

Обстоятельное описание рецепторов мочеточника и интрамуральных двигательных аппаратов в виде клеток Догеля I и II порядка дал Ю. Н. Пытель (1955). Последующие исследования рецепторных образований мочеточника И. В. Макаренко, К. С. Шевчук, Сержонин (1958, 1959, 1960) показали, что нервно-рецепторные окончания содержатся во всех слоях и по всему протяжении мочеточников, будучи наиболее выраженными в их тазовых отделах.

Наши физиологические исследования (1957) показали важную роль нервно-рецепторных образований мочеточников в их моторной функции. Раздражение рецепторных образований мочеточников в экспериментах на животных вызывало резкое усиление сокращений мочеточников, выключение же чувствительных нервных окончаний путем введения в просвет мочеточника анестезирующих веществ вело за собой длительную атонию мочеточников. Экспериментальные исследования на собаках ординатора нашей клиники Ю. С. Боголюбова показали, что раздражения рецепторов мочеточника путем повышения давления в них вызывают рефлекторную атонию желудка, двенадцатиперстной кишки и различных отделов тонкого и толстого кишечника.

Исходя из полученных результатов экспериментальных исследований, можно полагать, что сильные и длительные раздражения нервно-рецепторных аппаратов мочеточника продвигающимся по просвету мочеточника конкрементом, особенно по наиболее иннервированному тазовому отделу, вызовут рефлекторную адекватную атонию желудочно-кишечного тракта, которая может быть оценена как острая механическая кишечная непроходимость. Рефлекторная передача болевых импульсов из мест раздражения рецепторных полей мочеточника продвигающимся по его просвету камнем может быть причиной появления болей, по своему местоположению характерных для острого аппендицита, холецистита, прободной язвы желудка, поясничного радикулита и других заболеваний.

Во избежание ошибочной диагностики и одновременно патогенетической терапии уретеролитиаза в момент колик важную роль может сыграть поясничная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому и анестезия семенникового сплетения по М. Ю. Лорин-Эпштейну. Введенный по этим методам новокаиновый раствор путем перерыва нервно-рефлекторных связей мочеточника избавляет больного от чрезвычайно мучительных болей, иррадиирующих в различные отделы желудочно-кишечного тракта. Это прекращение или резкое ослабление болей после применения вышеуказанных новокаиновых блокад может значительно облегчить правильное распознавание мочеточниковой колики.

В то же время данное мероприятие, вызывая прекращение рефлекторного спазма мышц мочеточника, способствует отхождению небольшого камня в мочевой пузырь и через уретру наружу. Обязательное лабораторное исследование мочи даст возможность заподозрить наличие конкремента в мочевой системе. Рентгеновский обзорный снимок всех отделов мочевой системы в сочетании с экскреторной и ретроградной урографией, катетеризация мочеточников, хромоцистоскопия позволят точно распознать местоположение камня в мочеточнике.

Поступила 23 сентября 1963 г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ

Канд. мед. наук Л. И. Кротова

Институт онкологии АМН СССР (дир. — действ. чл. АМН СССР проф.
А. И. Серебров). Ленинград

Современное состояние профилактики предраковых заболеваний шейки матки нельзя признать удовлетворительным. До сих пор еще не все акушеры оценивают должным образом необходимость наложения швов на разрывы шейки вскоре после родов, а главное не всегда тщательно и анатомически правильно производят эту операцию в родовспомогательных учреждениях.

Для оценки степени разрыва шейки нами была предложена классификация по аналогии со степенями разрывов промежности. К разрывам I ст. мы относим разрывы слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, начинающиеся от краев наружного зева; ко II ст. — разрывы, идущие во всю длину влагалищной части (по боковым направлениям) и захватывающие все ткани шейки матки. К разрывам III ст. — глубокие разрывы шейки, переходящие по боковым направлениям на надвлагалищную часть, своды влагалища и иногда проникающие в околошеечную клетчатку.

Мы наблюдали пятилетние результаты зашивания разрывов шейки у первородящих.

Ввиду того, что методика операции, применяемая в родильном доме им. проф. Снегирева, является простой, доступной в условиях любого родовспомогательного учреждения и вполне себя оправдавшей в течение долгих лет, мы позволим себе остановиться на ней несколько подробнее.

Осмотр шейки матки и операция производятся в операционной. Больная укладывается на операционный стол в обычном положении для производства влагалищной операции. После дезинфекции наружных половых органов обнажается шейка путем введения широких влагалищных зеркал, при помощи пулевых или окончатых щипцов низводится и устанавливается характер повреждений.

Для безошибочного выявления разрывов необходимо предусмотреть следующие правила:

1) Начинать осмотр с помощью зеркал спустя 2—3 часа после отхождения последа и сразу после осмотра накладывать кетгутовые швы. Этот период является самым благоприятным для производства данной операции. К этому времени шейка представляет собою спавшую удлинненную трубку с неровными бахромчатыми краями.

2) Для осмотра следует пользоваться зеркалами типа Дуаена или Фрича или ложкообразными зеркалами большого калибра и широкими подъемниками, иногда целесообразно их дополнительно вводить сбоку при хорошем освещении.

3) Края разрыва необходимо тщательно соединять, осторожно подтягивая шеечный канал. Если неясны контуры раны, то обе пары щипцов смыкаются вместе.

4) Осмотр шейки должен производиться строго систематически, для чего следует переключать щипцы по краю зева шаг за шагом, пока не будет осмотрена вся окружность наружного зева. При таком ходе осмотра даже небольшие повреждения не ускользают от внимания.

5) При операции следует тщательно соблюдать правила асептики.

Мы считаем необходимым подчеркнуть следующие детали: при наложении швов удаётся легко подтянуть шейку до влагалищного входа, а иногда даже вывести за его пределы, что облегчает определение глубины выявленного разрыва. Однако не следует производить очень сильного подтягивания краев зева (вследствие отека тканей легко могут быть травмированы). Швы к длине разрыва. Вкол и выкол производятся на расстоянии 0,5 см от края разрыва. Первая лигатура накладывается на верхушку разрыва, причем желательно наложить ее с таким расчетом, чтобы лигатура не проникла в просвет канала шейки, а проходила через мышечную ее часть на грани слизистой оболочки цервикального канала.

Однако если лигатуры пройдут через все слои, то, как мы могли наблюдать, это не оказывает особого влияния на заживление.

После завязывания первого шва концы кетгута передаются ассистенту, который подтягивает их вперед, что значительно облегчает последовательное наложение швов. Количество швов зависит от величины разрыва. При наличии на поверхности раны отдельных кровоточащих сосудов рекомендуется перевязать каждый в отдельности ввиду того, что наложенные на шейку массовые лигатуры могут нарушать питание тканей.

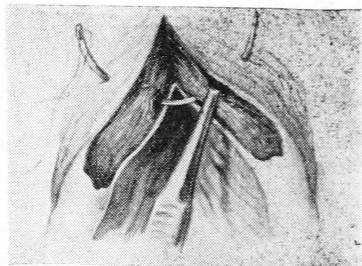
После окончания зашивания лигатуры обрезаются и производится смазывание снаружи и изнутри (со стороны слизистой канала) йодной настойкой.

Ведение послеродового периода родильниц не отличается от обычного, установленного для всех послеродовых больных. Осмотр шейки с помощью зеркал в период пребывания родильниц в послеродовом отделении и перед выпиской из родильного дома (если нет к тому особых показаний) не производится. Перед выпиской родильницу предупреждают о произведенной ей операции на шейке или промежности и предлагают явиться в женскую консультацию при родильном доме на специальный осмотр не позже чем через 1—2 месяца. Надо отметить, что большинство женщин аккуратно являлось в назначенное время.

Мы приглашали на осмотр женщин, которым производилась операция зашивания разрывов в сроки до одного года, через 2 года после родов и через 5 лет. На первый осмотр в сроки от трех месяцев до одного года явилось 1180 первородящих женщин.

При осмотре шейки было выявлено, что в 91% случаев результаты операции оказались очень хорошими и лишь у 106 (9%) — неудовлетворительными.

Через два года после операции явилось на осмотр всего 872 человека. При этом обнаружено, что в 86,7% влагалищная часть шейки была нормальной. У 106 женщин (13,3%) шейки матки имела вывороты, чаще передней или задней губы, деформации в области бывших разрывов.



Первая лигатура на верхушке разрыва шейки матки.

Через 5 лет явилось на осмотр 736 женщин. У 80,1% шейка оказалась без следов разрывов, без признаков воспалительных заболеваний или каких-либо других изменений. У 140 (19%) женщин были выявлены изменения на шейке матки. У некоторых из них имелся выраженный эктропион со следами старых разрывов, а у остальных женщин имели место на фоне эктропиона эрозии шейки матки на почве воспалительных процессов придатков матки. Если у явившихся женщин через 5 лет были повторные роды, аборт, гинекологические заболевания, на этих данных мы не считали нужным останавливаться, поскольку они не связаны непосредственно с операцией зашивания разрывов шейки в период первых родов.

Таким образом, отдаленные результаты через 5 лет после произведенной операции оказались также благоприятными, так как ни одна из явившихся женщин не страдала предраковыми заболеваниями и раком шейки матки.

Наши клинические наблюдения и изучение ближайших и отдаленных результатов операции зашивания травматических повреждений шейки матки еще раз подтвердили наши выводы о необходимости хирургического лечения разрывов шейки вскоре после родов, т. к. отдаленные результаты этой операции дают в 80,1% полное восстановление анатомических нарушений ткани, предотвращают образование эктропиона и возникновение предопухолевых процессов шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1 Бондаревская Е. П. Разрывы шейки матки. Автореф. канд. дисс. Воронеж, 1952. — 2. Кротова Л. И. Зашивание разрывов шейки матки в родах, как метод профилактики предраковых состояний и рака шейки матки. Автореф. канд. дисс., Л., 1951. — 3. Мамедова Н. К. К методике зашивания разрывов шейки матки после родов. Автореф. канд. дисс. Ташкент, 1958.

Поступила 31 июля 1963 г.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ МАЗКОВ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Асп. К. В. Воронин и Т. А. Миронова

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав.—доктор мед. наук Р. Г. Бакиева, профессор-консультант — П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе Республиканской больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Лемберг, Сигфрид, Штамм в 1954 г. в Женеве на международном конгрессе акушеров первыми сообщили о своем биологическом методе определения срока родов по цитологии влагалищного мазка. Никлисек, Лихтвус, Пундель (1958), Даниахий (1958), Жидовски (1960), Миклав (1961) проверили в клинической практике достоверность указанного биологического метода и получили разноречивые результаты.

Мы поставили целью изучить клиническое значение цитологии влагалищного мазка в акушерской практике. Наш материал охватывает 424 исследования влагалищных мазков. Весь этот материал может быть распределен в зависимости от целей их исследования на следующие семь групп.

1 гр. Динамическое исследование влагалищных мазков в разные сроки нормально протекающей беременности.

2 гр. Для диагностики срока родов (38—40 недель).

3 гр. Для определения эффективности вызывания родовой деятельности различными методами.

4 гр. Перед проведением теста чувствительности к окситоцину (тест Смиса).

5 гр. Мазки, взятые в родах.

6 гр. Мазки, взятые после родов.

7 гр. Мазки, взятые при разрыве плодного пузыря до наступления родовой деятельности.

Мазки брались 2 способами: корнцангом либо пинцетом из заднего или боковых сводов (419 мазков), или с помощью стеклянной пилетки с резиновой грушей на конце (5 мазков) и наносились на предметное стекло. Часть мазков фиксировалась смесью Никифорова, другая часть — горячим воздухом. Окраска производилась гематоксилин-эозином, азур-эозином (по Гимза-Романовскому) и метиленовой синью (по Лёффлеру). В основу оценки цитологической картины были положены классификации Гейста, Сальмона (4 типа) и Жидовски, Миклава (4 типа).