

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 одноклассной 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-

значительная. Назначены холод на низ живота, кровосстанавливающие средства и антибиотики.

Утром следующего дня тампон сухой, общее состояние хорошее, АД 120/70, пульс 72, ритмичный. Тампон удален. Кровотечение скудное. Шейка матки оформилась, полость цервикального канала пуста, ниша меньше. Вновь тугая тампонада полости цервикального канала и влагалища на сутки.

После удаления тампона через сутки кровотечения нет, шейка плотная, почти сформирована. Вновь тампон не поставлен. На протяжении последующих 14 дней пребывания в клинике общее состояние хорошее, АД и пульс нормальны. Первые 3 дня температура субфебрильная, выделения сукровичные. С третьего по шестой день — орошения по Снегиреву, с восьмого дня — горячие спринцевания.

К пятому дню шейка полностью сформировалась, зев закрылся. Тело матки в антефлексии-верзии, плотное, в пределах нормы. Выделения слизистые, скудные. Выписана на 15-й день. Назначено амбулаторное наблюдение в течение двух месяцев.

Приведенный случай дает право высказаться за консервативный путь ведения прервавшейся шеечной беременности сроком в 6 недель при умеренном кровотечении и при условии, что больная находится в учреждении, где имеется полная готовность операционной.

Этот вывод требует от гинекологов ранней диагностики шеечной беременности и немедленной госпитализации.

Примечание редакции. Данное наблюдение не дает права рекомендовать консервативный путь ведения всех случаев шеечной беременности на сроках в шесть недель при умеренном кровотечении. Оно дает право испробовать это только при родившемся целиком плодном яйце. Для остальных же случаев остается в силе рекомендация — удалять матку. (П. М.)

ЛИТЕРАТУРА

1. Sheldon R. S., Aaro Z. A., Welch J. S. Amer. J. Obstet. Gynec., 1963, 87, 4.— 2. Coarnă E., Mătrăcaru Gh., Radulescu C. Obstet. si Ginec. 1922, 1, 1—6.

УДК 616. 613—007. 63—618. 2

РОДЫ У ЖЕНЩИНЫ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКОЙ, ПОРАЖЕННОЙ ГИДРОНЕФРОЗОМ¹

К. В. Воронин

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

М., 29 лет, инвалид II гр., поступила 10/X 1964 г. с диагнозом: беременность 33—34 недели, гидронефроз единственной правой почки.

Беременность 5-я, первая закончилась 8-недельным самопроизвольным выкидышем, вторая — искусственным абортom по желанию при сроке 12 недель, третья — 13-недельным самопроизвольным выкидышем, четвертая — прерыванием беременности при сроке 22 недели в связи с кистозной дегенерацией левой почки (14/XI 1963 г.). После прерывания беременности 20/XI 1963 г. произведена левосторонняя нефрэктомия в связи с указанным выше заболеванием. Почти через 4 мес. после этого больная забеременела и 4/VIII 1964 г. при сроке 20—22 недели была госпитализирована в хирургическое отделение по поводу гидронефроза единственной правой почки. 12/VIII больную перевели в гинекологическое отделение нашей больницы для прерывания беременности по медицинским показаниям (хотя в тот момент заболевание почки было компенсированным). Несмотря на продолжительные разъяснения о необходимости прерывания беременности, решение авторитетного консилиума врачей, больная категорически отказалась от прерывания беременности и уехала домой 20/VIII 1964 г. Беременность развивалась нормально, почка функционировала хорошо (положительный диурез, функциональные хорошие пробы, низкие цифры остаточного азота крови и т. д.), и 22/XII 1964 г. больная благополучно родила живого доношенного мальчика весом 3500,0. Послеродовый период осложнился ущемлением геморроидальных узлов. Функция почки оставалась удовлетворительной, и 2/I 1965 г. больная выписалась.

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров-гинекологов 21/I 1965 г.