

костная створка на мягкотканной ножке откинута кверху. Из полости излилось большое количество тягучей жидкости соломенно-желтого цвета. Полость однокамерная, выстлана плотной гладкой тканью толщиной от 1 до 3 мм белого цвета. Внутренние стенки полости соединены костными перекладинами, которые также покрыты гладкой белой тканью. После иссечения костных перекладин, эвакуации жидкости и экскохлеации мягкотканной выстилки произведена пломбировка полости аллотрансплантатами с укладкой на место откинутой костной створки (рис. 1, б). Сразу же после операции больной отметил значительное уменьшение болей.

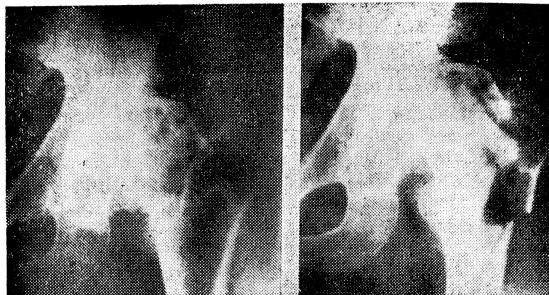


Рис. 1, а.

Рис. 1, б.

При микроскопическом исследовании операционного материала установлено, что оболочка, выстилающая полость, представляет собой плотную волокнистую соединительную ткань, местами приобретающую фиброзный характер. Внутренняя поверхность, обращенная в полость, состоит из большого количества молодых соединительнотканых клеточных элементов и обширной сети кровеносных сосудов. Нередко в толще оболочки обнаруживались некротически измененные участки, геморрагические инфильтраты и очаги продуктивного воспаления, характеризующиеся значительным скоплением лимфоидно-гистиоцитарных элементов.

Трабекулы, локализованные внутри полости, построены из зрелой компактной костной ткани с признаками усиленной перестройки, о чем свидетельствует наличие своеобразных «обломков» остеонов, увеличение количества и выраженность линий склеивания, сужение просвета гаверсовых систем, сопровождающееся усиленным отложением новых порций костного вещества на стенках сосудистых каналов (рис. 2). Подобное новообразование костной ткани отмечено и по краям трабекул, в то время как в центральных отделах костных перекладин количество остецитов было крайне незначительным.



Рис. 2.

Макро- и микроскопическая картина обнаруженного патологического процесса может свидетельствовать о гигантском кистовидном образовании в результате реактивной резорбции кости,

возникшей в ответ на дегенеративно-дистрофический процесс в суставе. Разнонаправленные трабекулы симулировали на рентгенограмме ячеистую структуру полости. Быстрое исчезновение болевого синдрома после операции подтверждает роль внутрикостной гипертензии в его генезе.

УДК 618.315—07—089

**А. М. Батраков, В. Ф. Диденко, Н. П. Силитрин, В. М. Батракова (Саранск).  
Об интенсивной терапии шеечной беременности**

Шеечная беременность в настоящее время является относительно редкой, но чрезвычайно опасной патологией, требующей неотложной квалифицированной помощи. Нами проведен анализ историй болезни 22 женщин, из которых у 17 была шеечная и у 5 — шеечно-перешеечная беременность. Одна больная была моложе 20 лет, 6 — в возрасте от 20 до 29 лет, 12 — от 30 до 39 лет и 3 — старше 40 лет. У 1 женщины данная беременность была первой, 3 женщины были повторнородящие и 18 — повторнородящие повторнородящие. Сроки беременности: до 6 нед — у 1 женщины, 6—10 нед — у 8 и 11—14 нед — у 13. Прогрессирующая беременность наблюдалась у 5 больных, нарушенная — у 17.

У 21 женщины наступлению данной беременности предшествовали искусственные аборты на раннем сроке (общее число абортов в этой группе женщин — 82). У одной первородящей имелись признаки полового инфантилизма.

Из-за разнообразия клинических проявлений шеечной беременности диагностика ее затруднена. Поэтому в женской консультации при нарушенной шеечной беременности правильный диагноз был поставлен лишь у 3 больных из 17. Другие больные

поступили в стационар с ошибочными диагнозами (неполный аборт — 7, плацентарный полип — 6, фибромнома матки — 1). В стационаре у 3 больных диагноз был поставлен при повторных осмотрах, у 2 — при зондировании полости матки, у 9 — во время ревизии полости матки кюреткой по поводу усилившегося кровотечения, причем у 4 больных во время 2-й и у 1 — при 3-й ревизии. У больных с прогрессирующей шеечной беременностью правильный диагноз был поставлен во время ее искусственного прерывания, а у 1 — лишь после надвлагалищной ампутации матки. Следовательно, до выскабливания полости матки диагноз шеечной беременности был поставлен лишь у 8 из 22 больных.

Ревизия полости матки и области цервикального канала кюреткой способствовала установлению правильного диагноза у 13 больных. Необходимо отметить, что данная операция постоянно сопровождается значительным кровотечением. Многие авторы считают, что отсутствие гемостатического эффекта от выскабливания полости матки следует расценивать как один из признаков шеечной беременности.

В зависимости от вида лечения больные были разделены на 3 группы. В 1-й группе было 13 больных на сроке до 14 нед беременности (2 — с прогрессирующей). У 11 из них была шеечная беременность, у 2 — шеечно-перешеечная. Им проводили консервативное лечение — выскабливание полости матки с последующей тампонадой цервикального канала и влагалища. Однако, несмотря на тампонаду (у 5 больных двукратную, а у 2 — трехкратную) кровопотеря у 12 больных достигала 0,6—1,1 л; шок 2 ст. развился у 7 больных и 3 ст. — у 5. Показатели гемоглобина у этих больных колебались от 0,8 до 1,4 ммоль/л, гематокрита — от 18 до 37%. У одной больной, у которой диагноз шеечной беременности был поставлен после надвлагалищной ампутации матки, кровопотеря составила 2,8 л, развился шок 3 ст. с тромбгеморрагическим синдромом; гематокрит снизился до 12%.

В среднем каждой из 12 больных перелито 0,98 л крови, 0,5 л полиглюкина, 0,25 л протившоковой жидкости, 2—4 г фибриногена. Кроме того, вводили гидрокортизон, витамины В и С, кокарбоксилазу, бикарбонат натрия. Больной с тромбгеморрагическим синдромом делали прямое переливание крови (2 л), вводили гепарин (20 000 ед.), фибриноген (8 г). Всего ей было перелито 5 л крови. Все больные этой группы подверглись экстирпации матки без придатков. Приведенные данные свидетельствуют о недостаточной эффективности тампонады цервикального канала и сводов влагалища с целью временной остановки кровотечения при шеечной беременности.

Вряд ли можно согласиться с рекомендацией применять тампонаду для остановки кровотечения при шеечной беременности и тем более во время транспортировки больных. Ошибочно и утверждение, что выскабливание полости матки при этой патологии не вызывает сильного кровотечения. У нашей больной с тромбгеморрагическим синдромом, несмотря на двукратную тампонаду после выскабливания полости матки, кровопотеря через 30 мин составила около 3 л.

Мы считаем, что малая эффективность тампонады при данной патологии обусловлена тремя причинами: во-первых, недоступностью плодовместилища для тампонады и вследствие этого — недостаточным сдавлением зияющих сосудов; во-вторых, недостаточной сократительной способностью стенок плодовместилища шейки и перешейки матки и, в-третьих, снижением концентрации факторов свертывающей системы крови у анемизированных больных. Нами установлено, что интенсивность кровотечения во время выскабливания при шеечной беременности зависит от срока беременности и степени нарушения целостности плодного яйца.

2-ю группу составляли 2 больные (1 с шеечно-перешеечной беременностью), которым с целью остановки кровотечения после выскабливания полости матки были наложены швы по Зяблову на боковые своды влагалища (при низведенной шейке матки книзу и в сторону противоположную той, на которой производится манипуляция). Однако кровопотеря вскоре составила у одной больной 0,9 л, у другой 1,1 л, развился шок 2 ст., что явилось показанием для активной реанимации и срочной экстирпации матки без придатков. Каждой больной перелито 1,2 л крови, 0,5 л полиглюкина и 3 г фибриногена.

В 3-й группе было 7 больных (2 с прогрессирующей беременностью). У 5 из них была шеечная беременность и у 2 — шеечно-перешеечная. Кровотечение после выскабливания полости матки было остановлено путем наложения двух щипцов Мюзо на плодовместилище в тангенциальном направлении к продольной оси матки. У всех больных кровопотеря не превышала 0,5 л. Ввиду предшествующей анемизации и кровопотери у 4 больных развился шок 1 ст. Концентрация гемоглобина колебалась от 1,4 до 1,6 ммоль/л, а показатель гематокрита — от 37% до 40%. Реанимационные мероприятия у больных данной группы сводились к трансфузии крови (0,4 л) и полиглюкина (0,25 л). Щипцы Мюзо снимали после перевязки магистральных сосудов матки во время лапаротомии. От момента наложения до снятия щипцов проходило от 1 до 5 ч, что было связано с подготовкой операционной бригады и с проводимыми мерами реанимации. Вторым этапом лечения больных этой группы также была экстирпация матки без придатков. Время пребывания в стационаре в среднем равнялось 17 дням. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Итак, наилучшим методом временной остановки кровотечения при шеечной беременности является механическое прижатие сосудов плодовместилища. Применение

его позволяет: 1) прекратить дальнейшую анемию больных; 2) раньше начать реанимацию и эффективно использовать ее средства; 3) организовать операционную бригаду, включая квалифицированного гинеколога и анестезиолога; 4) после выведения больной из состояния шока, при крайней необходимости, решить вопрос о бережной транспортировке.

Отсутствие смертности при столь грозной патологии, как шеечная беременность, следует отнести за счет совершенствования временного метода остановки кровотечения, проведения активной реанимации, включая прямое переливание крови и внедрение интратрахеального наркоза.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617.3+614.8

### ОПЫТ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Д. Н. Шамсутдинов*

*Зеленодольская детская больница (главврач — З. И. Родионова) ТАССР*

**Реферат.** Обобщен опыт работы хирургического кабинета детской поликлиники по обслуживанию ортопедо-травматологических больных. В целях снижения детского травматизма проводится учет и анализ всех случаев повреждений, установлен тесный контакт с сотрудниками ГАИ. Для раннего выявления ортопедической патологии организованы профилактические осмотры новорожденных. Применение функциональных методов терапии способствует получению хороших анатомо-функциональных результатов.

**Ключевые слова:** детский травматизм, хирургический кабинет поликлиники, профилактика, лечение.

Амбулаторная помощь детям с травмами и ортопедической патологией осуществляется в г. Зеленодольске в хирургическом кабинете, работающем в две смены по системе чередования. Кабинет оборудован световой сигнализацией для вызова больных. Время работы хирургического и лечебно-диагностических кабинетов согласовано. Использование вспомогательных кабинетов позволило повысить охват детей обследованием и лечением. Так, в 1978 г. на 100 посещений приходилось 22,9 физиотерапевтических процедуры, 14,4 — рентгенологических, 24,3 функциональных (ЛФК).

В общем числе посещений дети с травмами составили 14,1%.

Амбулаторно лечилось 93,8% всех первично обратившихся со следующими повреждениями: ранами — 37,8%, ушибами — 27,9%, переломами — 21,4%.

Были госпитализированы 6,2% пострадавших. Среди госпитализированных преобладали дети с черепно-мозговой травмой (38%), переломами (37,2%), ожогами (9,6%). Эти данные свидетельствуют, что в госпитализации нуждались дети с тяжелыми повреждениями. Они в последующем после выписки из стационара находились под диспансерным наблюдением.

Для правильной организации работы по предупреждению детского травматизма мы учитывали частоту повреждений в зависимости от возраста. Оказалось, что 54,6% детей, получивших травмы, были в возрасте от 7 до 14 лет, 26,0% — от 3 до 7 лет и 11% — от 1 до 3 лет. Учет травматизма по возрастному принципу помогает принимать эффективные меры профилактики относительно каждой возрастной группы.

В структуре повреждений бытовые травмы составили 64,8%, уличные — 27,5%, полученные во время пребывания в школе или дошкольных учреждениях — соответственно 3,2 и 3,0%, связанные с занятием спортом — 1,0%, транспортные — 0,5%. Удельный вес детей в общем числе пострадавших от травм составил 13%.

Тщательный учет и оперативный анализ всех повреждений, разработка и осуществление в тесном контакте с сотрудниками ГАИ мер по предупреждению детского травматизма способствовали снижению интенсивных показателей детского травматизма за последние 3 года: травм с 90,5 до 71,1, а переломов с 18,3 до 16,9 на 1000 детей.