

Физическое и умственное развитие ребенка соответствует возрасту. Отмечается бледность кожных покровов. Правая нога укорочена на 3 см, имеется атрофия мышц. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Правый глаз — острота зрения = 0,04 эксцентрично, рефракция миопическая в 3,0, стекла зрения не улучшают. Внутреннее содружественное косоглазие в 30°, горизонтальный нистагм. Преломляющие среды прозрачны. На глазном дне в области желтого пятна виден неправильной овальной формы хориоретинальный очаг размером в 5—6 диаметров соска, аспидно-серого цвета, слегка проминирующий в стекловидное тело, с вполне четкими границами. Очаг окружен широким пигментным кольцом, с наличием пигментных глыбок по всей поверхности очага. Ближе к соску от него имеется зернистая пигментация, окружающая беловатый тяж, идущий от соска к очагу. Сосок зрительного нерва бледно-розовый, сосуды узкие. Внутриглазное давление в норме.

Левый глаз — острота зрения = 0,3, рефракция гиперметропическая в 1,0, стекла зрения не улучшают. Микрофтальм, микрокорнея, горизонтальный нистагм. Преломляющие среды прозрачные. На глазном дне в нижнем наружном отделе — хориоретинальный очаг неправильной овальной формы размером в 7—8 диаметров соска с довольно четкими границами, слегка проминирующий в стекловидное тело, аспидно-серого цвета, окруженный пигментным кольцом, а также наличием пигментных глыбок в центре очага. Сосок бледно-розовый, сосуды узкие. Внутриглазное давление в норме.

Реакция связывания комплемента на токсоплазмоз слабopоложительная, внутрикожная проба с токсоплазмином — положительная.

У матери реакция связывания комплемента слабopоложительная, внутрикожная проба с токсоплазмином — положительная.

По заключению невропатолога, у матери энцефаломиелитический синдром токсоплазмоза.

При рентгенографии черепа ребенка выявлены кальцинаты в области боковых желудочков и усиление пальцевых вдавлений.

Проводилось лечение препаратами сульфаниламидной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каминская-Павлова З. А. Вестн. офтальмол. 1956, 5. — 2. Степанов Л. Г. Казанский мед. ж., 1961, 2.

УДК 618.7—005.1

НАЛОЖЕНИЕ КИСЕТНОЙ ШЕЛКОВОЙ ЛИГАТУРЫ НА ШЕЙКУ МАТКИ ПРИ АТОНИЧЕСКИХ И ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

И. А. Капланский

Акушерско-гинекологическое отделение Рославльской горбольницы
(главврач — П. Д. Костенко) Смоленской области

Наиболее радикальный метод борьбы с атоническим кровотечением — ампутиация или экстирпация матки — не получил широкого распространения, так как к этой операции акушеры обычно прибегают лишь как к последнему героическому средству, когда родильница находится в состоянии, близком к агонии. Кроме того, производство такой большой операции родильнице, находящейся в состоянии шока, лишь ускоряет смертельный исход.

Поэтому в последние годы с целью остановки атонических кровотечений при терминальных состояниях некоторые акушеры применяют перевязку сосудов, питающих матку (И. Ф. Жордания, Д. Р. Цицишвили, М. С. Цирюльников).

Несмотря на преимущество этой операции перед ампутиацией матки, она требует некоторого времени для подготовки и осуществления ее. За это время у роженицы может произойти значительная кровопотеря, которая на фоне уже развившегося шока может быть роковой.

Прижатие сосудов матки путем наложения клемм на параметры по Генкелю или кишечных зажимов по Тиканадзе, а также наложение кетгутовых швов на маточные артерии через влагалитце по Зяблову многие акушеры не применяют ввиду опасности повреждения мочеточников и недостаточной эффективности этих методов.

При тяжелых атонических кровотечениях некоторые авторы (З. Г. Петренко) с успехом применяют наложение поперечного шва на заднюю губу шейки матки по В. А. Лолицкой.

В целях остановки атонического кровотечения при наличии шоковых состояний мы с успехом применили наложение кيسетной шелковой лигатуры на шейку матки.

Методика. Влагалище широко раскрывается зеркалами Дуазена. Шейка матки захватывается пулевыми щипцами и подтягивается вниз так, чтобы был доступ к сводам влагалища. У сводов влагалища шейка прокалывается в четырех местах: у 2, 10, 7, 5 часов циферблата. После этого толстая шелковая кисетная лигатура затягивает шейку так, чтобы шейный канал пропускал палец или кончик пальца. Лигатуру мы снимаем через 12 часов.

При наложении кисетной шелковой лигатуры на шейку матки последняя рефлекторно сокращается и плотнеет в результате раздражения шеечно-маточного нервного сплетения, одновременно возникает ишемия матки в результате пережатия лигатурой цервиковагинальных веток маточных артерий или самих маточных артерий. И, наконец, матка поднимается лигатурой вверх, что вызывает натяжение связок и раздражение нервных рецепторов.

Наложение кисетной шелковой лигатуры на шейку матки является простым и быстродействующим эффектом оперативным вмешательством, что очень важно при атоническом кровотечении.

Описанную нами методику остановки атонического и гипотонического кровотечения мы не встречали в доступной нам литературе.

Она успешно осуществлена нами у 5 больных. Приведу одно из наблюдений. Роженица С., 24 лет, поступила 26/XI 1961 г. в 13 час. 45 мин. Роды первые, аборт не было. 26/XI в 10 часов родила живую доношенную девочку весом 2850,0. Через 10 мин после рождения последа началось атоническое кровотечение. Срочно произведено ручное обследование полости матки, а внутривенно введен 1 мл питуитрина с 40 мл 40% глюкозы, 1000 мл физиологического раствора и 450 мл крови. Кровотечение временно прекратилось. Но через 40 мин снова началось сильное атоническое кровотечение. Срочно произведено повторное ручное обследование полости матки с массажем матки на кулаке. Несмотря на проведенные мероприятия, кровотечение не прекращается. Срочно произведена тугая тампонада полости матки и влагалища. Кровотечение временно прекратилось. Через 30 мин после тампонады матки состояние роженицы резко ухудшилось: АД 80/60, тампоны промокли и кровь из полости матки стекает струей через них. Тампоны срочно извлечены. Начата подготовка операционной для лапаротомии. Одновременно продолжается переливание крови. Срочно наложена шелковая кисетная лигатура на шейку матки. Кровотечение сразу же прекратилось. Состояние роженицы остается тяжелым. Общая кровопотеря 2000 мл. Кожа и видимые слизистые оболочки резко бледны. Пульс и АД не определяются, резкая одышка. Сознание ясное. Шок IV ст. Срочно произведено внутриартериальное нагнетание 150 мл крови в левую лучевую артерию. Состояние роженицы улучшилось: АД 100/80, пульс 140, мягкий. Продолжается внутривенное переливание крови. Всего роженице перелито 1000 мл крови, 1500 мл физраствора, 150 мл крови внутриартериально.

За родильницей проводилось строгое наблюдение в течение 12 часов. Кровотечения не было, матка сократилась хорошо. АД в пределах 130/100, пульс 112, удовлетворительного наполнения. Через 12 часов лигатура снята. Кровотечения нет. Послеродовый период протекал без осложнений. Через 17 дней после родов родильница выписана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Е. К. Акуш. и гинек. 1962, 6. — 2. Жордания И. Ф. Там же, 1955, 2. — 3. Лосицкая В. А. Там же, 1956, 1. — 4. Петренко З. Г. Там же, 1962, 6.

Поступила 10 ноября 1964 г.

УДК 616 — 089.888.15

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПИЛОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л. Б. Елешина

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Г. И. Довженко)
Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

Существующие родостимулирующие средства полностью не удовлетворяют потребности клиники, в связи с чем в настоящее время продолжают поиски новых препаратов. Большое значение имеет изучение синтетических стимуляторов миометрия окситического типа действия.

Нами было исследовано действие препарата — пропилизотиуроний гидробромид, называемого сокращенно «пропилон».