

кардиодистрофия и миокардиосклероз) оперативное вмешательство по поводу туберкулеза почки, калькулезного пиелонефроза, гидронефроза и камня почки не вызывает нарушения гемодинамики и стойких изменений в сердечно-сосудистой системе. Однако начало операции характеризовалось умеренным повышением АД (на 20—40—50 мм) с учащением ритма сердца и увеличением числа дыхательных движений. Эти изменения еще больше нарастали в момент разреза мягких тканей, манипуляциях по обнажению и удалению почки, а минимальное давление в это время снижалось и в последующие дни после операции находилось на низких показателях, по сравнению с исходными величинами. ЭКГ-изменения были незначительными в начале и в процессе операции, в особенности в момент обнажения и удаления почки. Указанные незначительные изменения в послеоперационном периоде и к моменту выписки больных из клиники выравнивались до исходного состояния.

Замедленной оказалась в послеоперационном периоде проба Штанге.

В послеоперационном периоде значительных осложнений мы не наблюдали. Мнение об угрожающей опасности операций в преклонном возрасте с органическим заболеванием сердца и сосудов является преувеличенным и требует в каждом отдельном случае индивидуального подхода с учетом показаний и противопоказаний к операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Л. А. Вестн. хир., 1926, т. 5, кн. 15.
2. Он же и Шаак В. А. Ошибки, опасности и непредвиденные осложнения до- и послеоперационного периода, М.—Л., 1936.
3. Козлов Ю. Н. Врач. дело, 1935, 5.
4. Крикент Р. К. и Петрушевский Б. Н. Русск. клин., 1930, т. 13.
5. Пытель А. Я. и Туманский В. К. Клин. мед., 1936, 1.
6. Толстиков Д. Ф. Русск. клин., 1924, стр. 543—547.
7. Трухалев Н. А. и Заблоская С. А. Клин. мед., 1938, 10.
8. Шапиро Я. С. Венозное давление. М.—Л., 1937, вып. 1.
9. Шипицина В. П. Врач. дело, 1930, 1.

Поступила 27 февраля 1959 г.

ОСТАНОВКА РАННИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЛИГАТУРАМИ НА СТЕНКУ ШЕЙКИ МАТКИ

М. Г. Воеводина

Чистопольский родильный дом

Борьба с атоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде все еще остается одной из трудных задач и требует дальнейшего выявления надежных кровоостанавливающих способов. Особенно она трудна для практических врачей, работающих в условиях, где не имеется достаточного количества крови для замещения.

Я хочу поделиться способом борьбы с атоническим ранним послеродовым кровотечением, которым пользуюсь с 1949 г.

Предварительно катетером опорожняется мочевой пузырь, во влагалище вводят зеркало с подъемником. Щипцами Мюзо захватываются обе губы *portio vaginalis*. Шейка сильно подтягивается на себя, с ее обеих сторон через боковые своды на высоте не более 1 см накладываются кетгутовые лигатуры путем прошивания всей толщи мускулатуры шейки под контролем пальцев левой руки, введенных в шеечный канал. В одном случае неполной остановки кровотечения накладывалась дополнительно лигатура на заднюю губу шейки (по способу В. А. Лосицкой).

Данную операцию при очень сильном кровотечении желательно производить с приподнятым тазовым концом. В этом положении можно оставить родильницу в течение двух часов и немедленно приступить к переливанию крови и кровезамещающих жидкостей. При отсутствии больших доз крови ее можно переливать дробно. Лигатуры снимаются через 10—12 часов.

В качестве примеров могут служить следующие два случая, при которых пришлось прибегнуть к наложению кетгутовых лигатур.

I. Д., 22 лет, поступила 29/V-59 г. Беременность первая, роды первые. Атоническое кровотечение обусловлено задержкой частей последа при выжимании последа по Креде. Тотчас же произведено ручное обследование полости матки. Удалены кусочки послеродовой ткани. Кровотечение не останавливалось, матка расслаблялась. Произведено инструментальное обследование полости матки, подковожно введен 1 мг питутрина. Кровотечение продолжалось, матка оставалась мягкой. Наложены кетгутовые лигатуры на боковые стенки шейки матки вышеописанным способом. Кровотечение остановилось сразу. Общая кровопотеря — 900 мл.

Проведены меры борьбы с кровопотерей. Наступило выздоровление.

II. С., 21 года, поступила 17/XII-59 г. Беременность первая, роды первые без осложнений. Через 4 ч. 35 мин началось атоническое кровотечение. Произведено инструментальное обследование полости матки. Удалены в большом количестве сгустки и

жидкая кровь. Введено подкожно 1 мг питунтрина и внутривенно — 20 мл 40% раствора глюкозы. Кровотечение продолжалось. Наложены кетгутовые лигатуры на стенку шейки матки, и кровотечение остановилось. Общая кровопотеря — 800 мл. Проведены меры борьбы к кровопотерей. Наступило выздоровление.

Кетгутовые лигатуры на стенку шейки матки мною наложены в десяти случаях атонического кровотечения.

Поступила 10 февраля 1961 г.

НЕОБЫЧНО ПРОТЕКАЮЩАЯ ИСТИМИКО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Асс. К. Н. Сызганова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института на базе гинекологического отделения

Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

20/I-59 г. поступила К., 29 лет, по поводу субсерозной фибромиомы тела матки и первичного бесплодия.

Наследственность здоровая. Замужем 10 лет. Беременностей не было. Менструации с 16 лет, через 20 дней, по 3 дня, без болей. Последняя нормальная менструация 17/I-59 г.

Считает себя здоровой и обратилась по поводу бесплодия. С 1956 г. лечилась физиотерапевтическими процедурами, сероводородными ваннами в Сочи и грязевыми влагалищными тампонами по поводу хронического воспалительного процесса придатков матки.

В сентябре 58 г., после двухмесячной задержки, появились кровянистые выделения из половых путей, временами усиливающиеся, но без болей. На протяжении месяца дважды лежала в одной из городских больниц с диагнозом: маточная беременность, угрожающий выкидыш. В третий раз госпитализирована к нам с подозрением на внематочную беременность. При исследовании определялась плотная, безболезненная опухоль у правого угла матки, по форме напоминающая утолщенную трубу или фиброматозный узел. Повторные реакции на беременность на лягушках были отрицательными.

15/X-58 г. произведено пробное выскабливание полости матки. Получен скудный соскоб. Гистологически децидуальной реакции нет. После выскабливания кровянистые выделения прекратились. Через 10 дней была отпущена домой в хорошем состоянии без каких-либо жалоб, с отвергнутым диагнозом — «внематочная беременность». Будучи дома, продолжала спринцевания в течение месяца. Кровянистые выделения не повторялись. Болей не было. Больная чувствовала себя хорошо, была здорова. Менструальный цикл стал нормальным. Трижды в срок пришли менструации.

20/I-59 г. при бимануальном исследовании у правого угла матки спереди обнаружена опухоль величиной с куриное яйцо. Локализация плотной опухоли у угла матки, не меняющейся на протяжении 4 месяцев, заставила подумать о фиброматозном субсерозном узле матки.

В семени мужа сперматозоиды в большом количестве, подвижные. При продувании труб установлена их непроходимость.

Выявление субсерозного фиброматозного узла и возможное влияние его на детородную функцию, а также непроходимость труб дали право предложить женщине лапаротомию для удаления угла и возможного восстановления проходимости фаллопиевых труб. Женщина на это охотно согласилась.

20/I-59 г. под местной инфильтрационной анестезией вскрыта брюшная полость по белой линии живота от лона до пупка (К. Н. Сызганова). Матка в пределах нормы. Левые придатки окутаны спайками, по разделении которых обнаружены нормальный яичник и утолщенная труба. Абдоминальное ее отверстие не зарощено. Правая труба длинная без макроскопических изменений. Правый маточный угол утолщен и превращен в продолговатую, плотную опухоль темно-багрового цвета, величиной с куриное яйцо. Круглая связка расположена у латерального полюса опухоли. Иссечен утолщенный угол матки. При этом образовалась большая воронкообразная рана, достигающая слизистой оболочки матки. Полость матки вскрыта. Произведена имплантация трубы в матку с введением через трубу и матку во влагалище пластмассовой трубочки. Брюшная полость послойно закрыта наглухо.

На разрезе удаленная опухоль оказалась организованным сгустком крови с тонкими тканевыми прослойками.

Микроскопически — тени хориальных ворсин в сгустках крови.

Окончательный диагноз — старая истмико-интерстициальная беременность правой трубы и воспалительный процесс левых придатков матки.

Описанный нами случай показывает, что истмико-интерстициальная трубная