

стрептомицин в моче в высоких концентрациях находится более продолжительное время, чем изониазид. Динамика выделения с мочой стрептомицина при парацервикальном введении резко отличается от экскреции при внутримышечном введении. При парацервикальном введении мы наблюдали скачкообразное выделение. Эти результаты свидетельствуют о более длительной задержке препарата в очаге поражения, то есть о его более эффективном местном действии.

На фоне применения ультразвука содержание стрептомицина в моче в первые часы после парацервикального введения было выше, чем без ультразвука ($P < 0,05$). Это позволяет говорить об ускорении всасывания препарата с места введения. Наши данные подтверждаются исследованиями о влиянии ультразвука на активизацию диффузионных процессов вследствие вазодилаторных его свойств.

Кроме этих исследований, мы изучали всасываемость антибактериальных препаратов через брюшную стенку при воздействии ультразвука. В качестве контактного вещества применяли 10% изониазидовую и 10% стрептомициновую мази. На озвучиваемое поле наносили 5 г мази (содержание антибактериального препарата — 0,5 г). Активный ГИНК и стрептомицин определяли описанными выше биохимическими реакциями в суточном количестве мочи и в моче, собранной фракционно. При этом нам не удалось выявить антибактериальных препаратов в моче.

Наши исследования показали, что скорость всасывания и выведения изониазида не зависит от метода его введения. Скорость всасывания стрептомицина при парацервикальном введении несколько замедлена; озвучивание больных ультразвуком не влияет на суточное выделение стрептомицина; всасывание изониазида и стрептомицина под влиянием ультразвука ускорено при парацервикальном введении.

Анализ лабораторных и клинических наблюдений позволяет нам рекомендовать для лечения генитального туберкулеза парацервикальное введение антибактериальных препаратов на фоне ультразвука как метода, обеспечивающего лучшее проникновение лекарственного вещества в очаги поражения. Под влиянием сосудорасширяющих и разрыхляющих фиброзную ткань свойств ультразвука, по-видимому, происходит ускорение всасываемости препаратов с места их введения.

УДК 616—С07.253—618.146—618.15

ЭТИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ШЕЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Доктор мед. наук И. К. Вацнадзе

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав.— доц. И. И. Семенова) I Ленинградского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. акад. И. П. Павлова

Шеечно-влагалищные свищи формируются на фоне различных повреждений шейки матки, в том числе и ее центральных разрывов. Хотя эти фистулы встречаются относительно редко, однако они могут приводить к серьезным последствиям — недонашиванию беременности, воспалению придатков матки, бесплодию. Несомненно, что профилактика возникновения этих свищей, которой в литературе уделено мало внимания, позволит значительно уменьшить число таких больных.

Причины возникновения свищей мы выясняли на основании не только анамнеза, но и объективных данных.

У всех наблюдавшихся нами больных свищи имели только акушерскую этиологию. Инструментально-травматическая причина их возникновения (78,7% больных) преобладала над спонтанной (см. табл.).

| Причины возникновения свищей | Число больных | |
|--|---------------|------|
| | абс. | % |
| Аборты внебольничные | 176 | 68,2 |
| больничные | 27 | 10,5 |
| самопроизвольные | 8 | 3,1 |
| Осложнения в родах и после них | 19 | 7,3 |
| Причины не установлены | 28 | 10,9 |
| Всего | 258 | 100 |

Для профилактики шеечно-влагалищных свищей наибольший врачебный интерес представляют те женщины, у которых причиной образования свища явился не внебольничный аборт (ибо механизм возникновения здесь сравнительно прост и меры профилактики известны), а те больные, у которых этиологическим фактором явились повреждения шейки матки как во время спонтанного аборта и родов, так и при производстве искусственного аборта в больничных условиях. Они были у 54 (20,9%) больных.

Из 27 женщин, у которых свищи возникли в результате искусственного аборта, произведенного в медицинских учреждениях, 23 были первобеременными. Из этих 27 больных у 8 искусственный аборт был произведен по медицинским показаниям при беременности свыше 12 недель. Среди них у 5 женщин центральные разрывы задней стенки шейки матки возникли после заоболочечного вливания жидкости. Один из них произошел в клинике I ЛМИ в 1954 г. при врачебном наблюдении у первобеременной 19 лет (беременность 16 недель), имевшей явные признаки инфантилизма. Через 30 часов после вливания вслед за сильными схваткообразными болями последовал выкидыш. При осмотре наружный маточный зев пропускал палец, а в заднем своде обнаружено свежее раневое отверстие (центральный разрыв шейки), свободно пропускавшее 3 пальца. Через месяц сформировался шеечно-влагалищный свищ. Никаких затруднений при выполнении заоболочечного вливания не было. Поэтому можно предположить, что центральный разрыв шейки матки возник вследствие ригидности дистального отдела шейки на почве инфантилизма. У части же других больных механизм разрыва, по-видимому, был двояким: неглубокая травма шейки матки при расширении цервикального канала и разрыв шейки в этом месте наименьшего сопротивления под влиянием изгоняемого плодного яйца при ригидном наружном зеве. При искусственном же больничном аборте ранних сроков инструментально-травматическая причина повреждения шейки матки несомненна. Важным признаком инструментально-травматического повреждения является его локализация чаще на боковой стенке шейки, в то время как самопроизвольный центральный разрыв шейки возникает, как правило, на задней стенке. Имеет значение и форма повреждения шейки или шеечно-влагалищного свища: продольное расположение или неправильная форма свидетельствуют скорее об инструментально-травматической причине, а поперечное расположение или круглая форма — о самопроизвольном возникновении.

Благоприятным фоном для инструментально-травматической, сочетанной и самопроизвольной причин развития подобных повреждений является инфантилизм, встретившийся у $\frac{3}{4}$ больных.

На нашем материале спонтанное возникновение центральных разрывов шейки матки после аборта с формированием шеечно-влагалищных свищей было у 8 больных. У всех женщин самопроизвольные аборты были поздними (свыше 12 недель), причем у 6 имелись признаки инфантилизма, которому придается большое значение в возникновении центральных разрывов шейки (гиперантефлексия матки, узкая неподатливая шейка). Возникновение самопроизвольных разрывов при выкидышах сроком более 12 недель объясняется началом формирования нижнего сегмента матки, который и является местом наименьшего сопротивления.

У 19 женщин свищи сформировались после родов. 10 свищей явилось следствием самой частой и простой причины — неполного заживления зашитых типичных разрывов шейки матки. У остальных женщин была более редкая причина — самопроизвольное образование центральных разрывов шейки во время родов. У всех беременность была первой, многие были пожилыми или «старыми» первородящими и имели

признаки инфантилизма. Несомненно, что последний является благоприятным фоном для возникновения не только центральных, но и любых разрывов шейки матки. У 28 больных причины возникновения свищей оказались неясными.

Одной из редких причин возникновения шеечно-влагалищных свищей служат частичные циркулярные отрывы влагалищной части шейки матки во время родов.

Разобрав этиологию и механизм возникновения шеечно-влагалищных свищей, перейдем к мерам их профилактики.

1. При производстве операции искусственного аборта на ранних сроках беременности следует педантично соблюдать правила выскабливания, особенно у первобеременных женщин с признаками инфантилизма; при поздних же сроках (консервативные методы — метрейриз, заоболочечное вливание) необходимо, помимо этого, в течение аборта, особенно в его конце, при наличии сильных, болезненных схваток, произвести внутреннее исследование. Наступлению центрального разрыва задней стенки шейки матки обычно предшествует картина так называемого «шеечного аборта». Если плодное яйцо не в силах преодолеть сопротивление ригидного наружного зева, то оно разрывает заднюю стенку шейки. Во избежание этого при шеечном аборте проводят следующие мероприятия: инъекции спазмолитиков (атропин, но-шпа, промедол и др.), новокаина, обкалывание шейки матки лидазой, расширение дистальной части шейки матки расширителями Гегара.

2. При спонтанном аборте (обычно в поздние сроки беременности), как и при позднем аборте по медицинским показаниям, надо активно следить за течением аборта и в случае необходимости проводить те же мероприятия.

3. Во время родов и после них «у старых» и пожилых первородящих женщин, особенно с признаками инфантилизма, а также у повторнобеременных с наличием в анамнезе различных операций на шейке матки и искусственных абортов надлежит внимательно следить за раскрытием наружного маточного зева. При непрогрессировании раскрытия следует применить спазмолитики, введение лидазы, пальцевого расширения наружного зева, а в крайнем случае — его насечки. Наступлению центрального разрыва задней стенки шейки матки, как и при самопроизвольном аборте поздних сроков, предшествует картина угрожающего разрыва: наружный маточный зев смещается кпереди, задняя стенка баллонообразно увеличенной шейки выпячивается и истончается. Наличие типичных, продольных разрывов шейки матки требует тщательного соблюдения всех правил их зашивания.

Необходима всесторонняя борьба с абортом, как с главным источником возникновения шеечно-влагалищных свищей.

УДК 616.981.42:636.2—615.38/39

ПРЯМОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ СЕПСИСЕ ПОСЛЕ КРИМИНАЛЬНОГО АБОРТА

Канд. мед. наук А. Е. Маркман, Э. Л. Грицевская

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— канд. мед. наук А. С. Пекки)
Петрозаводского университета им. О. В. Куусинена, родильный дом г. Петрозаводска
(главрач — А. Я. Мартинен)*

Прямое переливание крови производилось нами 12 раз у 5 больных. У всех больных септическое заболевание развилось после введения в полость матки катетера, мыльного раствора, раствора фурациллина, марганцовокислого калия. При поступлении больные жаловались на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры до 39°. При обследовании в стационаре у всех больных отмечались яв-