



Рис. 3. Реставрация облитерированного абдоминального отверстия маточной трубы с использованием трансиллюминации ( $\times 32$ ): Обозначения: 1 — складки слизистой оболочки; 2 — линия, по которой произошло срастание складок.

ционного микроскопа строго по линиям заращения маточной трубы электрохирургически с помощью монополярного игольчатого электрода (рис. 3). Повреждение тканей маточной трубы при этом не наступает. Сальпингостомию заканчиваем наложением нескольких выворачивающих слизисто-серозных узловых швов.

Эндотубарная трансиллюминация применена как элемент микрохирургической техники сальпингостомии во время 12 микрохирургических операций на маточных трубах. По истечении 3 мес прооперированным женщинам проводили гистеросальпингографию в сочетании с пробными гидротубажиями. Повторной облитерации не наблюдалось.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Dubuissou J. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1978, 7, 8. — 2. Gomet V. a) Fertil. Steril., 1978, 29, 4; b) J. Reprod. Med., 1980, 24, 6. — 3. Inthrapuvasa K. J. Gynaekologe, 1981, 14, 1. — 4. Winston R. Clin. Obst. Gynaecol., 1983, 83.

Поступила 8 апреля 1985 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—018.2+618.3

Г. Н. Дмитриева, Ю. Э. Шульц, Н. З. Бикмухаметова, Т. А. Тимошенко (Казань).  
Синдром Марфана и беременность

При синдроме Марфана беременность может стать отягощающим фактором в течении основного заболевания. На фоне беременности и родов клиника стертых форм синдрома становится более выраженной. Мы наблюдали за 3 беременными с этой патологией. Из них одна родоразрешена через естественные родовые пути недоношенным плодом, другая — кесаревым сечением. Обе больные выписаны из стационара, а третья женщина умерла после самостоятельных родов через 34 ч от разрыва аневризмы восходящей части дуги аорты. Приводим одно из трех наблюдений.

З., 23 лет, инвалид II группы. Поступила в палату патологии беременности 28/II 1984 г. с диагнозом: беременность 38—39 нед. Ревмокардит. Недостаточность митрального клапана. Близорукость. Беременность первая.

Жалобы при поступлении на чувство тяжести в прекардиальной области, удушье при быстрой ходьбе и волнении. В последний месяц одышка усилилась.

Объективно: больная высокого роста, конечности длинные, пальцы тонкие, длинные. Зрение — 9 D на оба глаза, без полной коррекции. Больная осмотрена терапевтом. Границы сердца заметно не изменены, тоны сохранены, ритмичные, I тон расщеплен. Систолический шум во II—III межреберье, с усилением на вдохе. ЭКГ без патологии. Во время консультации окулистом выявлен подвывих хрусталиков с обеих сторон. На глазном дне справа — легкое сужение артерий. Миопия. На рентгенограммах органов грудной клетки — умеренное усиление легочного рисунка в прикорневых зонах. Сердце расположено косо, несколько «выбухает» II дуга (ствол а. pulmonalis), левый желудочек нерезко увеличен влево.

Лабораторные исследования: гипохромная анемия (Hb — 1,2 ммоль/л, эр —  $4,15 \cdot 10^{12}$  в 1 л, цв. показатель — 0,6); анализ мочи патологии не выявил. Был поставлен диагноз: беременность 39—40 нед. Синдром Марфана с проявлением высокой степени миопии с подвывихом хрусталиков. Пропалс митрального клапана, H<sub>1</sub>. Анемия беременной.

Проведена кардиальная и антианемическая терапия, гемотрансфузия. Несмотря

на это, беременная жаловалась на чувство тяжести в области сердца, приступы сердцебиения, чувство замирания сердца. В связи с этим больная 13/III 1984 г. в плановом порядке была родоразрешена под эндотрахеальным наркозом кесаревым сечением по Гусакову. Извлечен мальчик массой тела 3700 г, длиной 50 см, с оценкой по шкале Апгар в 8 баллов. Послеоперационный период осложнился повышением АД до 24,0/13,3 кПа (180/100 мм рт. ст.), резкой головной болью, тошнотой, ухудшением зрения. Это состояние было расценено невропатологом как спазм сосудов вертебробазилярного бассейна с начинающимся отеком мозга. Состояние купировалось после введения гипотензивных, спазмолитических и обезболивающих средств.

Больная выписана на 16-й день после операции в удовлетворительном состоянии с ребенком. Рекомендовано амбулаторное наблюдение терапевтом, окулистом, невропатологом не реже 1 раза в 3 мес. Описанное наблюдение указывает на необходимость тщательного обследования беременных в условиях женской консультации. Больные с данной патологией, вставшие на учет по беременности, нуждаются в соответствующем обследовании и решении вопроса о прерывании беременности. При этом необходима преемственность между участковым терапевтом, наблюдавшим больную, терапевтом женской консультации и врачом акушером-гинекологом.

УДК 618.315+618.36—007.274]—089.888.61

### Н. Г. Кузина (Казань). Доношенная шеечно-перешеечная беременность с частичным истинным вращением плаценты<sup>1</sup>

Шеечно-перешеечное прикрепление плодного яйца с частичным истинным вращением плаценты относится к редкой, но крайне тяжелой патологии, так как сопровождается массивным кровотечением, угрожающим жизни женщины. Частота шеечно-перешеечного прикрепления плодного яйца не превышает, по данным разных авторов, 0,03%, летальность же составляет от 14 до 50%. Клинически эта патология проявляется кровотечением, которое может наступить на любом сроке беременности с различной силой. Чаще всего кровотечение бывает обильным из-за плохой сократительной способности шеечно-перешеечного отдела матки даже после рождения плодного яйца.

В отличие от шеечной беременности, когда плодное яйцо целиком располагается в шейке матки и кровотечение проявляется в ранних сроках, при шеечно-перешеечной беременности лишь небольшая часть плаценты может располагаться в цервикальном канале, большая же часть находится в нижнем сегменте матки. Это создает возможность донашивания беременности, поэтому кровотечение может появиться на более поздних сроках, в начале схваток или даже после рождения плода.

Единственным методом лечения описываемой патологии является своевременная экстирпация матки. Только она может спасти жизнь больной. Приводим наше наблюдение.

Л., 32 года, поступила 26/X 1983 г. в 21 ч 30 мин с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Менstrуальные появились с 16 лет по 3—4 дня, через 30 дней, безболезненные, последние были 10/I 1983 г. Половая жизнь с 20 лет. Родов — 2 (нормальные, срочные, масса тела плодов — 3400 и 3600 г), аборт — 5. Предыдущая беременность была трубной, закончилась удалением левой беременной трубы в 1981 г. Настоящая беременность — девятая, протекала с кровянистыми выделениями из половых путей на сроках 28 и 32 нед, что было расценено как угроза прерывания беременности. Дважды лечилась стационарно. На сроке 32 нед впервые было заподозрено предлежание плаценты.

Объективно: при поступлении состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледноватые. АД — 13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.), пульс — 84 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременности. Окружность живота на уровне пупка — 102 см, высота стояния дна матки — 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в 1 мин. При поступлении выраженной родовой деятельности нет. Из половых путей выделяется кровь в умеренном количестве.

Диагноз при поступлении: беременность 40—41 нед. Подозрение на предлежание плаценты.

Решено развернуть операционную и произвести осмотр в зеркалах и влагалищное исследование. Через 10—15 мин после поступления в родильное отделение, до влагалищного исследования, появились схватки и началось сильнейшее кровотечение. В 22 ч начато корпоральное кесарево сечение. Извлечен живой зрелый плод мужского пола с оценкой по шкале Апгар в 6 баллов, масса тела новорожденного — 3250 г. В связи с сильным кровотечением начато ручное отделение плаценты, которая располагалась в нижнем сегменте матки. Плацента отделена с большим трудом. Кровоте-

<sup>1</sup> Должено на заседании общества акушеров-гинекологов г. Казани. 10/X-1984 г.