

В момент операции протез обертывался околоплодными оболочками (хорион наружу), края оболочек сшивались 3—4 кетгутowymi 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 незвонных 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. Удовольствие в правильном положении иглы, приступают к введению контрастного вещества. Мы применяем 70% кардиотраст 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-

гипертензии межреберные вены проявляются в количестве 2—3. Это возможно и при отсутствии цирроза печени, но в таких случаях они менее отчетливы. Кроме того (на что следует обратить главное внимание), вырисовываются коллатеральные вены на грудной и брюшной стенках. Эти сосуды располагаются глубоко и при наружном осмотре больного не видимы. Наличие их всегда служило признаком портальной гипертензии. Часто могут быть обнаружены и другие сосуды. Так, при отсутствии печеночного блока иногда видна полунепарная вена. При портальной гипертензии нередко вырисовываются позвоночные сплетения.

Наше небольшое число наблюдений все же позволяет рекомендовать изложенный метод в тех неясных, сомнительных случаях желудочно-кишечного кровотечения, когда хирург решает мучительную задачу о показаниях к неотложному хирургическому вмешательству.

Доц. А. С. Виноградов и В. Я. Аванесова (Казань). Первичный рак желчного пузыря

Первичный рак желчного пузыря встречается не часто среди других раковых заболеваний и, по опубликованным статистическим материалам различных авторов, колеблется от 0,11 до 0,7% к общему числу вскрытий, а ко всем злокачественным заболеваниям — от 1,43% до 2,31%.

Ввиду редкости этого заболевания представляет практический интерес опубликование нашего наблюдения, в котором первичный рак желчного пузыря привел к образованию свища в двенадцатиперстную кишку, что не могло не осложнить клиническую картину заболевания, которая вообще не характерна и трудна для прижизненной диагностики.

П., 44 лет, считает себя больной с 23/III 1959 г., когда у нее впервые появились резкие боли в правом подреберье. Боли были настолько интенсивны, что пришлось вызвать скорую помощь, врач скорой помощи доставил ее в больницу № 2 Казани. В больнице диагностировали острый холецистит, назначили консервативное лечение и через 7 дней выписали. С этого времени больную стали часто беспокоить ноющие боли в правом подреберье, которые не зависели от качества и количества пищи. Понижился аппетит, больная стала худеть. Продолжала лечиться амбулаторно от гепатохолестита. В том же году осенью пробыла две недели в терапевтическом отделении 11 больницы, где поставлен диагноз — спланхноптоз и хронический гепатит.

При исследовании найдено:

Больная несколько анемична, упитанность понижена.

Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Печень плотноватая, безболезненная, с ровным нижним краем, на 3 поперечника пальца выступает ниже реберной дуги. Гем. — 12 г%, Э. — 3 770 000, РОЭ — 36 мм/час, п. — 6%, с. — 69%, э. — 2%, м. — 9%, л. — 14%.

Желудочный сок: натощак общая кислотность — 70, свободная HCl — 50, связанная — 20. После пробного кофейного завтрака общая кислотность — 50, свободная HCl — 30, связанная — 15; в осадке слизь, дрожжевые клетки.

RW отрицательна. Реакция кала на скрытую кровь положительна. Со стороны мочи отклонений от нормы не определяется.

Рентгеноскопия: легкие и сердце в норме, пищевод — норма; желудок гипертоничен в форме крючка с нижним полюсом на 1 см выше гребешковой линии, рельеф слизистой, контуры, смещаемость в норме, перистальтика в антральном отделе сегментирующего характера. Первичная эвакуация замедлена, привратник проходим, пассаж контрастного вещества по двенадцатиперстной кишке не изменен. При пальпации болезненность в антральном отделе.

После консервативного лечения больной стало лучше, и она выписалась. Около двух лет за помощью не обращалась, хотя боли в животе иногда тревожили. Вторично госпитализирована в ту же больницу в 1961 г. с направительным диагнозом цехового врача: спланхноптоз, неоплазма желудка.

Больная истощена. Кожные покровы бледны с восковидно-землистым оттенком. Со стороны легких и сердца изменений нет. Живот дряблый, отвислый, печень плотная, ровная, безболезненная, выступает из-под края реберной дуги на 3 поперечника пальца, селезенка не пальпируется.

Э. — 2 300 000, Л. — 4250, РОЭ — 50 мм/час, метамиелоциты — 2%, п. — 5%, с. — 73%, э. — 3%, м. — 3%, л. — 11%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, эритробласты и нормобласты единичные в препарате.

Рентгеноскопия. В III межреберье на фоне усиленного бронхососудистого рисунка определяются очаговые тени средней плотности. Корни расширены, уплотнены. Гипертрофия левого желудочка сердца, аорта умеренно уплотнена. Пищевод в норме, желудок формы крючка, нормотоничен, складки слизистой умеренно истончены, ровные, прослеживаются на всем продолжении. Контур, смещаемость, перистальтика в норме, первичная эвакуация несколько замедлена. Луковица двенадцатиперстной кишки в норме. Рентгенологический диагноз: умеренный гастрит.

За время пребывания в больнице состояние несколько улучшилось, и она потребовала выписать ее.