

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-

ления гнойного метро-эндометрита, гнойные выделения из влагалища, явления септицемии и септикопиемии, а у 2 — явления септического перитонита и панметрита, что потребовало экстирпации матки с трубами.

Несмотря на массивную антибиотикотерапию (внутривенно пенициллин 20 млн. в сутки, метациллин 4,0 в сутки, олеандомицин 4 млн. в сутки), состояние больных оставалось тяжелым, сохранялась выраженная анемия, гипопротеинемия (общий белок крови 4,5—5%), гипокальциемия (6,7 мг%), гипонатриемия (290 мг%) и гипокальциемия (в плазме 12,5, в эритроцитах 336 мг%). У 2 больных сепсис сопровождался пневмонией, гнойным плевритом, а у 1 наступил спонтанный пневмоторакс. Всем больным с целью борьбы с гипопротеинемией и нарушениями водно-электролитного обмена были сделаны прямые переливания крови, в том числе одной — 6 раз и одной — 3 раза. Переливание проводили в реанимационно-восстановительной палате непосредственно от донора к реципиенту по методике Брауна, в количестве 200—300 мл крови за раз.

После прямых переливаний крови состояние больных значительно улучшалось, удавалось быстро ликвидировать явления гипопротеинемии, гипокалиемии и гипокальциемии.

У 2 женщин септическое заболевание сопровождалось внутрисосудистым гемолизом с выраженным поражением печени и почек (билирубин крови 9,9 мг% по Боккальчуку, в моче белок — 4,95%). Этим больным трижды производили заменное переливание свежестигматной крови, внутривенное введение маннитола, благодаря чему удалось остановить внутрисосудистый гемолиз и купировать явления относительной почечной недостаточности.

Выраженная гипопротеинемия (общий белок крови — 4,3%), анемия (гем. — 54 ед.) исчезли после двукратного прямого переливания свежей донорской крови и сухой плазмы.

Благодаря проведенным мероприятиям удалось добиться выздоровления всех больных, несмотря на то, что септический процесс носил тяжелый характер. По-видимому, большую роль в успехе лечения сыграло прямое переливание крови, которое устраняло нарушения водно-солевого, белкового обмена и повышало защитные силы организма, поэтому прямое переливание крови следует гораздо шире применять у больных с генитальным сепсисом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багдасаров А. А., Гуляев А. В. Переливание крови. Медгиз, М., 1951.
2. Бакшеев Н. С. Маточные кровотечения в акушерстве. Киев, 1966.
3. Беркутов А. Н., Корчанов Л. С., Ярославцева Н. А., Бочарова Д. И. Воен. мед. журн., 1962, 5.
4. Добриков О. В., Аничков М. Н., Будаговский М. Г. Там же, 1969, 12.
5. Жмакин К. Н. Вопр. охр. мат. и дет., 1971, 4.
6. Филатов А. Н., Карташевский Н. Г., Кузьмин В. А. Вестн. хир., 1968, 8.
7. Sorensen D. K., Bond V. P., Cronkite E. P., Remon. Rad Researh., 1960, 13, 5, 669—685.

УДК 616—055.2—602

О СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ

В. Я. Перепелица

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. А. М. Фой) лечебного факультета Саратовского медицинского института

Как известно, воспалительные заболевания половых органов женщины продолжают оставаться актуальной проблемой, особенно в профилактическом плане. Число женщин, обращающихся по этому поводу в лечебные учреждения, чрезвычайно велико.

Мы наблюдали 637 больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. У 5 из них (0,8%) был метроэндометрит, у 583 (91,47%) — сальпингооофорит, у 12 (1,9%) — периметрит, у 1 (0,1%) — экссудативный параметрит, у 33 (5,2%) — экссудативный пельвиоперитонит и у 3 (0,47%) — перитонит.

Из 583 больных сальпингооофоритом 230 (39%) заболели впервые и поступили в острой или подострой стадиях заболевания. 353 (61%) больных поступили в хронической стадии процесса, из них 239 — в стадии обострения. У 118 женщин отмечены частые рецидивы болезни на протяжении от 3 до 17 лет, чаще всего связанные с наличием воспалительных мешотчатых опухолей, дающих обострение под влиянием целого ряда общеизвестных неблагоприятных факторов. У 114 больных обнаружено хроническое течение заболевания без явлений обострения, но с наличием спаек и тяжелей. Причину возникновения и обострения своего заболевания 150 (23,5%) женщин