

ГЕМАТОМЕТРА У ДЕВОЧКИ

В. Г. Бычков

Кафедра детской хирургии (зав. — доц. П. Н. Булатов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Заболеваниям половых органов девочек до сих пор не уделяли достаточного внимания ни гинекологи, ни педиатры, ни хирурги. Эти заболевания иногда ошибочно диагностируются как аппендицит, цистит, мезаденит и пр.

Приводим наше наблюдение.

К., 13 лет, обратилась в детскую поликлинику с жалобами на боли внизу живота, общую слабость, частое мочеиспускание. Педиатр поставил диагноз: острый цистит (?). Проведено амбулаторное лечение. Однако улучшения не наступило, боли усилились.

17/IX 1964 г. девочка поступила в клинику детской хирургии с тем же диагнозом.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78, ритмичный. Легкие и сердце в норме. Живот правильной формы, мягкий, участвует в акте дыхания. Печень, селезенка, почки не увеличены. В правой подвздошной области определяется образование колбасовидной формы, плотной консистенции, безболезненное при пальпации.

Моча (анализ от 18/IX 1964 г.): соломенно-желтого цвета, прозрачная, удельный вес — 1016, реакция кислая; белка, сахара нет.

19/IX боли усилились. Предполагалась или инвагинация илеоцекального угла, или опухоль придатков матки.

23/IX вечером возобновился приступ болей в правой подвздошной области. После грелки боли затихли. Больная назначена на операцию с диагнозом: хроническая инвагинация илеоцекального угла или киста придатков матки.

26/IX произведена лапаротомия. В брюшной полости — жидкость шоколадного цвета. Матка плотной консистенции, увеличена до размеров мужского кулака, отклонена вправо, придатки нормального вида.

Поставлен диагноз: гематометра.

Наружный осмотр половых органов выявил выпячивание и синюшность девственной плевы. Брюшная полость освобождена от жидкости, рана послойно зашита наглухо. Произведено крестообразное рассечение девственной плевы, после чего из влагалища выделилось большое количество густой дегтеобразной жидкости. Во влагалище вставлена стерильная марлевая полоска.

На второй день после операции больная чувствовала себя хорошо. Боли прекратились, сон стал спокойным. Стул и диурез в норме. Полоска удалена из влагалища на 5-й день. Выделения из вульвы незначительны. На 7-й день после операции сняты швы. На 9-й день девочка выписана.

При правильном диагнозе можно было бы ограничиться только крестообразным рассечением девственной плевы, причем дренировать влагалище в таких случаях не следует.

УДК 618. 48

СЕМИКРАТНОЕ ОБВИТИЕ ПУПОВИНЫ В СОЧЕТАНИИ С ИСТИННЫМ УЗЛОМ ЕЕ

П. И. Панченко, И. И. Фрейдлин

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и роддом № 2 (главврач — П. И. Панченко)

Длина пуповины может быть различной. В норме она равна 50—60 см, однако описаны чрезмерно длинные пуповины — более 100 см. Осложнения, возникающие в родах при чрезмерно длинной пуповине, связаны с возможностью образования истинных узлов и обвития вокруг шеи или туловища плода. Обвитие пуповины может быть как однократное, так и многократное. О. П. Рекшинская (1960), анализируя 1047 случаев обвития пуповины, установила, что частота его составляет 29,1% к числу родов у первородящих и 29,8% — у повторнородящих. Е. М. Шитова (1960) приводит редкий случай семикратного обвития пуповины вокруг шеи (длина пуповины 155 см).

Диагностика обвития пуповины очень трудна, так как симптомы внутриутробной асфиксии плода наблюдаются лишь в 17,2% (О. П. Рекшинская, 1960). Ввиду значительной эластичности, растяжимости и извитости пуповины даже после обвития, иногда многократного, в ней сохраняется кровообращение и плод получает питание. Этому способствует также то, что давление в венах пуповины во время схваток повышается до 90—145 мм рт. ст. (А. И. Петченко).

Приводим наше наблюдение.

Х., 24 лет, поступила 21/XI 1964 г. по поводу нефропатии беременных при сроке 39 недель.

Общее состояние удовлетворительное. В течение последней недели появились отеки голеней и стоп. АД 140/90, пульс 104. В моче следы белка.

Проведена терапия нефропатии беременных. 29/XI в связи с началом родовой деятельности переведена в родильную комнату. Период раскрытия длился 17 час. 10 мин. На всем его протяжении сердцебиение плода оставалось ясным, ритмичным, в пределах 128—134 ударов. 30/XI в 11 час. отошли воды, головка плода опустилась на тазовое дно, начались потуги. Период изгнания длился 35 мин. Сердцебиение плода выслушивалось после каждой потуги и оставалось в пределах нормы. В 11 час. 45 мин. родился живой ребенок весом 2600,0 длиною 52 см, без признаков асфиксии. Пуповина длиною 116 см обвита вокруг шеи 5 раз и вокруг правого и левого плечевого пояса по типу лямок школьного ранца. Кроме этого 7-кратного обвития пуповины имелся истинный узел пуповины, не туго затянутый. Последовый период протекал без особенностей, продолжался 10 мин., кровопотеря в родах 300 мл. Общая продолжительность родов 17 час. 55 мин. В послеродовом периоде у матери и новорожденного никаких осложнений не было. Выписаны на 9-й день в удовлетворительном состоянии.

УДК 618.3

О КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

К. Н. Сызганова

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, научный консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В настоящее время необходимость хирургического лечения шейечной беременности на любом ее сроке является почти общепризнанной. Однако иногда в печати можно встретить описание шейечной беременности, разрешившейся на ранних сроках без оперативного вмешательства. С подобным случаем пришлось встретиться и нам.

26/VIII 1964 г. была доставлена В., 30 лет, с тугой тампонадой влагалища. В этот день, ввиду задержки менструации, она обратилась в районную женскую консультацию на предмет определения беременности. Последнюю неделю отмечала небольшую боль внизу живота и скудные кровянистые выделения из половых путей. При осмотре в консультации кровянистые выделения усилились, и больная с диагнозом «шейечная беременность или неполный выкидыш» была отправлена в одну из больниц Казани. Здесь во время осмотра у нее началось обильное кровотечение, и при этом вышло целиком плодное яйцо, соответствующее сроку 6 недель. Кровопотеря 600 мл. После тугой тампонады влагалища больная была отправлена в наше отделение.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. АД 110/60, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Со стороны органов грудной и брюшной полости изменений не найдено.

После опорожнения мочевого пузыря из влагалища извлечен тампон, пропитанный кровью. Кровотечение возобновилось.

Влагалище свободно. Шейка слажена, дряблая. Наружный зев пропускает палец, полость цервикального канала бочкообразно раздута до величины куриного яйца, пуста. На передне-левой ее стенке — ниша. Стенки цервикального канала и ниши гладкие. Внутренний зев закрыт. Тело матки плотное, слегка увеличено, но меньше раздута шейки. Начавшееся кровотечение значительно уменьшилось после введения в шейку 1 мл питунтрина и 1 мл эрготина. Диагноз: прервавшаяся шейечная беременность.

Уменьшение кровотечения позволило воздержаться от оперативного вмешательства (экстирпации матки) и ограничиться тугой тампонадой влагалища. Кровопотеря в клинике 200 мл. Произведена трансфузия 500 мл одногруппной крови.

Через 2 часа тампон промок. Общее состояние, пульс и АД оставались без перемен. Тампон извлечен. Кровотечение умеренное. Произведена тугая тампонада полости цервикального канала и влагалища. При перитампонировании кровопотеря не-