

В остальных 9 наблюдениях клиническое течение заболевания не вызывало сомнений. Во всех случаях отмечалось усиление болей в момент шевеления плода.

Ввиду малого числа наблюдений настоящее сообщение следует рассматривать как предварительное; совершенно очевидно, что нет основания переоценивать указанный симптом. Однако следует иметь его в виду при постановке диагноза у больных во второй половине беременности, поступающих с подозрением на острый аппендицит.

УДК 616—005.6—616—005.7—618.2

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ «ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ»

О. А. Королькова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

При анализе статистических материалов в аспекте общебольничной летальности Б. П. Кушелевский и Е. Д. Шмидт отметили, что тромбозы и эмболии чаще всего наблюдаются у женщин. К этому же выводу в своих наблюдениях пришли Фар, Мартини и др. Преобладающую частоту тромбоэмболий у женщин следует объяснить, по-видимому, дополнительной нагрузкой на сосудистую систему женского организма (особенно в области органов малого таза и нижних конечностей) в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом.

Д. П. Павловский, разработав протоколы секций пяти крупных прозектур клинических больниц общего профиля г. Киева за 10,5 лет (1951—1961), нашел, что почти у каждого пятого больного, умершего после операции главным образом на брюшной полости и тазе, обнаружены тромбы и эмболы.

Считают, что операционная травма, извращая физико-химические и биохимические свойства крови и прежде всего ее свертывающую и антисвертывающую системы, является ближайшей причиной или разрешающим фактором возникновения тромбоэмболий. Поэтому для своевременного выявления и устранения этих состояний особый смысл приобретает изучение в динамике отдельных компонентов свертывающей системы крови и их нормализация с помощью антикоагулянтов.

Приводим наше наблюдение над беременностью и родами при «тромбоэмболической болезни» с благоприятным исходом при раннем применении антикоагулянтной терапии.

Е., 35 лет, поступила в родильное отделение 4/II 1963 г. с диагнозом: флебит подкожных вен левого бедра. Беременность 36—37 недель.

Жалобы на боли в области левого бедра. При пальпации по ходу вен определяется плотный болезненный тяж. Цвет кожных покровов не изменен. Пульс 78. АД — 110/70 мм. Со стороны внутренних органов грудной клетки отклонений от нормы не отмечено. Органы брюшной полости в пределах нормы. Наружные и внутренние размеры таза нормальны. Э. — 4 210 000. Протромбин крови 112%, свертываемость по Бюркеру на 2-й минуте. Выявлен флебит подкожных вен левого бедра. Назначены: стрептоцид по 0,6 3 раза в день, компресс с мазью Вишневского и шинирование нижней конечности. 14/II у больной было носовое кровотечение, остановленное тампонадой и кровоостанавливающими средствами. 18/II в 13 час. внезапно появилась резкая одышка, боли в груди, цианоз и выраженная тахикардия. Пульс — 110, нитевидный, слабого наполнения, аритмичный. АД — 80/60 мм. Заподозрена эмболия легочной артерии. Назначен кислород для дыхания, кардиамин и микстура Лианори. Состояние больной оставалось тяжелым в течение 1,5 суток. Боли в левой нижней конечности нарастали. 20/II появилось чувство одеревенения в области бедра. Левая нога равномерно синюшного цвета, увеличена в объеме, теплая, пульс на бедренной артерии не пальпируется. Окружность средней трети левого бедра — 59 см, правого — 53 см; окружность средней трети левой голени — 40 см, правой — 34 см. Пульс 120. Жалуется на схваткообразные боли внизу живота. Установлен острый тромбоз глубоких вен левого бедра. Рекомендованы антикоагулянты и прерывание беременности путем кесарева сечения. В тот же день после консилиума было решено вести больную консервативно с применением антикоагулянтов. Назначены: постельный режим, стрептомицин по 250 тыс. ед. 2 раза в день внутримышечно, норсульфазол по 1,0 через 4 часа, салициловый натрий по 0,5 3 раза в день и дикумарин по 0,01 3 раза в день в течение 3—4 дней с последующим его применением в дозе, соответствующей протромбиновому показателю и объективным данным.

24/II состояние больной несколько улучшилось, но она жалуется на слабость, кашель с выделением гнойной мокроты. Боли в левой нижней конечности беспокоили меньше. Содержание протромбина крови снизилось до 89%. Пульс 98, АД — 90/70 мм. Окружность средней трети левого бедра — 60 см, правого — 50 см; окружность средней трети левой голени — 39 см, правой — 30 см.

Дикумарин по 0,01 два раза в сутки.

25/II протромбин крови 106%, 27/II — 92%, 28/II — 92%. 30/II лечение дикумарином прекращено. К 5/III протромбин крови снизился до 68%. Боли в левой ноге стихли, хотя отек еще держится. Одышки нет. Общее состояние удовлетворительное.

7/III в 4 часа началась регулярная родовая деятельность. АД 110/70 мм, пульс 88, удовлетворительного наполнения. С целью профилактики кровотечения назначен викасол по 0,015 3 раза в день. В 20 час. 45 мин. отошли мекониальные воды. В первом периоде родов наблюдалась первичная слабость родовой деятельности. Проведена стимуляция карбохолином, затем прозерином на фолликулиновом фоне. С целью сокращения длительности второго периода родов, который продолжался 45 мин., произведена эпизиотомия и наложены шипцы на головку ребенка по Иванову.

8/III в 12 час. 45 мин. родилась живая доношенная девочка, весом 2500,0, длиной 52 см. Через 20 мин. выделился целый послед. На разрыв шейки матки наложены кетгутовые швы. Промежность восстановлена. Общая кровопотеря 500 мл.

Количество протромбина в крови 9/III — 84%, 11/III — 91%, 19/III — 97%. После-родовой период протекал без осложнений.

С 9 по 13/III по назначению хирурга родильница получала фенилин по 0,01 2 раза в день. На 20-й день после родов (28/III) переведена в хирургическое отделение для дальнейшего лечения и 20/IV 1963 г. была выписана в удовлетворительном состоянии. Мать и ребенок находились под наблюдением женской консультации. Через восемь месяцев состояние матери и ребенка вполне удовлетворительное.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бганцев Н. И. Хирургия, 1960, 9. — 2. Зайцев Г. П. Тромбофлебиты. Медгиз, М., 1947. — 3. Корнман И. Е., Самохин Е. Ф. Одесск. мед. ж., 1927, 6. — 4. Костин Н. С. Хирургия, 1960, 9. — 5. Кушелевский Б. П. и Шмидт Е. Д. Клин. мед., 1958, 5. — 6. Кушелевский Б. П. Очерки по антикоагулянтной терапии. Медгиз, М., 1958. — 7. Михайлов В. П. и Терехова А. А. Акуш. и гин., 1957, 5. — 8. Павловский Д. Н. Клин. хир., 1963, 2. — 9. Струков А. И. и Васильева Н. Н. Хирургия, 1958, 10. — 10. Тахавиева Д. Г. и Лихтенштейн А. О. Хирургия, 1963, 9.

УДК 616—089.844—616—13—616—14

АЛЛОПЛАСТИКА ТРАВМИРОВАННОЙ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

Ф. С. Юсупов и Ф. Ш. Бахтиозин

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

К., 42 лет, был доставлен 7/XII 1963 г. через час после травмы. Диагноз: открытый многооскольчатый перелом нижней трети левой бедренной кости с массивным повреждением мягких тканей, размождением и тромбозом подколенной артерии на значительном протяжении; травматический неврит левого седалищного нерва с параличом стопы; шок II ст.

При поступлении АД 100/75 мм, сухожильные рефлексы вялые. Кожные покровы левой голени бледны, холодны на ощупь. В подколенной области рана 5×3 см с отслойкой кожи на протяжении 10 см. Патологическая подвижность в нижней трети левого бедра, крепитация отломков. Пульсация а. tibialis posterior et a. dorsalis pedis на левой конечности не определяется, активные движения в стопе отсутствуют.

Проведен комплекс противошоковых мероприятий. После достижения стабилизации показателей гемодинамики и выведения из шока (через 3,5 часа с момента поступления) под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом (анестезиолог З. В. Нахрова) произведена первичная хирургическая обработка раны, остеосинтез бедренной кости металлическим штифтом, протезирование подколенной артерии териленовым сосудистым протезом. Сосудистый шов накладывали ручным способом по Каррелю. Сосудистый протез был заполнен цитратной кровью. Диффузное кровоотечение из стенок сосудистого протеза прекратилось через 2—3 мин. Анастомоз оказался состоятельным, пульсация сосудистого протеза и дистального отдела подколенной артерии была отчетливой. Конечность потеплела, пульсация задней большеберцовой артерии и на тыле стопы определяется ясно.

Рана зажила вторичным натяжением, так как развился значительный отек и швы были частично распущены.

В январе 1964 г. К. перенес инфекционный гепатит. В этот период сосудистый протез пролябировал в рану, и пульсация его наблюдалась визуально. Через 3 месяца с момента операции сосудистый протез перестал функционировать ввиду наступившего тромбоза на месте анастомоза, но кровообращение в конечности не нарушилось благо-