

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

К ТЕХНИКЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Асс. А. П. ЧИГАРИН

Из акушерско-гинекологической клиники (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

При внутривенном переливании крови могут встретиться технические затруднения: плохо выраженные вены на конечностях, рубцы после бывших веносекций, невозможность высвободить конечность больного во время производства операции, особенно при грудной или брюшной операциях.

Встретившись с подобными затруднениями, мы произвели внутривенные переливания крови и различных растворов в кожную вену шеи — наружную яремную вену¹.

Приводим два примера:

1. Больная Ф., 32 лет, имеет культы обеих предплечий после производственной травмы, гемоглобин — 32 единицы, в локтевых сгибах рубцы от веносекций. Диагноз: туберкулезный перитонит. Произведено в наружную яремную вену 3 раза капельное переливание консервированной крови и эритроцитной массы и 1 раз введен раствор индиго-кармина для хромоцитоскопии. Осложнений не было.

2. Больная М., 16 лет, ювенильное маточное кровотечение, гемоглобин — 24 единицы, в локтевом сгибе и на плече обеих сторон рубцы после веносекций. Произведено в наружную яремную вену переливание консервированной крови медленно-струйным способом 3 раза. Осложнений не было.

Наружная яремная вена (описание по В. Н. Тонкову), самая значительная из кожных вен шеи, обычно начинается двумя корнями: передний представляет анастомоз с задне-лицевой веной, задний образуется позади ушной раковины путем слияния затылочной вены с задней веной ушной раковины. Соединяются эти корни у переднего края грудинно-ключично-сосковой мышцы, на уровне угла нижней челюсти; отсюда вена спускается косо по наружной поверхности названного мускула, достигая заднего края несколько выше ключицы, прободает собственную фасцию шеи и впадает в угол соединения подключичной и внутренней яремной вен.

При переливании крови (или растворов) в наружную яремную вену больной должен лежать со свисающей головой, для чего под плечевой пояс подкладывают валик. Кроме того, голова должна иметь значительный поворот в сторону, противоположную той вене, в которую предполагается ввести иглу для переливания (поворот головы влево при переливании в правую наружную яремную вену). После хирургической обработки кожи и укладки стерильной салфетки помощник кладет палец на мягкие ткани шеи параллельно ключице и умеренно нажимает. Обычно наружная вена заметно набухает и хорошо вырисовывается в виде тяжа толщиной с карандаш. Врач, переливающий кровь, становится у головы и вкалывает иглу (Дюфо или от шприца Рекорд) в вену, в направлении к ключице, по ходу крови.

В случаях, когда вена недостаточно обозначается, больному предлагается задержать дыхание или потужиться с закрытой голосовой щелью.

Нужно отметить, что кровь всегда быстро переливается, поэтому скорость ее течения необходимо уменьшать, зажимая трубку системы переливания крови зажимом Пеана.

В акушерско-гинекологической клинике Казанского ГИДУВа нами 23 раза применен этот способ переливания у 14 больных. Всего мы сделали 150 таких переливаний без осложнений.

¹ Переливание крови в наружную яремную вену успешно применял в 30-х годах в Казани д-р Еляшевич. Ред.

Сообщая о способе переливания крови (и других жидкостей) в наружную яремную вену, мы имеем целью рекомендовать его в случаях технических затруднений переливания крови в обычных областях, чтобы избежать веносекции, которая имеет очевидные недостатки: секция вены требует больше времени, после нее остаются рубцы, иногда контрактуры.

Но предлагаемый нами способ, при его легкости и простоте, все же не должен вытеснять привычные регламентированные способы переливания крови.

Поступила 26 декабря 1957 г.

К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАЦИИ GRIGORIU ПРИ ВЫПАДЕНИИ МАТКИ

Канд. мед. наук А. П. КАЛИНИН

Из кафедр хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко) и акушерства и гинекологии (зав.—проф. Н. Е. Сидоров) Казанского института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Существует большое количество оперативных методов лечения выпадения матки, и уже одно это свидетельствует о том, что трудно выбрать такую операцию, которая давала бы радикальный ближайший и отдаленный результаты и в то же время была бы наименее травматичной и легко выполнимой. Всякая новая операция или какая-либо модификация наиболее распространенных операций требует проверки на большом операционном материале. Особый интерес представляют выявление и освещение в литературе осложнений, наступающих как в ходе операции, так и на различных сроках после нее.

Ниже приводится описание наступившего осложнения после операции, произведенной со значительными отклонениями от типичного ее выполнения по Grigoriu.

Операция румынского профессора Grigoriu¹, предложенная им в 1927 г. для лечения выпадения матки, мало известна в нашей стране. В отечественной литературе первое сообщение о результатах оперативного лечения выпадения матки по этому способу было сделано в 1934 г. П. В. Маненковым и Е. Д. Рузским². На основании своего клинического опыта и сравнения результатов оперативного лечения по Grigoriu с другими способами, которые применялись в клинике проф. В. С. Груздева, они уже тогда рекомендовали эту операцию как дающую наилучший результат. С тех пор в Казани она широко и с успехом применяется. При этой операции матка с придатками помещается между передней поверхностью сшитых прямых мышц и передней стенкой их влагалища; при накладывании швов на апоневроз в шов захватывается и передняя стенка матки. У женщин в детородном возрасте производится резекция труб. Вторым этапом операции является пластика задней стенки рукава и промежности со швами на мышцы тазового дна. Таким образом, влагалищная операция производится после лапаротомии. Простота, безопасность и быстрота, прочность фиксации относятся к числу достоинств этой операции. Что касается отдаленных результатов, то наблюдения казанских клиник позволяют высказаться в пользу операции Grigoriu и присоединиться к той положительной оценке, которая дается ей в немецкой литературе.

Сущность модификации Е. Д. Рузского заключается в том, что матка прикрепляется не в сторону пупка, а в направлении лобка, то есть матке придается положение гиперантефлексии, и что с маткой из брюшной полости выводятся только трубы, а яичники после пересечения и перевязки мезосальпинксов опускаются в брюшную полость, и этим исключается необходимость резекции труб. Кроме этого, Е. Д. Рузский рекомендует укорачивать круглые связки.

1. C i u b a s. Die plastische Operation des uterusprolapsus nach E. Grigoriu. Zbl. f. Gyn., 4, 1933.

² Журнал акушерства и женских болезней, 6, 1934.