

От тела матки слева отходит рудиментарный рог величиной с гусиное яйцо. Боковая стенка рога разрушена ворсинками хориона, через нее пролабирует плодное яйцо величиной с 14-недельную беременность. Левая труба, отходящая от рудиментарного рога, без особенностей. Правые придатки и левый яичник не изменены. При попытке выведения плодного яйца в рану оболочки разорвались, излились воды, выпал плод (длина 21 см, вес 177,0), сделавший несколько дыхательных движений. Произведено иссечение рудиментарного рога матки с удалением левой трубы. Послеоперационный период осложнился абсцессом заднего Дугласова кармана. Кольпотомия. Выписана 31/VIII 1963 г. в хорошем состоянии.

Лечебное учреждение, где больная находилась в июне 1963 г. по поводу прерывания беременности, не имело права выписывать ее при неустановленном диагнозе и не исключив беременность биологическими методами.

Поступила 14 февраля 1964 г.

ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Г. Г. Сунрутская

Зеленодольский родильный дом (главврач — К. Ф. Буртасовская)

Шеечная беременность встречается редко и относится к одной из тяжелейших форм акушерской патологии.

Форма шеечной беременности зависит от того, где имплантируется яйцо. Если прикрепление плодного яйца происходит целиком в шеечном канале, говорят о шеечной беременности, если в плодное ложе вовлекается и перешеек — о шеечно-перешеечной беременности. Это различие только анатомическое и не влияет на клиническое течение.

Первые недели шеечной беременности протекают без осложнений, в дальнейшем возникают кровотечения. Можно отметить три симптома, которые не всегда бывают выражены: эксцентрическое расположение зева, сглаживание шейки матки и кровотечение.

В большинстве случаев вначале диагностируется неполный аборт. При выскабливании полости матки начинается профузное кровотечение, не прекращающееся, а даже усиливающееся при тщательном выскабливании.

Диагноз ставится с опозданием нередко на операционном столе или даже на секции.

Большинство авторов рекомендуют радикальное вмешательство — экстирпацию матки. Операция должна быть проведена своевременно во избежание развития острой кровопотери, перфорации шейки матки и других осложнений.

Приводим наше наблюдение.

Н., 32 лет, поступила 29/I-64 г. в 18 часов с жалобами на кровянистые выделения в умеренном количестве. Последняя менструация с 18—22/I-64 г. в срок, обычная. С 24/I появились кровянистые выделения в умеренном количестве. Отмечает тошноту, прихоти. Беременность отрицает.

В феврале 1963 г. находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении с диагнозом «дисфункция яичников». Сделано диагностическое выскабливание.

Влагалище без особенностей, шейка цилиндрической формы, очень мягкая. Слева определяется выпячивание. Матка увеличена до 9—10 недель беременности, плотная, безболезненная. Своды свободные, придатки не определяются. Зев пропускает кончик пальца, в зеве определяется ткань, выделения кровянистые, скудные.

Диагноз: «неполный самопроизвольный выкидыш» (?).

Решено сделать выскабливание. После зондирования началось сильное, струйное кровотечение. Без обезболивания и без расширения шеечного канала кюреткой средних размеров произведено выскабливание. Удалена хориоанальная ткань. При хорошо сократившейся матке продолжается профузное кровотечение. Тщательно высоблена область шейки, в шейку матки введено 1,0 окситоцина, задний свод обработан эфиром, произведена тугая тампонада шейки и влагалища, начато переливание крови. Тампон быстро и обильно промок кровью.

При повторном обследовании (ввиду непрекращающегося кровотечения) обнаружено: за наружным зевом слева определяется ниша, заполненная сгустками крови, стенки шейки очень тонкие, определяется расслоение мышечного слоя.

Диагноз: «шеечная беременность, профузное кровотечение».

Произведена повторная тугая тампонада шейки и влагалища, больная взята на операционный стол. В 19 часов под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией и под непрерывным переливанием крови произведена экстирпация матки без придатков. Перелито 1700 мл крови и 500 мл протившоковой жидкости.

Описание препарата. Тело матки увеличено до 9—10 недель беременности. На разрезе — стенка матки толстая, усеянная мелкими фиброматозными узлами. Полость матки без следов прикрепления плодного яйца; стенки шейки и перешейка истончены, растянуты. Слева в области шейки и перешейка ясно видны следы прикрепления плодного яйца.

Гистологическое исследование: эндометрий полости тела матки изменен как при беременности. В области перешейка и канала шейки матки на внутренней стенке остатки плацентарной ткани.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление операционной раны первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии на пятнадцатые сутки.

Поступила 25 февраля 1964 г.

О Б З О Р

ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Канд. мед. наук Ю. Л. Милевская

(Москва)

По мере накопления опыта возникают все новые и новые проблемы антибиотикотерапии; к ним относятся: 1) совершенствование и освобождение от побочных явлений старых, испытанных антибиотиков; 2) создание новых, качественно отличных препаратов; 3) разработка условий и средств, повышающих лечебный эффект антибиотиков.

1. Совершенствование уже известных антибиотиков. Особое внимание уделяется совершенствованию антибиотиков пенициллинового ряда, поскольку с ценными свойствами они обладают и рядом дефектов; так пенициллин нестойк и быстро разрушается в кислой среде (что исключает его пероральное применение), спектр действия его ограничен грамположительной флорой, и, наконец, он разрушается ферментом пенициллиназой, продуцируемой некоторыми штаммами стафилококков, что способствует возникновению устойчивости к нему микроорганизмов.

Исследования последних лет направлены на создание новых пенициллинов, освобожденных от этих дефектов.

Особый интерес в этом плане представляют новые полусинтетические пенициллины. В течение 20 лет единственным источником получения пенициллинов являлся биосинтез на основе использования культур гриба. Но химикам удалось не только расширять строение многих антибиотиков, но и разработать методы их получения синтетическим путем, более дешевым и менее трудоемким, чем биосинтез. Целенаправленное получение пенициллинов, обладающих заданными свойствами, стало возможным только после открытия 6-аминопенициллановой кислоты. Появилась перспектива создания самых разнообразных пенициллинов, так как были установлены и расшифрованы взаимосвязи между химической структурой и биологической активностью различных пенициллинов. С 1959 г. (когда Bathelot и сотр. открыл 6-аминопенициллановую кислоту) были созданы тысячи полусинтетических пенициллинов с различными свойствами. Многие из них обладают таким преимуществом, как устойчивость в кислой среде и к пенициллиназе. Это селбенин (метициллин), простафлин (оксидиллин), орбенин, броксил и др. Один из полусинтетических пенициллинов — ампициллин обладает спектром тетрациклина, то есть эффективен при инфекциях, вызванных не только грамположительной, но и грамотрицательной флорой. Как показали экспериментальные и клинические испытания, полусинтетические пенициллины обладают большими преимуществами и высокой эффективностью.

Однако это не означает, что биосинтетические пенициллины должны быть изъяты из медицинской практики. В настоящее время они улучшаются и совершенствуются в двух основных направлениях — изыскиваются возможности пролонгирования их действия и освобождения их от аллергизирующих свойств.

Создание дюрантных препаратов пенициллина (бициллинов) позволяет сократить количество суточных инъекций и удлинить интервалы между ними. Широко известность и признание в профилактике ревматизма получили бициллины (1, 2, 3), созданные из комбинаций обычного пенициллина и новокаиновой соли его. Такая комбинация дает возможность получения высокой концентрации за счет обычного пенициллина, а затем поддерживать достаточный уровень в крови постепенным рассасыванием медленно растворяющегося препарата пенициллина (новокаиновой соли, бензилпенициллина, дибензилэтилендиамина и пр.). Большого внимания заслуживает последний из препаратов пролонгированного действия — бициллин-5 (1 200 000 ед. бициллина и 300 000 ед. новокаиновой соли), обеспечивающий терапевтическую концентрацию на протяжении 30 дней. Это свойство особенно ценно для больных ревматизмом, так как позволяет ограничиться 1 инъекцией в 3—4 недели.

Высокая аллергизирующая способность пенициллина является его большим недостатком и требует от клиницистов особой бдительности. Поэтому большой интерес представляет неаллергенный пенициллин — алмециллин, обладающий всеми достоин-