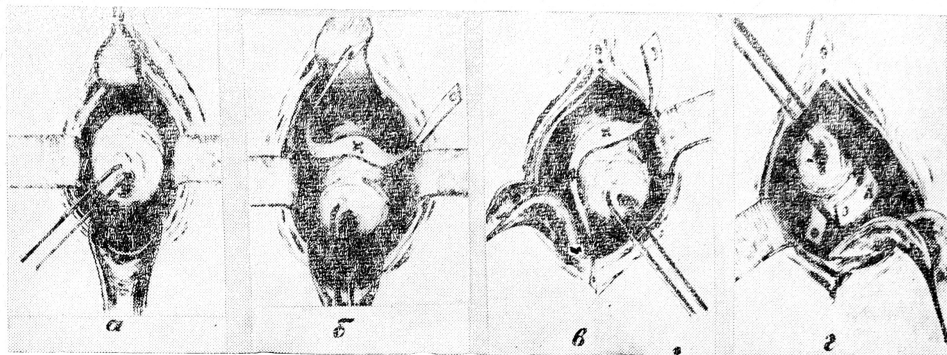


разрушают искусственно пальцем, что сопровождается кровотечением из раневой поверхности. Роды при этих операциях закончились успешно, без осложнений, дети родились доношенными.

Однако возникновение таких осложнений, как пролежни, кровотечение, побудило нас применять полиэтиленовый воротничок, накладываемый на уровне внутреннего зева и укрепляемый 4 узловатыми шелковыми швами (см. рис.).



Воротничок представляет собой лоскут шириной 1 см и длиной 10 см, выкроенный из полиэтиленовой пленки толщиной 0,1 см. Перед употреблением его кипятят в течение часа, затем заливают 96° спиртом на 2 часа.

После наложения воротничка пациенткам предписывали постельный режим с приподнятым ножным концом кровати; в течение первых 2 дней им вводили 2% раствор промедола по 1 мл 2 раза в день; в последующие 5 дней назначали 25% раствор сернистой магнезии по 10 мл через 6 часов внутримышечно, свечи с 0,02 г папаверина (по 1 свече 2 раза в день), порошки, содержащие 0,2 пирамидона, 0,2 бромистого натрия, 0,02 папаверина (по 1 порошку 3 раза в день) и ежедневную обработку влажной салфеткой перекиси водорода с введением бор-глицерина. На 14-й день после операции женщины выписывали. Воротничок снимали за 7 дней до предполагаемого начала родов.

Из 26 беременных, которым был наложен полиэтиленовый воротничок, 15 родили в срок доношенных детей, 10 донашивают беременность, у 1 воротничок выпал и произошел выкидыш. После родов у всех женщин осмотрена шейка матки. Разрывов не обнаружено. Продолжительность родов — в среднем 9 час. 47 мин. Средняя потеря крови 200 мл, среднее число койко-дней после родов — 10.

Мы считаем, что наложение полиэтиленового воротничка на шейку матки можно рекомендовать при истмикоцервикальной недостаточности, так как этот способ позволяет благополучно донашивать беременность.

Поступила 25 марта 1974 г.

УДК 615.477.88

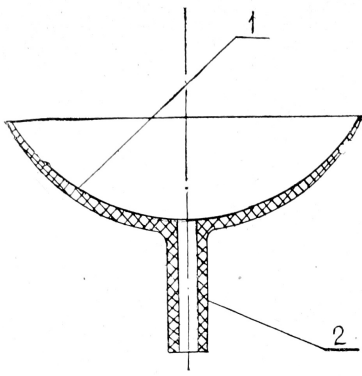
ПРИБОР ДЛЯ ПРЕДОХРАНЕНИЯ ОТ НЕСВОЕВРЕМЕННОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Н. Г. Щеголева, доктор мед. наук Б. Ф. Шерстнев

Свердловский НИИ охраны материнства и младенчества МЗ РСФСР

Отсутствие эффективного метода предупреждения преждевременного и раннего вскрытия плодного пузыря послужило основанием для разработки нового инструментального метода профилактики этой патологии.

Сконструированный прибор мы назвали метрососпитатором, что означает страж, охранитель. Учитывая, что обязательными качествами подобного прибора должны быть эластичность и упругость, возможность складывать его перед введением в полость матки, а также безвредность как для матери, так и для плода, мы выбрали для его изготовления резиновую смесь ИР-21, используемую в медицинской практике.



Метрососпитатор изготавливают сферической формы, литым, с короткой трубкой в центре выпуклой его поверхности. Он состоит из полусферы 1 и трубки 2 (см. рис.).

Сложенный в виде зонтика, он с помощью зажима, специально сконструированного нами, под контролем зрения легко вводится в полость матки (шейка матки обнажается в зеркалах), где, благодаря своей упругости, сразу расправляется, причем его вогнутая поверхность, обращенная к плодному пузырю и повторяющая форму нижнего полюса последнего, обхватывает его, а выпуклая часть опирается на нижний сегмент матки. Большая площадь опоры полусферы 1 выпуклой частью на нижний сегмент матки и упругость метрососпитатора позволяют ему удерживаться в полости матки до раскрытия маточного зева близко к полному, так как диаметр полусферы равен 100 мм. Трубка 2 метрососпитатора, длиной от 40 до 50 мм, выступает из цервикального канала и служит для оттока содержимого полости матки, а в случае необходимости — для введения лекарственных растворов в матку, а также для извлечения прибора.

Введенный в полость матки метрососпитатор ввиду малого объема и веса не оказывает давления на стенки матки, не вызывает родовой деятельности, что подтверждено клиническими наблюдениями и данными гистерографии, не создает неудобств для женщины, не требует вынужденного положения ее и постельного режима. При применении его не сдавливаются близлежащие органы, а следовательно, не нарушается мочеиспускание и акт дефекации.

Метрососпитатор, являясь опорой для нижнего полюса плодного пузыря, препятствует чрезмерному растяжению околоплодных оболочек, но не замедляет процесса раскрытия шейки матки. Кроме того, наличие в полости матки метрососпитатора не ограничивает возможности внутренних исследований, которые бывает необходимо производить в процессе родовой деятельности.

Метрососпитатор можно применять в акушерстве с целью предупреждения преждевременного излития околоплодных вод в конце доношенной беременности, возможно, за 7—10 дней до родов; при неправильном положении или тазовом предлежании плода; в начале первого периода родов для профилактики раннего излития околоплодных вод и выпадения мелких частей плода или при несвоевременно отошедших водах.

Противопоказаниями к применению метрососпитатора являются тяжелые экстрагенитальные заболевания беременной, аномалии расположения плаценты, токсикозы беременности средней и тяжелой степени, рубец на матке, кольпиты любой этиологии, «незрелая» шейка матки.

В акушерских клиниках Свердловского НИИ ОММ метрососпитатор применен у 105 женщин. 78 из них его вводили при тазовом предлежании плода в конце беременности или в первом периоде родов с целью профилактики несвоевременного излития околоплодных вод и выпадения мелких частей плода. В 85,8% наблюдений получен положительный эффект, и лишь в 14,2% воды отошли несвоевременно. Ни у одной женщины не было выпадения мелких частей плода.

Применяя метрососпитатор, мы не отметили отрицательного влияния его на мать и плод, что подтверждено также данными лабораторных исследований (бактериологические посевы, реогистерография, ЭКГ плода). Метрососпитатор зарегистрирован во ВНИИГПЭ в 1972 г., номер заявки 1808757/31-16.

Поступила 29 апреля 1974 г.

УДК 616—005:616—001.513

РЕГИОНАРНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ И КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ

Проф. М. А. Галеев, Г. Н. Ипполитов

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. М. А. Галеев) Башкирского медицинского института, травматологическое отделение Республиканской клинической больницы (главврач — Р. Ш. Магазов)

Вопрос о состоянии местного регионарного кровообращения при переломах верхних конечностей у детей в литературе не освещен.