

В последнее время мы совершенно отказались от смазывания полости матки йодом, считая, что йод действует прижигающе-губительно на оставшиеся клетки спонгиозного слоя; йод задерживает регенерацию слизистой.

При операции, когда выявляется трудное расширение, пулевыми щипцами захватываются обе губы. При бережном расширении, после каждого расширителя, проходящего туго, с усилием, нажимом, расширитель на несколько секунд задерживается в матке.

По окончании операции выскабливания матку ставим в правильное положение.

В заключение надо подчеркнуть, что при операции выскабливания мы должны опасаться возможных тяжелых осложнений, прежде всего — перфорации матки. Когда заподозрена перфорация, необходимо сейчас же или во всяком случае экстренно подтвердить ее или исключить. При перфорации кюреткой или абортцангом операция аборта прекращается, чтобы немедленно организовать лапаростомию.

При выскабливании, при любом сроке беременности, но чаще с III месяца, может возникнуть сильное кровотечение. Тогда левая рука энергично массирует матку, вызывая ее сокращение, а правая — быстро и уверенно работает абортцангом, опорожняя матку, а после — кюреткой. При редко наблюдаемой гипотонии матки, кроме массажа матки, даем сокращающие — эрготин, питuitрин и др., применяем тампонаду матки на 5—10 часов.

ВЫВОДЫ

1. При операции выскабливания всегда должно быть правильное положение матки (по средней линии).

2. Необходимо медленное расширение с полуномерами и строго по ходу шеечного канала.

3. Во время нахождения в матке кюретки, абортцанга или корнцанга на дне матки должна быть левая рука оператора, оказывающая противодействие в точке, которой касается внутри тот или иной инструмент, причем левая рука делает и массаж матки, когда это нужно, при остром расслаблении стенок матки (Н. В. Марков), при кровотечении, параличе.

4. При ретрофлексии, после выведения матки, последняя по возможности удерживается левой рукой во время операции.

5. Операции делать, как правило, без общего наркоза, под местной анестезией или внушением, гипнозом.

6. Все расширители вводятся медленно, осторожно. Стараться не вводить лишнего расширителя; после номера 12 расширители вводятся еще медленнее, так как от каждого следующего можно ожидать надрыва или разрыва шейки, что может привести к новым осложнениям.

7. Большую часть яйца необходимо удалять абортцангом в то время, когда левая рука лежит на матке, оказывая противодействие абортцангу, предохраняя ее от перфорации.

8. Кюреткой удалять остатки яйца, не удаленные абортцангом. Соскобы кюреткой делаются мягкой рукой, особенно в области внутреннего зева, и делается их столько, сколько необходимо.

9. Оперировать обязательно спокойно, не разговаривая, сосредоточенно, внимательно взвешивая каждое движение.

10. При неполных абортах предварительным зондированием, обходя осторожно все стороны полости матки, следует исключить перфорацию матки, а затем применить инструментальное осторожное опорожнение ее, чаще при нормальной температуре.

Поступила 7 июля 1962 г.

ПОСЛЕАБОРТНАЯ СЕПТИЧЕСКАЯ АНУРИЯ

Канд. мед. наук Е. З. Рабинович

Гинекологическое отделение (зав. — Е. З. Рабинович, научный руководитель — проф. Г. К. Черепакин) 12-й больницы г. Горького

В настоящее время наблюдаются еще летальные исходы от послеабортного сепсиса, частым осложнением которого является острая почечная недостаточность. По А. Я. Пытелю, основным патогенетическим фактором острой почечной недостаточности является ишемия. В результате аноксии почечной ткани может наступить некроз эпителия канальцев с полным нарушением избирательной реабсорбции. Другим фактором является повышение внутрипочечного давления, часто связанное с интерстициальным отеком. Повышение внутрипочечного давления ведет к сдавлению сосудов и канальцев, в результате развиваются кортикальная ишемия и нарушение оттока мочи.

Быстрое проникновение в кровяной ток токсических веществ приводит к угнетению функции печени и к уменьшению депрессорных веществ, что, в свою очередь, усиливает спазм почечных сосудов и кортикальную ишемию.

Некроз почечного эпителия и выпадение кровяного пигмента способствуют закупорке просвета почечных канальцев, что также играет определенную роль в механизме возникновения острой почечной недостаточности.

В настоящей статье приводится анализ историй болезни 42 больных послеабортным сепсисом, осложнившимся анурией. Выздоровели 23, умерли 19 женщин. С давностью заболевания в один день поступило 9 больных, в 2 дня — 11, в 3—4 дня — 14 и больше — 8 больных. При поступлении очень тяжелое состояние отмечено у 29, средней тяжести — у 13.

По Ю. А. Аршиновой и М. К. Гесберг (1939) из 19 больных анаэробным послеабортным сепсисом, осложнившимся анурией, умерли 17. Н. И. Чучелов (1953) наблюдал 9 больных септической анурией, из которых умерли 8. По данным А. Я. Пытеля из 16 умерло 11. Высокий процент смертности приводят также Н. А. Вильк и Е. С. Виноградова (1940) и др. Относительно более благоприятные исходы (40—35% смертности) приводит М. К. Гесберг в работе, опубликованной в 1957 г.

Продолжительность анурии, безусловно, сказывается на исходе заболевания, но при этом большое значение имеют исходное состояние организма, его сопротивляемость и стадия заболевания. По Н. И. Чучелову, продолжительность анурии у выздоровевших составляла от 36 до 53 часов. По нашим данным, у 14 погибших больных анурия продолжалась до самой смерти, у 5 анурия сменилась олигурией, причем суточное количество мочи не превышало 400—500 мл. У выздоровевших выделительная функция почек раньше или позже восстанавливалась, но во всех случаях нормальному диурезу предшествовала полиурия. Продолжительность анурии у выздоровевших составляла от 1 до 6 суток, и лишь у одной анурия продолжалась 8 суток. У умерших анурия продолжалась от 3 до 8 суток. Смерть наступила на 3-й день от начала заболевания у 5, на 4—5 день — у 6, на 7 день — у 4 и позже — у 4 больных. У некоторых больных анурия диагностирована лишь через 1—2 суток после прекращения диуреза, что не могло не сказаться на исходе заболевания. Поэтому при обследовании септических больных следует уделять особое внимание состоянию мочеиспускания.

Одним из показателей тяжелого течения заболевания является уровень остаточного азота в крови. По литературным данным, при азотемии, равной 270—320 мг%, прогноз безнадежный. У одной больной с крайне тяжелым течением послеабортного сепсиса, осложнившимся анурией, начинающимся отеком легких, постоянной рвотой и бредом, уровень остаточного азота крови в течение шести дней составлял 250—270 мг%. Несмотря на безнадежное, казалось бы, состояние, больная поправилась.

Эффективность лечения главным образом зависит от его своевременности. С первых же дней назначаются внутримышечно пенициллин, стрептомицин и внутрь синтомицин.

Для снятия спазма сосудов применяем двухстороннюю паранефральную новокаиновую-пенициллино-стрептомициновую блокаду (1/4% раствор новокаина по 60 мл с каждой стороны с добавлением к общему количеству раствора 250 т. ед. пенициллина и 250 т. ед. стрептомицина). К области почек прикладывается грелка. Производится ингаляция кислорода.

Внутривенное и подкожное введение больших количеств изотонических растворов может привести к повышению и без того высокого внутрипочечного давления и усилению интерстициального отека.

Мы применяем следующий раствор: 5% раствор глюкозы, приготовленный на 0,85% растворе поваренной соли, — 1500 мл, 2,4% раствор эуфилина — 10 мл, 20% раствор бензойно-натриевой соли кофеина — 2 мл, 5% раствор аскорбиновой кислоты — 5 мл, витамин В — 2 мл.

Жидкость вводится в вену нижней конечности над внутренней лодыжкой капельным методом (16—20 капель в минуту) один раз в сутки. При появлении признаков сердечной недостаточности (одышка, тахикардия, венозный стаз) введение жидкости прекращается.

Наши наблюдения не дают нам основания считать, что выскабливание полости матки улучшает течение и исход послеабортной септической анурии.

М. К. Гесберг рекомендует широкое переливание эритроцитарной массы, начиная с первых дней заболевания.

При быстром повышении остаточного азота и мочевины в крови, а равно при других признаках, указывающих на грубые дегенеративные и воспалительные процессы в почках и печени, мы ограничиваем показания к переливанию крови.

Двум больным в крайне тяжелом состоянии с начинающимся отеком легких мы с успехом применяли кровопускание.

По литературным данным, своевременно произведенная декапсуляция почек может быть весьма эффективной. Мы к ней прибегали 3 раза. Одна больная выздоровела. Две больные, оперированные в крайне тяжелом состоянии на 12 и 13 день заболевания, умерли. По нашим наблюдениям, осторожное промывание почечных лоханок теплым физиологическим раствором в первые дни заболевания способствует улучше-

нию функции почек, что можно объяснить благоприятным влиянием теплого раствора как слабого раздражителя на паранефротическую почку.

Частым и неприятным спутником септической анурии является рвота. Для тяжелых больных с расстройством дыхания повторные промывания желудка желудочным зондом утомительны, а эффективность их кратковременна. Опорожнение желудка от содержимого с успехом достигается при помощи тонкого (детского) желудочного зонда, введенного через нижний носовой ход.

Новейшим эффективным методом лечения анурии является применение искусственной почки. Мы не касаемся этого вопроса ввиду отсутствия наблюдений.

ВЫВОДЫ

1. Лечение септической анурии должно быть своевременным и сочетается из мероприятий, направленных на повышение защитных сил, дезинтоксикации организма и снятия спазма почечных сосудов.

2. Гемотрансфузия при послеабортной анурии требует индивидуального подхода и не показана при выраженном гемолизе, быстро нарастающем остаточном азоте крови и других признаках, указывающих на грубые дегенеративные процессы в почках и печени.

3. При начинающемся отеке легких осторожное и небольшое кровопускание может способствовать купированию процесса.

4. Для раннего выявления олигурии и анурии у послеабортных септических больных должно быть уделено особое внимание состоянию диуреза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршинова Ю. А. и Гесберг М. К. *Акуш. и гинек.*, 1939, 12. — 2. Вильк Н. Л. и Виноградова Е. С. *Акуш. и гинек.*, 1940, 12. — 3. Гесберг М. К. *Акуш. и гинек.*, 1948, 6; *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии*. М., 1957. — 4. Пытель А. Я. *Урология*. 1955, 1. — 5. Чучелов Н. И. *Урология*, 1955, 1.

Поступила 22 июня 1962 г.

ОПЫТ РАБОТЫ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОГО КАБИНЕТА БОЛЬНИЦЫ

Г. О. Зубаирова

Электроэнцефалографический кабинет РКБ МЗ ТАССР (главврач — К. Л. Свечников, научный руководитель — проф. Н. Н. Лозанов)

В настоящее время электроэнцефалография не только завоевала прочное место среди методов объективной оценки деятельности определенных участков мозговой коры, но стала с успехом использоваться и в более широких целях, а именно — для общей оценки функционального состояния нервной системы при различных заболеваниях организма, в процессе трудовых нагрузок и проч. В связи с этим рамки применения электроэнцефалографии (ЭЭГ) расширяются, и число электрофизиологических лабораторий при лечебных учреждениях растет.

Планово проводимые электроэнцефалографические исследования при многих заболеваниях могут дать клиницисту ценные указания для диагностики и терапии.

В частности: 1) ЭЭГ с успехом применяется при органических черепных процессах для определения локализации опухоли и других очаговых поражений головного мозга, для выяснения зон наибольшего травматического повреждения мозга; для решения вопроса о динамике патологического процесса (например, хода заживления мозговой раны); ЭЭГ позволяет судить и о форме заболевания (например, о первичной или вторичной форме эпилепсии), а также используется для контроля эффективности лечения;

2) для суждения об участии нервной системы при ряде заболеваний внутренних органов, например, заболеваний сердечно-сосудистой системы, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при ревматизме, тиреотоксикозе и др.;

3) в анестезиологии для контроля глубины наркоза и для оценки влияния анестезирующего вещества;

4) в клинике психических заболеваний;

5) при физиологических исследованиях, например, для контроля за состоянием летчиков, космонавтов и при других профессиях, требующих особого напряжения.

Большое значение ЭЭГ имеет для разработки вопросов теоретической медицины: изучения процессов возбуждения и торможения, образования временных связей и других вопросов физиологии и патологии высшей нервной деятельности.

Электроэнцефалографический кабинет РКБ был открыт 10 июля 1958 г. Оснащен четырехканальным электроэнцефалографом опытного завода АМН СССР с прибором