кирова оперированы 2 женщины по поводу повторного разрыва матки. Ранее у них были ушиты разрывы по рубцу после кесарева сечения. У обеих женщин разрыв матки наступил при первой же беременности после ушивания разрыва матки. Учитывая редкость подобной патологии, мы решили привести наши наблюдения.

1. Д., 26 лет. В 1958 г. перенесла корпоральное кесарево сечение по поводу отслойки плаценты. В 1959 г. в родах при второй беременности у нее появились симптомы начавшегося разрыва матки. Во время чревосечения обнаружен неполный разрыв матки по рубцу. Извлечен мертвый доношенный плод. Края разрыва ушиты. Во время третьей беременности в 22—23 недели доставлена 26/XI 1965 г. скорой помощью с жалобами на сильные боли внизу живота. Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые несколько бледны. Язык влажный. АД 90/60, пульс — 64, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, правильной формы. На брюшной стенке широкий звездчатый рубец, болезненный при пальпации, спаянный с подлежащими тканями. Тело матки увеличено соответственно 22—23 неделям беременности, тонус ее обычный, пальпация умеренно болезненна. Положение плода и предлежание не ясны. Сердцебиение плода по средней линии ниже пупка глуховато. Выделений нет. Шейка матки сформирована, наружный зев закрыт, движения шейки болезненны.

В час ночи у больной появились резкие боли внизу живота, головокружение, была однократная рвота. Кожные покровы и слизистые бледны. Пульс 54, слабого наполнения, АД не определяется. Живот резко напряжен, по всей брюшной стенке резко выражен симптом Щеткина. Контуры матки не определяются, сердцебиение плода не выслушивается.

Диагноз: Разрыв матки по рубцу, шок.

Чревосечение. На передней стенке матки старый рубец на большом протяжении отдельными участками истончен, выпячивается в рану, местами кровотоцит. После извлечения плода встретились серьезные затруднения с отделением плаценты. Оказалось, что она глубоко проросла в рубец и соседние с ним участки стенки матки. Произведена ампутация матки без придатков. В послеоперационном периоде вторичная анемия. Пациентка выписана на 35-е сутки в удовлетворительном состоянии.

2. Р., 28 лет. В 1952 г. перенесла операцию классического кесарева сечения по поводу узкого таза. При повторной беременности в 1956 г. наступил разрыв матки по рубцу, произведено ушивание разрыва без стерилизации. Во время третьей беременности через 2 года на 36-й неделе появились признаки начавшегося разрыва по старому рубцу. На операции — неполный разрыв матки по рубцу с приращением плаценты.

Вновь сделано ушивание и стерилизация. Выписана на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии с живым ребенком.

Представленные наблюдения не дают основания отказываться от применения ушивания разрыва матки по рубцу. Этот метод не может быть исключен из арсенала средств борьбы с материнской смертностью при разрывах матки. Однако если при первом разрыве матки не производится стерилизация, то необходимо освежать края разрыва в пределах здоровой ткани и тщательно ушивать маточную стенку. Через 2 месяца целесообразно проверить заживление рубца путем гистерографии.

УДК 618.4—616—005.6

Канд. мед. наук И. И. Ключев (Саранск). О тромбозах в послеродовом периоде

Мы наблюдали родильницу с тромбозом сосудов левого бедра, таза и брыжейки сигмовидной кишки с благоприятным послеоперационным исходом, чему способствовала антикоагулянтная терапия.

Е., 22 лет, поступила в родильный дом г. Саранска 30/X 1967 г. с диагнозом: хронический пиелонефрит, токсикоз второй половины беременности. Беременность 34—35 недель. Жалобы на боли в области поясницы, учащенное и болезненное мочеиспускание.

Пульс 70. АД 120/80. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы не отмечено. Живот правильной конфигурации, при глубокой пальпации определяется турая болезненность в области почек. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Наружные и внутренние размеры таза нормальные.

Гем.—11,8 г%, Э.—420 000, Л.—6700, э.—5%, п.—3%, с.—69%, л.—21%, м.—2%; РОЭ—51 мм/час. Протромбин 100%. Формоловая проба положительная. Би-лирубина 0,5%.

Моча мутная, с большим осадком, уд. вес 1,020, белка 3,30‰; лейкоциты 10—15, цилиндры 3—4, эпителий плоский—1—2 в поле зрения. Остаточный азот—35 мг%. Проба Зимницкого: удельный вес от 1,008 до 1,018.

Больной внутривенно вводили 40% раствор уротропина и внутримышечно пенициллин, стрептомицин.

12/XII 1967 г. в 12 час. началась регулярная родовая деятельность. Родился живой доношенный мальчик. Через 20 мин. выделился целый послед. Общая кровопотеря—300 мл.

В послеродовом периоде больная получала тетрациклин и этазол.

20/XII 1967 г. появились боли в левом бедре и левой подвздошной области. При пальпации по ходу вен левого бедра определяется болезненный тяж. Назначены: футлярная новокаиновая блокада в области левого бедра, компресс с мазью Вишневского, шинирование нижней конечности, пиявки.

Около 20 часов того же дня больная почувствовала сильные схваткообразные боли внизу живота, больше слева. Был стул с кровью. Консультация хирурга. Пульс 100. АД 160/100. Дыхание везикулярное. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. В левой подвздошной области пальпируется образование колбасовидной формы, 8×20 см, мягкой консистенции, ограниченно подвижное. При ректальном исследовании на пальце темная кровь. Левая нога равномерно-синюшного цвета, увеличенная в объеме.

Диагноз: тромбофлебит вен левого бедра, глубоких вен таза, сосудов брыжейки, сигмовидной кишки с некрозом. Перитонит.

Больная переведена в хирургическое отделение для проведения срочной операции. Под интубационным эфирно-кислородным обезболиванием с применением релаксантов резецирована некротически измененная сигмовидная кишка (И. И. Ключев).

Патологогистологическое исследование: в стенке кишки обширные поля кровоизлияний с наличием обширных имбибиций слизистой, подслизистой и мышечной оболочки, с резким расширением и переполнением кровью сосудов подслизистой оболочки с разрушением ее стенок.

Во время операции больной перелито внутривенно 30 тыс. ед. фибринолизина и 20 тыс. ед. гепарина. В послеоперационном периоде назначен гепарин внутримышечно по 5000 ед. через 4 часа под контролем свертываемости крови. Одновременно ей давали пелентан по 0,5 2 раза в день, ставили пиявки. Больной также вводили по показаниям сердечные, антиспастические и противовоспалительные препараты, четырехкратно переливали кровь (по 240 мл).

На 56-й день после операции состояние больной улучшилось, показатели крови и мочи в норме.

26/II выполнено закрытие толстокишечных свищей по К. П. Сапожкову под местной новокаиновой анестезией по Вишневскому.

Пациентка выписана 18/III 1968 г. в удовлетворительном состоянии. Через 9 месяцев состояние матери и ребенка вполне удовлетворительное.