

сии плода. Теоретические положения и экспериментальные данные, а также наш скромный опыт применения аминазина при лечении внутриутробной асфиксии плода подтверждают сказанное.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминазин. Москва, 1959. — 2. Вихляева Е. М. Акуш. и гинек., 1957, 1. — 3. Персианинов Л. С. Акуш. и гинек., 1957, 5. — 4. Лабори А., Гюгенар П. Гибернотерапия в медицинской практике. М., 1956.

Поступила 12 марта 1959 г.

СВИЩИ ПОЛОВОГО АППАРАТА ЖЕНЩИНЫ ПО МАТЕРИАЛАМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ КАЗАНСКОГО ГИДУВа за 1946—1956 годы

Канд. мед. наук А. З. Уразаев

Из акушерско-гинекологической клиники (зав.—проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

За период с 1946 по 1956 гг. (за 11 лет) в клинике находились на излечении 128 женщин с половыми свищами, что составляет 0,38% по отношению к общему числу госпитализированных. По материалам нашей клиники, относящимся к 1920—1935 гг., этот процент был значительно выше — 1,12%.

Из 128 свищей 125 (98,0%) были травматическими и 3 (2,0%) — неоплазматическими. Из 125 травматических свищей 84 (67,2%) были акушерскими, 37 (29,6%) — хирургическими, 2 (1,6%) — случайно травматическими, и 2 (1,6%) образовались после лучевой терапии.

С пузырно-влагалищными свищами было 78 женщин (60,9%), с мочеточниково-влагалищными — 27 (21,1%), с уретро-пузырно-влагалищными 13 (10,2%), с прямо-кишечно-влагалищными — 4 (3,1%), с комбинированными пузырно-влагалищными и прямо-кишечно-влагалищными — 3 (2,3%), с уретро-влагалищными — 2 (1,6%) и с пузырно-влагалищно-шеечным — 1 (0,8%).

До 20 лет было 4 женщины (3,1%), от 21 до 25 лет — 9 (7,0%), от 26 до 30 лет — 19 (14,0%), от 31 до 35 лет — 15 (11,7%), от 36 до 40 лет — 23 (18,0%), от 41 до 45 лет — 27 (22,0%), от 46 до 50 лет — 16 (12,5%), и свыше 50 лет — 15 (11,7%).

Первородящих было 38, многорожавших — 89, и 1 нерожавшая.

Акушерские свищи

У 65 больных были пузырно-влагалищные свищи, у 12 — уретро-пузырно-влагалищные, у 2 — прямокишечно-влагалищные, у 2 — уретро-влагалищные, у одной — пузырно-влагалищно-шеечный, у одной — мочеточниково-влагалищный, и у одной больной комбинированный свищ — пузырно-влагалищный и прямокишечно-влагалищный.

Среди акушерских свищей различают: 1) явившиеся следствием гангрены от давления, или пуэрперальные; 2) образующиеся после косвенного повреждения стенок родового канала с нарушением целостности мочевых органов и кишечника при акушерских операциях и пособиях (ненасильственные); 3) происходящие от прямого повреждения мочевых путей и кишечника при операции инструментом или рукой (насилиственные). По этой классификации мы могли из нашего материала отнести к первой группе 15 свищей, к второй и третьей группам — 69. Последние две группы было трудно разграничить в силу отсутствия в историях болезней точных данных, по которым можно было бы отли-

чить насильственные от ненасильственных свищей. Однако, если исходить из указаний М. С. Малиновского о том, что при насильственных свищах моча начинает выделяться сразу же после акушерских операций и что такие свищи, чаще всего располагаясь в нижней трети влагалища, возникают при оперативном родоразрешении, то из наших 69 свищей, образовавшихся после оперативных родов, 17 можно считать насильственными и 52 ненасильственными.

Образование акушерских свищей наблюдалось при анатомически узком тазе у 60 родильниц; у 7 таз был нормальным, и у 17 размеры его не были указаны. По форме плоско-рахитических тазов было 25, плоско-нерахитических — 2, общеравномерносуженных — 26, общесуженных-плоских — 7.

С наружной конъюгатой 18 см было 22 больных, из них первородящих 10, повторнородящих 12; с наружной конъюгатой 17,5 см соответственно — 15, 8 и 7; 17 см — 14, 7 и 7; 16,5 см — 2, 0 и 2; 16 см — 5, 4 и 1; 15,5 см — 2, 1 и 1.

Продолжительность родов была различной. Так, роды продолжались менее суток у 7, из них 3 было первородящих, 4 повторнородящих; сутки и более — соответственно у 42, 12 и 30; двое суток — у 5, 2 и 3; трое суток — у 4, 1 и 3; четверо суток — у 3, 1 и 2; пять суток — у 3, 2 и 1; шесть суток — у 1, 0 и 1; не указано — у 19.

Следовательно, образованию свища предшествовали длительные, затяжные роды, продолжавшиеся от 1 до 6 суток. Можно думать, что у большинства роды начинались на дому, при отсутствии акушерской помощи, и только тяжелое состояние рожениц вынуждало обратиться за врачебной помощью, но запоздалое родоразрешение уже не предотвращало образование свища. Этому способствовало отсутствие надлежащего учета, патронажа беременных.

У 70 с акушерскими свищами роды были закончены акушерскими операциями. Акушерские щипцы были применены у 27 рожениц, краниотомия — у 16, поворот на ножку с извлечением — у 3, эмбриотомия — у 3, и 21 оперативное вмешательство точно не описано. У 14 роды закончились самостоятельно.

Длительность существования свищей была различной. Свищи давностью до трех месяцев имелись у 5, от 3 до 4 месяцев — у 30, от 5 до 10 месяцев — у 32. У 4 свищи существовали 1 год, у 7 — 4 года, у 3 — 7 лет, у одной — 13 лет, и у двух свищи образовались 15 лет тому назад.

Хирургические свищи

Все свищи образовались после гинекологических операций.

У 26 были мочеточниково-влагалищные свищи, у 10 — пузырно-влагалищные и у одной — уретро-пузырно-влагалищный.

32 свища возникли после операции расширенной экстирпации матки, 3 — после простой экстирпации матки (разрыв матки, кесарское сечение), 1 — после надвлагалищной ампутации матки (разрыв матки), и 1 свищ образовался после операции по поводу полного выпадения матки.

Лечение и исходы

Подверглись оперативному вмешательству 84 женщины, 44 получили консервативное лечение.

Из числа оперированных у 72 была произведена фистулорафия, у 8 — пересадка мочеточников в прямую кишку, и у 4 — кольпоклеизис. Из подвергавшихся фистулорафии у 68 операция была произведена при мо-

чеполовых свищах и у 4 при прямокишечно-влагалищных. Из 68 женщин с мочеполовыми свищами у 30 операция фистулографии произведена с применением плацентарной ткани, по методу проф. Буйко, у 38 свищи оперированы обычным способом.

Полный успех после операции наблюдался у 70 (83,4%), эффекта не было у 7 (8,3%); у 7 (8,3%) свищевое отверстие значительно уменьшилось, больные частично получили возможность задерживать мочу, самостоятельно мочиться.

Высокий процент полного излечения объясняется тем, что, начиная с 1950 г., мы при лечении пузырно-влагалищных свищей стали применять плацентарный трансплантат. Наблюдения показали, что сочетание обычного метода зашивания свищей путем расщепления тканей с методом свободной пересадки плацентарной ткани на дефект мочевого пузыря предотвращает в известном числе случаев неудачи оперативного лечения.

На 30 операций фистулографии с применением плацентарного трансплантата наступило полное заживление свища у 27 (90,0%), на 38 операций без плацентарного трансплантата полное излечение наступило у 27 (71,0%).

За период с 1946 по 1948 гг. летальный исход после операции отмечен в двух случаях (уросепсис). Кроме того, 2 больные погибли, не подвергаясь оперативному лечению (рак шейки матки — IV стадия).

С 1951 г. в гинекологической клинике Казанского ГИДУВа для профилактики послеоперационных мочеточниково-влагалищных свищей во время операции расширенной экстирпации матки мочеточники стали окутываться свежими околоплодными оболочками последа. Наблюдения показали, что подобная профилактика снизила количество мочеточниково-влагалищных свищей с 6,4 до 2,4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буйко П. М. Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей у женщин. Киев, 1948.— 2. Малиновский М. С. Сб. работ по акуш. и гинек., посвящ. проф. В. С. Груздеву, Петроград, 1917—1923 гг.— 3. Сидоров Н. Е. и Капелюшник Н. Л. Акуш. и гинек., 1956, 4.— 4. Сидоров Н. Е. и Уразаев А. З. Сов. мед., 1957, 3.— 5. Чигарин А. П. Тр. Казанского мед. ин-та, вып. I—II, 1939.— 6. Уразаев А. З. Каз. мед. журнал, 1958, 2.

Поступила 2 июля 1957 г.

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МЕЗАДЕНИТЫ У ДЕТЕЙ

Н. А. Гафарова

Из детского отделения Республиканской клинической больницы
(зав.— проф. Е. Н. Коровая) Министерства здравоохранения ТАССР

В детском отделении Республиканской клинической больницы за период с 1954 по 1957 гг. лечились 476 больных с туберкулезным поражением различных органов. 5,2% из них (25) страдали туберкулезным мезаденитом.

Учитывая, что многие случаи заболевания в начальном периоде развития патологического процесса остаются нераспознанными, мы считаем, что эта цифра дает лишь приблизительное представление о распространении туберкулеза мезентериальных желез в детском возрасте.

По данным И. Н. Осипова и А. С. Соболевой, эта цифра составляет 1,88%. Большой процент поражения удастся выявить на секционном материале. Так, по данным Л. М. Яновской, туберкулезный мезаденит был обнаружен в 16,5%; по данным Черняк, Оносовского, Волчок, Певзнер, Ивановой и других — от 16,6 до 65% случаев.