

струации повторились, затем наступила беременность, которая протекала с явлениями угрожающего выкидыша при сроке 9—10 недель, а при сроке 13—14 недель перестала развиваться (missed abortion).

II У. С., 33 лет, атрезия цервикального канала наступила после выскабливания полости матки на 21-й день после родов. Длительность заболевания — 7 лет. Помимо аменореи, больная жаловалась на головные боли, частые боли в низу живота и пояснице. При гинекологическом осмотре обнаружена начинающаяся атрофия половых органов. Гистологическое исследование эндометрия выявило малое количество желез, фибробластическое превращение стромы, местами инфильтрацию стромы лейкоцитами.

Базальная температура однофазная, цитологическая картина влагалищного отделяемого — III реакция по Гейсту и Сэлмону. Двукратным зондированием и дилатацией удалось добиться восстановления проходимости цервикального канала, но менструации не восстановились, несмотря на гормоно- и физиотерапию. Произведена трансплантация плодных оболочек вкладыванием лоскута в полость матки. Менструации восстановились, и улучшилось самочувствие: прошли головные боли и боли в животе. Длительность наблюдения — 1 год 8 мес.

Анализируя приведенные клинические наблюдения, фиксируем внимание на том, что пересадка плодных оболочек, примененная нами для лечения рецидивирующих атрезий цервикального канала и аменореи, связанной с ареактивностью эндометрия, у всех больных оказалась успешной. У 1 больной после восстановления менструаций через 2 месяца наступила беременность. То обстоятельство, что больные не реагировали на ранее проводимое гормональное лечение, а пересадка плодных оболочек в сочетании с теми же гормональными методами вызвала у всех больных восстановление менструаций, позволяет отнести успешное лечение аменореи за счет пересадки плодных оболочек.

Восстановление менструаций при неполноценном эндометрии после трансплантации плодных оболочек в полость матки, по-видимому, происходит вследствие того, что пересаженные оболочки являются биологически активным веществом, стимулирующим рост эндометрия.

Поступила 29 января 1962 г.

ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

М. С. Серженко

Родильное отделение (зав.— М. С. Серженко) медико-санитарной части Ждановского металлургического завода (главврач — М. Л. Самойлович, руководитель работы — канд. мед. наук А. М. Чарный)

Материалом для данной работы послужило многократное измерение венозного давления у 125 беременных с различными сроками беременности. Мы разбили их на две группы. В I включили 65 женщин с нормально протекающей беременностью, во II — 60 с различной патологией беременности или заболеваниями.

Венозное давление измерялось флеботонометром Вальдмана прямым методом. Независимо от возраста беременной и срока беременности колебания венозного давления у женщин первой группы были от 70 до 120 мм водяного столба, то есть находились в пределах нормы по данным большинства авторов (Аденский, Давыдов, Вальдман).

Женщин II группы мы разделили на несколько подгрупп.

В I подгруппу вошли 18 женщин с ранними токсикозами беременности. АД у них было, как правило, нормальным (115/70). Венозное давление у 16 женщин было повышено до 170 и у двух — до 140, причем чем резче были выражены проявления токсикоза, тем выше цифры венозного давления. После прерывания беременности венозное давление в течение первых двух суток оставалось на высоких цифрах и снижалось до нормальных цифр только на 10—12 день.

Во II подгруппу вошли 27 женщин с выраженными явлениями нефропатии. У большинства из них нефропатия развивалась на поздних сроках беременности (на 32—40 неделе). АД в этой подгруппе, как правило, было несколько повышенным (140/90). Венозное давление достигало 180—120. У одной нефропатия развивалась на раннем сроке беременности, и венозное давление достигало 240.

После необходимого лечения венозное давление у беременных этой подгруппы имело тенденцию к медленному снижению, однако даже спустя значительный промежуток времени оно было на уровне 170. У одной беременной в последующем раз-

вилась эклампсия в родах, венозное давление в это время было 190. Через 3,5 мес. после родов, при удовлетворительном самочувствии, отсутствии жалоб, нормальном АД венозное давление было 210. В моче обнаружен белок. Только после лечения венозное давление снизилось. Эти данные свидетельствуют о значительной стойкости венозной гипертензии у беременных с нефропатией, что, несомненно, ухудшает состояние плода как во время беременности и родов, так и в период новорожденности (Новиков, 1961).

III подгруппа включает 7 беременных с приобретенными комбинированными пороками сердца (стеноз левого атриовентрикулярного отверстия и недостаточность двухстворчатого клапана). У 2 женщин с ранними сроками беременности (до 12 недель) без явлений декомпенсации артериальное и венозное давление было нормальным. У 5 женщин были большие сроки беременности (32—40 недель) и при поступлении в стационар наблюдались явления декомпенсации. АД было нормальным и не поднималось выше 110/70. Венозное давление колебалось от 210 до 240. После выведения из состояния декомпенсации и через 3 месяца после родов венозное давление достигало 170.

По данным ряда авторов (Вальдман, Давыдов, Ланг, Аденский), повышение венозного давления у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями всегда связано с возникновением декомпенсации и начинает повышаться раньше, чем обнаруживаются явные симптомы сердечной недостаточности.

Венозное давление вообще и особенно у беременной является очень чувствительным показателем циркуляторных нарушений в организме и имеет значение в диагностике и профилактике патологии беременности. Измерение венозного давления должно прочно войти в жизнь родовспомогательных учреждений и женских консультаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аденский А. Д. Венозное давление и его значение в клинике сердечно-сосудистых заболеваний, Минск, 1953. — 2. Ванина Л. В. Акуш. и гинек., 1959, 2. — 3. Змитрович Л. А. Акуш. и гинек., 1960, 1.

Поступила 15 марта 1962 г.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПО ДАННЫМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 2 ГОРБОЛЬНИЦЫ КАЗАНИ

М. И. Слепов

Гинекологическое отделение (зав.— М. И. Слепов) 2-й Казанской городской больницы (главврач — М. И. Мухаметова)

Внематочная беременность — наиболее частая патология, с которой приходится сталкиваться акушеру-гинекологу.

Клиническая картина внематочной беременности разнообразна, что затрудняет диагностику данного заболевания. На большой процент ошибочной диагностики указывают Р. Я. Данилевич и В. С. Хрустальков (42,7%), Н. М. Горшков и Е. И. Фролова (47%).

Количество больных с внематочной беременностью возрастает с каждым годом. За 5 лет (1957—1961 гг.) в гинекологическом отделении произведено 746 операций, из которых по поводу внематочной беременности оперировано 410 больных, или 55% всех оперированных. Такой высокий процент больных с внематочной беременностью можно объяснить тем, что гинекологическое отделение оказывает неотложную гинекологическую помощь по городу.

У 406 была трубная беременность, у 2 — в рудиментарном роге, у 1 — яичниковая и у 1 в культе удаленной трубы. У одной наблюдалась многоплодная трубная беременность. В возрасте до 20 лет была 1; с 20 до 25 — 28; с 26 до 30 — 124; с 31 до 35 — 154; с 36 до 40 — 90; старше — 13. В возрасте 26—35 лет было 67,6%.

Увеличение количества женщин с внематочной беременностью можно объяснить увеличением количества больных воспалительными заболеваниями половой сферы.

Еще В. С. Груздев указывал на ведущую роль в возникновении внематочной беременности септических воспалений и искусственных аборт.

Наиболее характерны приступообразные боли в низу живота, общая слабость. Часто отмечались боли, отдающие в область прямой кишки.