

У большинства больных имелись жалобы на боли, бели, дизурические расстройства, нарушения менструального цикла и бесплодие. Нередко наблюдалась комбинация этих страданий.

У 135 женщин были различные гинекологические заболевания (трихомонадные кольпиты, задние периметриты, воспаления шейки матки, тела и придатков ее, функциональные расстройства и бесплодие). У 106 (43,5%) женщин гонорей выявлена случайно (49 были клинически здоровыми, 46 были беременны, 8 находились в послеродовом периоде, 3 — после аборта). У всех этих женщин гонорей протекала бессимптомно, что лишний раз диктует необходимость тщательного обследования на наличие гонорейной инфекции всех без исключения женщин, обращающихся в акушерско-гинекологические учреждения.

Острая гонорей нижнего отдела диагностирована у 58 (24%) женщин, острая восходящая — у 29 (12%), хроническая гонорей нижнего отдела — у 127 (52,5%), хроническая восходящая — у 27 (11,5%).

Мы чаще всего применяли иммунобиологический метод провокации в сочетании с химическим и алиментарным. Кроме того, использовали так называемые биологические провокации (менструация, беременность) и физические методы (диатермия, ионофорез). После провокации мазки брали трижды — через 24, 48, 72 часа. Без применения провокаций гонококки были обнаружены у 166 (68,5%) женщин, после провокации — у 73 (30,5%). У 2 женщин (1%) гонококки были обнаружены после посева на баксреду. В 1-м мазке, без провокации, возбудитель был обнаружен у 126 (76%) женщин, от 2-го до 7-го мазка — у 40 (24%). После провокации гонококки были обнаружены в 1-м мазке у 36 (49,5%), во 2-м — у 17 (23,4%). У остальных 20 (27,1%) женщин возбудитель был обнаружен в 3—17-м мазках. Одну провокацию мы проводили 56 (72,5%) женщинам, две — 6 (8,2%), от трех до шести — 9 (19,3%).

155 (67%) больных гонореей лечились в консультации, остальные — в противовенерических учреждениях. При острой гонорее мы назначали антибиотики и сульфаниламиды, при хронической лечение начинали с применения гоновакцины в сочетании с молоком или с аутогемотерапией и заканчивали антибиотиками и сульфаниламидами. Наряду с этим проводилось и местное лечение (спринцевание влагалища, промывание мочевого пузыря, ванночки, лекарственные и жировые тампоны, физиотерапия). После лечения больные в течение 3 месяцев были под наблюдением. Все больные, лечившиеся в консультации, сняты с учета как выздоровевшие.

В консультации проводится также и обследование девочек, матери которых оказались больными гонореей. О выявленных контактах и о источниках заражения мы сообщаем в соответствующие противовенерические учреждения.

В консультации проводится также специальная санитарно-просветительная работа, направленная на борьбу с вензаболеваниями.

---

## РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

---

УДК 616—089.888.14

### ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ ДЛЯ ОПОРОЖНЕНИЯ МАТКИ ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ

*А. М. Фой и С. М. Швец*

(Саратов)

Несмотря на ряд опубликованных за последнее десятилетие клинических исследований, в методику неотложного освобождения полости матки от пузырного заноса, приводящего к интенсивной кровопотере, пока еще не внесено ничего нового. На основании многолетнего опыта мы полностью разделяем мнение о несовершенстве и трудностях как пальцевого, так и инструментального удаления пузырного заноса. Даже применение новых эффективных стимуляторов сократительной деятельности матки (окситоцин, ацеклидин, пахикарпин, винкаметрин и др.) не дает должного эффекта, и к оперативному удалению пузырного заноса или его остатков приходится прибегать почти всегда.

Именно поэтому за последние три года мы заменяли обычные приемы опорожнения матки при кровотечениях, вызванных пузырным заносом, вакуум-аспирацией. При этом мы руководствовались опытом нашей клиники по успешному выполнению искусственного аборта на 6—12-й неделе беременности посредством вакуум-аспирации (более 3000 операций). Вполне допустимо использование этого метода и для удаления остатков плодного яйца и для останковки дисфункциональных кровотечений. В нашей клинике для вакуум-аспирации используется аппарат, изготовленный электромеханическим заводом Мособлздравотдела и усовершенствованный в нашей клинике

С. М. Швецом, который добавил к прибору ножной педальный пульт управления и электромеханический регулятор величины вакуума.

Отрицательное давление до 0,5 атмосфер в полости матки создается постепенно, в течение 4—6 секунд. Вслед за введением в полость матки вакуум-трубки и созданием указанного отрицательного давления производятся безостановочные вращательные движения вакуум-трубки в одной плоскости вправо и влево на  $360^\circ$  без ее прикосновения к стенке матки. Для увеличения движущей разности давления  $P_1 - P_2$  ( $P_1$  — давление в полости матки,  $P_2$  — давление у отверстия вакуум-трубки) необходимо способствовать притоку атмосферного воздуха в полость матки. Это достигается низведением трубки до  $\frac{1}{3} - \frac{1}{2}$  просвета у ее торца за область наружного зева. Низведение трубки производится спиралеобразными движениями (также без прикосновения к стенкам матки). Таким же образом трубка быстро вводится обратно в полость матки.

Убедившись в эффективности такого метода для выполнения искусственного аборта и в отсутствии в удаленных частях плодного яйца волокон миометрия, а также в возможности уменьшения кровопотерь при вакуум-аспирации плодного яйца по сравнению с кровопотерей при выскабливании полости матки, мы применили вакуум-аспирацию для удаления из полости матки пузырного заноса.

Всего мы произвели вакуум-аспирацию пузырного заноса у 21 женщины. Со сроком беременности до 12 недель было 9 женщин, до 16 — 6, до 20 — 4 и до 24 недель — 2 женщины. У 18 больных матка была несколько больше, чем при том же сроке беременности у здоровой женщины, а у 3 больных отставала от обычных размеров органа, характерных для продолжительности аменорей.

У 13 больных были проявления раннего токсикоза.

У всех больных диагноз был подтвержден не только клиническими проявлениями пузырного заноса (отхождение перерожденных ворсин хориона, кровянистые выделения, несоответствие величины органа сроку задержки месячных и др.), но и биологической реакцией Галли — Майнини.

Ни у одной больной не было обнаружено проявлений деструктирующего пузырного заноса (резких болей внизу живота, асцита, локальной болезненности при пальпации отдельных участков матки).

У всех больных показанием для удаления пузырного заноса были кровотечения различной интенсивности — от умеренных до значительных и даже смертельно опасных.

Перед операцией вакуум-аспирации всем больным инъецировали питуитрин или окситоцин подкожно или в толщу шейки матки (5 ед.). В дальнейшем при необходимости обычным способом производили дилатацию шеечного канала расширителями Гегара до номера 10,5 — 12,5 (чаще всего шеечный канал свободно пропускал дилататор Гегара № 12). Затем в полость матки проводили вакуум-трубку, соединенную при помощи рукоятки с резиновым шлангом, который подключается к вакуум-аппарату для создания в полости матки отрицательного давления до 0,5 атмосфер. По описанной выше методике производили бережную аспирацию масс пузырного заноса вместе с другими тканями плодного яйца. Операция протекала почти безболезненно и не требовала анестезии. У всех женщин после аспирации было вполне удовлетворительное сокращение матки. Ни у одной из больных ни в процессе аспирации, ни после нее не возникало сколько-нибудь значительных кровопотерь. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений.

Во всех случаях было произведено тщательное гистологическое исследование удаленных масс, подтвердившее диагноз.

В послеоперационном периоде мы неоднократно ставили сперматурическую реакцию вплоть до получения отрицательного результата (на 8—10-й день), а также вели тщательное наблюдение за общим состоянием больной и состоянием гениталий во избежание несвоевременного распознавания хорионэпителиомы. Только у одной больной возникли двухсторонние лютеиновые кисты, исчезнувшие полностью через 17 дней после удаления пузырного заноса.

Вакуум-аспирация пузырного заноса отличается простотой техники, отсутствием трудностей при опорожнении матки, небольшой кровопотерей. Совершенно естественно, что она не может предотвратить опасностей, свойственных оперативному удалению деструктирующего пузырного заноса, и при подобном подозрении производство вакуум-аспирации является совершенно недопустимым, но при неосложненных формах заболевания вакуум-аспирация, по нашим предварительным данным, полностью устраняет трудности и опасности, свойственные всем другим видам оперативного вмешательства, предпринимаемого в целях удаления из матки пузырного заноса. Конечно, для окончательных выводов нужен анализ большего количества наблюдений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беккер С. М. Патология беременности. Медицина, М., 1964. — 2. Гентер Г. Г. Учебник акушерства. ОГИЗ, М., 1937. — 3. Брауде И. Л. и Персианинов Л. С. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. Медгиз, М., 1962. — 4. Жмакин К. Н. и Сыроватко Ф. А. Акушерский семинар. Медгиз, М., 1960.