

наоборот, при неблагоприятном течении падало. Важно определение степени гипоальбуминемии, ее динамики и для оценки эффективности лечения. Критерием объективной оценки тяжести течения заболевания является также увеличение α_2 -глобулинов. Менее закономерны изменения α_1 -, β - и γ -глобулинов. Однако, оценивая значение изменений сывороточных протеинов при поздних токсикозах беременности, мы пришли к выводу, что нужно рассматривать всю протеинограмму в целом, несмотря на неодинаковое клиническое значение отдельных белковых фракций.

Мы предприняли попытку установить зависимость между проявлением отдельных клинических симптомов поздних токсикозов беременности и изменениями в белковой формуле сыворотки крови, воспользовавшись методом корреляционной статистики.

Нами обнаружена умеренная обратная зависимость между увеличением α_1 - и α_2 -глобулинов и повышением АД только в группе больных средней и тяжелой формами нефропатии. Подобная зависимость описана ранее (А. М. Королева и Е. W. Page).

Обратная умеренная зависимость установлена между степенью альбуминурии и содержанием общего белка сыворотки крови у больных средней, тяжелой формами нефропатии и эклампсией. Установлена также статистически достоверная обратная умеренная зависимость между содержанием альбуминов сыворотки крови и альбуминурией в подгруппе больных эклампсией.

Исследования показали умеренную обратную зависимость между содержанием альбуминов сыворотки крови и степенью отечности в подгруппах больных легкой формой нефропатии и эклампсией. В других подгруппах эта зависимость статистически не выявлена.

Умеренная и даже слабая зависимость между содержанием общего белка, альбуминов сыворотки крови и альбуминурией заставляет предполагать более сложный генез гипопроteinемии и гипоальбуминемии при поздних токсикозах беременности, связанный не только с потерей белка организмом, но и с нарушением нейрогуморальной регуляции, динамического равновесия тканевых и сывороточных белков, повышением сосудисто-тканевой проницаемости, использованием альбуминов плодом как пластического материала и с целым рядом других факторов, требующих дальнейшего изучения.

Таким образом, протеинограмма при поздних токсикозах беременности, несмотря на неспецифичность отражаемых ею изменений, может быть использована при сопоставлении с клиникой для оценки состояния больных и эффективности терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бавина М. В. Тер. арх., 1956, 3.— 2. Гугешашвили Ш. И. Вопр. мед. химии, 1955, 5.— 3. Гурвич А. Е. Лаб. дело, 1955, 3.— 4. Королева А. М. Акуш. и гинек., 1958, 5.

Поступила 28 марта 1963 г.

ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ И ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

И. Н. Николаев

Гинекологическое отделение (зав. — И. Н. Николаев) Чебоксарской республиканской больницы (главврач — И. Ф. Луньков)

Целесообразность образования искусственного влагалища при аплазиях и атрезиях влагалища не подлежит сомнению.

Был предложен ряд методов образования влагалища из различных отделов кишечника. Эти методы имеют ряд крупных недостатков и дают большой процент летальности¹.

За последние 2 года мы произвели 3 операции образования искусственного влагалища при врожденном его отсутствии. У двух женщин влагалище было создано из сигмовидной кишки, у одной — из околоплодных оболочек.

¹ От редакции: Ввиду опасности для жизни и здоровья женщин образование искусственного влагалища из кишечника при отсутствии матки не должно производиться. Могут быть применены только относительно безопасные способы образования влагалища (из кожи, плодных оболочек и пр.).

И. М., 30 лет, жалуется на постоянное выделение кала с момента выхода замуж (2 года). Менструаций никогда не было. Грудные железы развиты нормально, на лобке волосистость по женскому типу. Влагиалище отсутствует. На 2—3 см выше ануса прямая кишка разорвана; размер отверстия — 4×4 см, из фистулы выделяют-ся каловые массы.

Диагноз: отсутствие влагиалища, каловый свищ после полового сношения.

21/VII 1959 г. произведено ушивание прямокишечного свища. Больная в удовлетворительном состоянии 1/VIII выписана.

13/X нами произведено образование искусственного влагиалища из сигмы по методу Александрова и Гиговского. На 14 день больная в удовлетворительном состоянии выписана домой. Живет половой жизнью. Жалоб не предъявляет.

И. Г., 24 лет, поступила 2/V 1960 г. с жалобами на отсутствие менструации. Грудные железы развиты нормально. Волосистость на лобке развита по женскому типу. Наружные половые органы развиты нормально. Девственная плева цела. Отверстия в ней нет, влагиалище отсутствует. Через прямую кишку прощупываются матка и несколько увеличенные придатки.

12/V произведено образование искусственного влагиалища из сигмы по методу Александрова и Гиговского. 25/V больная в удовлетворительном состоянии выписана. Живет половой жизнью, жалоб не предъявляет.

И. Д. Арист, М. С. Цирульников, А. Д. Стекольников, С. С. Добротин и др. описали создание искусственного влагиалища из околоплодных оболочек. Этот метод более прост технически и не представляет опасности для жизни больной.

Мы произвели одну операцию по способу С. С. Добротина.

С. С. Добротин рекомендует за 4—5 часов до операции в роддоме стерильно брать послед у здоровой женщины в стерильную марлю, помещать в стерильную банку, которую держать на холоду.

К., 22 лет, поступила в декабре 1962 г. Замужем 5 месяцев. Менструаций никогда не было. Грудные железы и наружные половые органы развиты нормально. В последний год больная отмечает боли в низу живота ежемесячно по 3—4 дня. Влагиалище отсутствует. При исследовании через прямую кишку придатки с обеих сторон нормальных размеров, тело матки не прощупывается.

30/XII образовано искусственное влагиалище из плодных оболочек под общим эфирным наркозом.

Техника. У больной, лежащей на гинекологическом кресле в положении для влагиалищных операций, скальпелем рассекается слизистая входа во влагиалище в поперечном направлении; двумя пальцами расслаивается клетчатка между мочевым пузырем и прямой кишкой на глубину 10—12 см. После соответствующего гемостаза образованное ложе тампонируют марлей. Далее готовят протез для введения на нем в образованное ложе плодной оболочки.

Мы в качестве протеза использовали банную губку размером 5×5×12, протез был покрыт в один слой плодной оболочкой, амниальной стороной обращенной внутрь к стенке влагиалища, а хориальной — наружу. Приготовленный протез с плодными оболочками ввели в образованный канал, предварительно широко раскрытый зеркалами Куско. Наружный конец протеза с плодными оболочками фиксирован в четырех точках к стенке влагиалища шелковыми лигатурами. В мочеиспускательный канал введен постоянный катетер. В течение шести дней через губку вводили по 300 000 ед. пенициллина. На седьмой день протез-губка самостоятельно вышел. После этого ежедневно производили туалет влагиалища перекисью водорода и вставляли тугий тампон с мазью Вишневского. На 22 день больная выписана. При выписке влагиалище прощупало 2 пальца.

В данное время больная живет половой жизнью, жалоб не предъявляет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М. С. Акуш. и гинек., 1949, 1. — 2. Арист И. Д. Там же, 1956, 4. — 3. Витебский Я. Д. Там же, 1952, 2. — 4. Гиговский Е. Е. Там же, 1949, 1; 1955, 5. — 5. Добротин С. С. Сб. науч. раб., Горький, 1960, вып. 2. — 6. Дыхно А. М. и Стась З. Н. Акуш. и гинек., 1954, 1960, 1961 гг. — 7. Замятина З. И. Там же, 1955, 5. — 8. Стекольников А. Д. Там же, 1959, 2. — 9. Цирульников М. С. Там же, 1956, 4.

Поступила 20 марта 1963 г.