

Асс. О. А. Королькова и Л. Ф. Котова

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков)
Казанского медицинского института и 2-й роддом Казани (главврач —
П. И. Панченко)

За последнее время, наряду с обычным кюретажным способом прерывания беременности на ранних сроках (до 12 недель), стал применяться метод А. В. Зубеева.

Прерывание беременности по А. В. Зубееву производится при помощи вакуум-аппарата по принципу отсоса содержимого матки. Аппарат состоит из электронасоса, присоединяемого к нему резинового шланга и набора трубок для отсоса (рис. 1).

Прерывание беременности этим аппаратом было нами проведено в гинекологическом отделении 2-го роддома Казани у 229 женщин.

Прерываемая беременность была первой у 12 женщин, второй — у 40, третьей — у 36, четвертой — у 32, пятой — у 35; более 5 беременностей в прошлом было у 65, более 10 — у 5 и более 15 — у 4. Нерожавших было 17. Одни роды были у 86 женщин, двое — у 78, трое — у 29, четверо — у 12, пять и более — у 7. По одному аборт в прошлом было у 44 женщин, по два — у 42, по три — у 28, по четыре — у 20, по пять и более (до десяти) — у 19 женщин.

У 18 (7,8%) женщин при данной беременности имелись различные заболевания внутренних органов: хронический холецистит с частыми обострениями, митральная болезнь и ревматизм, очаговый туберкулез в фазе инфильтрации и в активной форме, зоб II степени, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и др.

При бимануальном исследовании установлено, что у 23 (10%) женщин беременность была сроком до 7 недель¹, у 54 (23,5%) — 8, у 42 (18,3%) — 9, у 59 (25,7%) — 10, у 33 (14,4%) — 11 и у 18 (7,8%) — 12.

С целью обезболивания у 163 (71,1%) женщин была смазана 2% раствором дикаина область наружного зева шейки, у 12 (5,2%) проведена двухсторонняя параметральная анестезия $\frac{1}{4}$ % раствором новокаина, и у 54 (23,5%) женщин операция проведена без обезболивания.

Вакуум создавался в пределах 0,2—0,7 атмосфер, причем у 145 женщин он был в пределах 0,2—0,6; у 50 — 0,3—0,6; у 30 — 0,4—0,6; у 4 — 0,2—0,7.

Объем отсоса из матки колебался от 50—60 мл до 350—400 мл в зависимости от срока беременности и величины плодного яйца. Операция в среднем длилась 3—5 минут.

Во время операции только у двух женщин наблюдалось кровотечение, остановленное введением сокращающих матку средств. У двух женщин при 11—12-недельном сроке беременности трубка закупорилась крупными частями плодного яйца. Дважды аппарат выходил из строя.

После каждой аспирации содержимого матки производилось контрольное выскабливание матки кюретками, при этом при малых сроках беременности у 6 женщин были удалены остатки хориальной ткани, у 9 при сроках беременности в 11—12 недель удалялись позвоночник, грудная клетка и другие крупные части плода. Оставление частей плодного яйца в матке при малых сроках беременности наблюдалось преимущественно в начале работы с вакуум-аппаратом.

Послеоперационный период протекал гладко у 213 женщин.

Из осложнений отмечено у 4 женщин образование гематометры, в связи с чем пришлось произвести выскабливание полости матки и удалить сгустки крови. У 4 женщин было подозрение на задержку в матке частей плодного яйца, и также было проведено выскабливание полости матки, у двух из них задержки частей плодного яйца не оказалось. После аборта острое воспаление придатков матки было у одной женщины, субинволюция матки у 2, и у 5 были катаральные явления верхних дыхательных путей.

До 3 суток в стационаре находились 215 женщин, от 4 до 9 дней — 14.

Спустя 1—1,5 месяца после операции нами были обследованы 184 женщины. После выписки у 45,1% из них наблюдались незначительные сукровичные выделения в течение 3—10 дней и у 14,6% кровавистые выделения были от 10 до 30—45 дней.

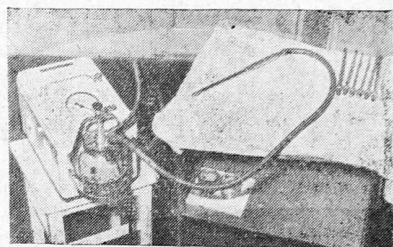


Рис. 1.

¹ До 8 недель производство искусственного аборта не рекомендуется. Прим. ред.

У 6 женщин было произведено выскабливание полости матки, из них у 2 по поводу плацентарных полипов. Менструальная функция восстановилась после аборта через 3—4 недели у 137, через 30—40 дней у 31 женщины. На день осмотра менструации не было у 16 женщин. У трех женщин обнаружен воспалительный процесс в области придатков матки.

Параллельно нами была обследована 71 женщина после аборта кюретажным способом, при этом оказалось, что незначительные мажущиеся сукровичные выделения из половых путей от 3 до 5—6—10 дней после выписки из стационара имелись и у этой группы женщин, однако жалоб на более длительные кровянистые выделения мы не встретили.

Через два месяца после операции нами осмотрены 127 женщин. Самочувствие их было вполне удовлетворительным. У 4 из них были явления дисфункции яичников, у 4 менструация еще не наступила, у одной наблюдалось подострое воспаление придатков. В результате нашего опыта мы приходим к заключению, что производство искусственного аборта с помощью вакуум-аппарата А. В. Зубеева заслуживает внимания акушеров-гинекологов, особенно крупных гинекологических стационаров. Метод прост, доступен, малотравматичен и малоболезнен. Однако при этом методе прерывания беременности, по нашим данным, в 5,6% при ранних сроках (до 9—10 недель) беременности и в 17,6% при сроке беременности в 11—12 недель не исключена возможность оставления в матке частей плодного яйца, что соответственно не исключает в сомнительных случаях необходимости ревизии матки кюретажным способом. В послеоперационном периоде, по нашим данным, нередко могут наблюдаться кровянистые выделения из половых путей длительностью от 3 дней до 1,5 месяцев, свидетельствующие, вероятно, о недостаточно активном сокращении матки или задержке в ней частей плодного яйца. В связи с этим при прерывании беременности данным способом следует после аборта не ограничиваться репонированием матки марлевыми шариками, а привести ее двуручным исследованием в нормальное положение и вызвать сокращение путем массирования, а также воздерживаться от ранней выписки из стационара. Для борьбы с абортами и их последствиями женским консультациям следует шире развернуть пропаганду по вопросам контрацепции. Как показал наш опрос, 74,2% оперированных женщин не применяют никаких противозачаточных средств.

Поступила 4 марта 1963 г.

НЕКОТОРЫЕ ПРОСТЫЕ СПОСОБЫ ОКРАСКИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ СРЕЗОВ

Проф. Г. Г. Непряхин

Кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Г. Г. Непряхин)
Казанского медицинского института

В больничных и других морфологических лабораториях повседневно используются разные способы окраски гистологических срезов, простые и экономные варианты некоторых из них мы предлагаем в этой статье.

1. Простая окраска раствором квасцового гематоксилина.

Приготовление раствора. На 100 мл отфильтрованного 5% раствора калийных квасцов берется 0,1 гематоксилина, после полного растворения которого (без подогрева) для ускорения созревания краски добавляется одна гранула (не более просяного зерна) йодоватокислого калия — КИО₃, а затем 0,1 тимола.

Окрашивание срезов (целлоидиновых, депарафинированных, замороженных). Срезы хорошо промываются дистиллированной водой. Окраска гематоксилином — 5 мин (свежим) или 3 мин (созревшим). Избыток краски сливается обратно для повторного использования. Промывка в 2 порциях водопроводной воды, а затем при надобности срезы докрашиваются эозином и доводятся до препарата. Ядра клеток получают лиловыми.

Этим же гематоксилином (вместо кармина) хорошо докрашиваются срезы, в которых выявлялся гемосидерин по Перлсу, а также после окраски липидов и липопротеидов растворами красных суданов (см. нашу работу, Арх. патол., 1963, 2).

2. Автоматическая окраска срезов железным гематоксилином и пикрофуксином.

Приготовление растворов (вместо используемых по способу Ван-Гизона):

— готовится 0,4% раствор гематоксилина на 96° спирте (вместо 1% раствора на 96° спирте по Вейгерту);