

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.

Просмотрев интересные нас истории болезней, мы нашли, что в практической работе некоторые гинекологи пользуются другой «модификацией»: передняя стенка тела матки выводится под кожу, а края апоневроза пришиваются вокруг тела матки; дно матки фиксируется внизу или вверху операционной раны, в зависимости от того, как она лучше «ложится»; придатки же всегда помещаются за передним листком апоневроза.

При этой модификации (если произведенную операцию еще можно назвать модификацией операции Grigoriu), при которой матка была выведена под кожу вместе с придатками, наступило осложнение, потребовавшее вторичного хирургического вмешательства.

Больная С-а, 46 лет, в марте 1956 г. по поводу выпадения стенок влагалища и начальной стадии выпадения матки оперирована по только что указанному способу в комбинации с передней и задней кольпоррафией. Уже в июне в области операционной раны появилось опухолевидное образование, более или менее быстро увеличивающееся в размерах.

С диагнозом послеоперационной грыжи 7 августа 1956 г. она вновь поступила в акушерско-гинекологическую клинику Казанского ГИДУВа. При обследовании рецидива выпадения стенок влагалища и матки не установлено. В нижнем отделе живота, по средней линии и по бокам от нее, больше справа, пальпировалась опухоль тугоэластической консистенции, $13 \times 8 \times 5$ см³, неправимая в брюшную полость и мало болезненная при пальпации. В клинике диагноз послеоперационной грыжи подтвержден, 15 августа — операция под местной анестезией по А. В. Вишневному.

Овальным разрезом иссечен послеоперационный рубец, края кожи отпрепарованы от тела матки и апоневроза. «Опухоль» оказалась резко измененными придатками, которые в отдельности не определялись и были интимно сращены с кожей и апоневрозом. Придатки удалены. У угла матки справа обнаружено конусовидное выпячивание брюшинного листка. После вскрытия брюшной полости конусовидное выпячивание брюшины зашито кистным швом. Тело матки добавочно фиксировано двухрядными узловатыми швами к апоневрозу, благодаря чему матка как бы «ушла» в толщу брюшной стенки. Послеоперационное течение гладкое. 6 сентября того же года выписана в хорошем состоянии. Через полтора года после операции общее состояние больной хорошее, жалоб не предъявляет, рецидива выпадения матки нет, выполняет прежнюю работу.

Мы затрудняемся назвать все причины, которые привели к резкому изменению придатков в нашем наблюдении, но полагаем, что ведущую роль сыграло их сдавление.

Мы сочли нужным опубликовать данное сообщение не только с целью описания наступившего осложнения после оперативного лечения выпадения матки, но и с целью привлечь внимание гинекологов к оперативному лечению по Grigoriu этого страдания.

Дело в том, что описанные выше «модификации» операции Grigoriu, кроме модификации Е. Д. Рузского, выполнены исполнителями этих операций случайно, причем каждый оператор считал, что он оперирует типично по способу румынского профессора. Таким образом, выявилась необходимость напомнить о деталях операции Grigoriu, имеющей ряд несомненных преимуществ, и предостеречь от применения вышеописанной «модификации» этой операции.

Поступила 29 марта 1958 г.

К КАЗУИСТИКЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО ЖЕЛЧНОГО СВИЩА ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Р. Н. РАХМАТУЛЛИН

Из Усалинской больницы Кзыл-Юлдузского района,
ТАССР (главврач — Р. Н. Рахматуллин)

Больная А. Корчагина, 48 лет, колхозница, поступила в Усалинскую больницу 31 октября 1955 г. со свищом в передней брюшной стенке, через который выходили камни. Болеет 2 года, когда впервые появились боли в правом подреберье и в пояснице; боли периодически возобновлялись в виде приступов. Больная продолжала