

фильные эритроциты, единичные нормобласты. Тромбоцитов 6 600. Тромбоциты гигантской формы. Длительность кровотечения по Дюке — 15 мин. Время свертывания по Мас и Магро — 3 мин.

Назначены хлористый кальций, спорынья, аскорбиновая кислота, викасол, рутин. Состояние прогрессивно ухудшалось. Гем. снизился до 22 ед. Э. — 1 600 000, было решено по жизненным показаниям прибегнуть к спленэктомии.

18/III-60 г. в хирургическом отделении больной удалена селезенка. Послеоперационный период протекал без осложнений, маточное кровотечение прекратилось тотчас же после операции. Состояние больной значительно улучшилось, хотя Гем. — 17 ед., Э. — 1 260 000. Тромбоцитов 6 300.

На четвертые сутки: Гем. — 20 ед., Э. — 1 710 000, РОЭ — 70 мм/час. Л. — 112 000, миелобл. — 5%, промиелоцитов — 4,5%, миелоц. — 5%, ю. — 6%, п. — 17,5%, с. — 55%, л. — 2%, м. — 3%. Клеток Тюрка — 0,5%, эндотелиальных клеток — 0,5%. Резкий анизо-пойкилоцитоз, макро-микроциты, мегалоциты. Множество полихроматофильных эритробластов — 270×200 , нормобластов — 191×200 .

2/IV-60 г. больная вновь переведена в терапевтическое отделение, где продолжала получать антибиотики, препараты железа, кортизон, назначенные после спленэктомии. Состояние постепенно улучшалось. Через месяц после операции больная чувствовала себя вполне окрепшей. Гем. — 35 ед., Э. — 2 620 000, ц. п. — 0,68. В красной крови на фоне анизо-пойкилоцитоза лишь единичные эритронормобласты. РОЭ — 8 мм/час. Л. — 8400. Встречались единичные гемобласты и миелобласты.

При гистологическом исследовании удаленной селезенки отмечены ее гиперплазия, склероз трабекул и стенок сосудов.

27/IV-60 г. больная выписана в хорошем состоянии. РОЭ — 7 мм/час, Гем. — 49 ед., Э. — 3 280 000, Л. — 6200, п. — 3,5%, с. — 42,5%, л. — 22,5%, м. — 29%, э. — 1,5%, б. — 1%. Тромбоцитов — 3280.

Через 8 месяцев (25/XI-60 г.) больная госпитализирована повторно в удовлетворительном состоянии с необильным менструальным кровотечением и единичными отцветающими синяками на коже. После спленэктомии чувствует себя удовлетворительно, работает, менструации необильные. Принимает викасол и спорынью.

Гем. — 50 ед., РОЭ — 17 мм/час, Л. — 7000, Э. — 4 530 000. Ретикулоцитов — 3,2%, тромбоцитов — 4530. Длительность кровотечения — 15 мин. Время свертывания крови по Мас и Магро: начало — 2 мин 15 сек, конец — 9 мин.

7/XII-60 г. больной сделана стерильная пункция.

Установлена гиперплазия миелоидной ткани, преимущественно эритроидного и мегакариоцитарного роста без нарушения созревания гранулоцитов и эритроцитов. Со стороны мегакариоцитограммы отмечаются сдвиг влево, уменьшение количества тромбоцитообразующих мегакариоцитов.

Миелограмма оказалась типичной для болезни Верльгофа и подтвердила поставленный ранее диагноз. Необычным у данной больной было то, что после спленэктомии число тромбоцитов не повысилось. Со стороны периферической крови наблюдалась кратковременная значительная лейкомоидная реакция, миелоидная и обилие эритробластов и нормобластов в гемограмме. Спленэктомия спасла больной жизнь.

После повторной госпитализации больная выписана в хорошем состоянии с умеренной анемией (Гем. — 54 ед., тромбоцитов 29 100).

Поступила 30 марта 1961 г.

ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Доцент Я. Е. Кривицкий, асс. Л. И. Завершинская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. Я. Е. Кривицкий) Оренбургского
медицинского института

В 1961 г. в нашей клинике операция искусственного влагалища из околоплодных оболочек произведена двум больным в возрасте 21—23 лет.

Околоплодные оболочки брались от здоровых родильниц с отрицательной RW за 1,5—3,5 ч. до операции и сохранялись в стерильной стеклянной банке с притертой пробкой. В банку заливался физиологический раствор с прибавлением 100 мл 40% раствора глюкозы и 500 тыс. ед. пенициллина.

Подготовка к операции обычная. Операции производились под эфирно-кислородным наркозом. На 1,5 см ниже уретры производился поперечный разрез и тупым, частично острым путем расслаивалась клетчатка между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины. Для гемостаза ложе тампонировалось стерильными салфетками. Протез готовился из марли длиной 12 см, шириной 5 см и заранее автоклавировался.

В момент операции протез обертывался околоплодными оболочками (хорион наружу), края оболочек сшивались 3—4 кетгутовыми швами, и через зеркало Куско протез вводился в созданное ложе. Край протеза фиксировался к коже половых губ. Послеоперационный период в обоих случаях протекал без осложнений.

На 8-е сутки протез извлекался, влагалище промывалось перекисью водорода 3% или раствором фурациллина 1:5000 и с 8 по 30—32 день протезировалось. В качестве протеза использовали презерватив, наполненный марлей и смазанный синтомициновой эмульсией. Постоянный катетер мы не ставили, а при мочеиспускании будущее влагалище закрывалось стерильной пеленкой, сложенной вчетверо. Обе женщины выписаны домой на 35—38 день в хорошем состоянии.

Влагалище свободно пропускало 2 пальца. Стенки вновь созданного влагалища были розового цвета, достаточно увлажнены. Через 8 месяцев при повторном осмотре оказалось: одна женщина живет половой жизнью, влагалище розового цвета длиной 11 см, шириной — 5 см, умеренно выражена складчатость.

Вторая половой жизнью не живет, влагалище пропускает два пальца, в верхней трети сужено, проходимо для 1,5 пальцев. Слизистая при осмотре зеркалом розового цвета, ровная.

Нам представляется, что создание искусственного влагалища из околоплодных оболочек является простой и безопасной операцией, обеспечивающей удовлетворительные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арист И. Д. Акуш. и гинек., 1956, 4. — 2. Стекольников А. Д. Акуш. и гинек., 1959, 2. — 3. Цирюльников М. С. Акуш. и гинек., 1956, 4.

Поступила 1 марта 1962 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Н. С. Мазченко (Ташкент). О диагностике гастро-дуоденальных кровотечений

Как известно, определение природы гастро-дуоденального кровотечения представляет большие трудности.

Предложение считать всякое желудочное кровотечение язвенным (К. Д. Иоакимис) не нашло значительного числа сторонников. Многие авторы придают большое значение вопросу точной диагностики гастро-дуоденальных кровотечений, подчеркивая нежелательность срочного оперативного вмешательства при незвенных геморрагиях (И. Д. Аникин, В. Д. Братус, Н. Е. Филипович). Часто такие кровотечения возникают на почве цирроза печени и нередко являются первым его признаком, когда другие симптомы еще не проявились (А. Н. Бакулев и Ю. А. Галушко, Ю. Ю. Джанелидзе, Т. О. Корякина). Спленопортография как один из наиболее достоверных способов выявления портальной гипертензии недоступна широкому кругу врачей. В связи с этим заманчиво предложение Шобинжера судить о вне- или внутрипеченочном блоке по состоянию межреберных вен и их коллатералей, для чего вводят контрастное вещество в одно из нижних ребер.

Нами по такому способу исследовано 12 больных, у которых распознавание причины гастро-дуоденальных кровотечений представляло трудности.

Методика. В 9 или 10 ребро слева по средней подмышечной линии игла с мандреном вводится сверлящими движениями кпереди. Когда ощущается проникновение иглы в губчатый слой ребра, мандрен вынимается, к игле присоединяется шприц с 0,5% раствором новокаина, которого вводится 10—20 мл. Во время удаления мандрена из иглы может показаться несколько капель крови, что свидетельствует о правильном положении иглы. Однако в этом можно убедиться более точно в момент введения новокаина. Если требуется применение некоторой силы и пациент отмечает слабую болезненность, следует полагать, что игла находится в губчатом слое ребра. Удостоверившись в правильном положении иглы, приступают к введению контрастного вещества. Мы применяем 70% кардиограф в количестве 10 мл. Снимок при экспозиции 6 сек производится в тот момент, когда в шприце остается 1—2 мл раствора. Отсутствие специального аппарата не позволяло нам производить серийные снимки, как это рекомендуется. Тем не менее, и на таких рентгенограммах мы получали картину, по которой имели возможность ориентироваться. При портальной ги-