

спускающаяся в правую подвздошную область. Печень и селезенка не увеличены. Предоперационный диагноз — неоплазма желчного пузыря (?).

11/X 1967 г. произведена операция (А. Н. Рябов) под местной анестезией. Желчный пузырь резко увеличен, перерастянут. В области перешейка на передней поверхности пузыря плотная бугристая опухоль с грецкий орех. Вокруг опухоли — инфильтрация стенки пузыря. Область дна пузыря и пузырного протока опухолью не занята. Опухоль прорастает внутрь желчного пузыря и закрывает выход из него. Печень цирротически изменена, уменьшена. В общем желчном протоке конкрементов нет. После наложения кисетного шва произведена пункция желчного пузыря и добыто около 250 мл гноя. В пузыре прощупывается камень величиной со сливу. Желчный пузырь удален вместе с опухолью. Раневая поверхность печени закрыта салынком. К ложу желчного пузыря подведена резиновая трубка и 2 турунды. Послеоперационный период протекал сравнительно гладко. 28/X 1967 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Кусочек опухоли был послан на гистологическое исследование в Казанский онко-диспансер. Гистологический диагноз — рак желчного пузыря.

В настоящее время больная чувствует себя хорошо, выполняет домашнюю работу.

УДК 616—006.311—616.383—616.343

### З. С. Дроздова и В. Р. Исаев (Куйбышев-обл.). Гемангиома брыжейки тощей кишки

М., 62 лет, поступил в хирургическое отделение 6/VII 1966 г. в 3 часа с жалобами на резкие боли внизу живота, позывы на мочеиспускание и стул. Заболел внезапно около часа назад. Направлен с диагнозом «острый аппендицит».

Общее состояние удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/60. Живот вздут, резко болезнен над лобком и в правой подвздошной области. Здесь же отмечается напряжение мышц. Положительные симптомы Щеткина — Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга, Ситковского. Больной перенес пневмонию, очаговый туберкулез легких, гоноррею. Месяц назад лечился в стационаре по поводу желудочно-кишечного кровотечения неизвестной этиологии. В последующем отмечались боли по ходу левого мочеточника и над лобком, задержка мочеиспускания. Моча без особенностей.

Явления перитонита нарастали, но только через 16 часов после госпитализации больной был оперирован. Вначале произведен аппендикулярный разрез по Мак-Бурнею. При вскрытии брюшной полости излилось несколько миллилитров крови. Удален забитый каловыми камнями, но макроскопически мало измененный червеобразный отросток. Больному дан эфирно-кислородный масочный наркоз и произведена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости найдено богатое сосудами кровотока опухолевидное образование в брыжейке тощей кишки. Оно прорастало стенку кишки и частично сдавливало ее просвет. Размеры опухоли —  $10 \times 10 \times 5$  см, внешне она очень похожа на гемангиому. Произведено ее удаление с резекцией 15 см кишки и наложением анастомоза конец в конец. Из брюшной полости удалено около 500 мл жидкой и со сгустками крови, после чего операционные раны послойно ушиты наглухо. Через микроирригатор в правой подвздошной области в брюшную полость введен стрептомицин и пенициллин.

Опухоль на разрезе состоит из полостей, заполненных кровью. В месте соприкосновения с ней слизистая кишки не изменена, обычного цвета и строения, на ней отчетливо видно отверстие 0,1 см в диаметре, через которое зонд проходит в удаленное образование. На передней поверхности его обнаружен варикозно расширенный и разорванный венозный сосуд, который и был источником кровотечения в брюшную полость. Гистологический диагноз: гемангиома брыжейки, сообщающаяся с просветом тощей кишки.

Послеоперационный период протекал без особых осложнений. М. выписан 26/VII 1966 г.

УДК 616—089.888.15

### К. В. Воронин и И. И. Фрейдлин (Казань). О лечении шеечной дистонии

Под шеечной дистонией понимают осложнение в родах, заключающееся в замедлении или отсутствии раскрытия маточного зева при наличии выраженной родовой деятельности. Различают две формы шеечной дистонии: пассивную (ригидность зева), обусловливаемую морфологическими изменениями, и активную (спазм зева), в основе которой лежит дискоординация родовой деятельности. Как правило, эти формы дистонии изолированно не существуют.

Мы наблюдали 57 женщин с дистонией шейки матки, из них у 23 были вызванные и у 34 спонтанные роды. У 15 женщин выявлена ригидность зева, у остальных — спазм.

Для вызывания родов использованы методы Г. М. Шарафутдинова (284 наблюдения), М. Е. Бараца (140) и метод внутривенного введения окситоцина (60); шеечная дистония наблюдалась соответственно у 8, 7 и 8 женщин. Следует подчеркнуть, что

при внутривенном введении окситоцина спазм зева встречался чаще и был выражен сильнее, чем при других методах, что подтверждается статистически ( $P < 0,05$ ).

Применялись различные спазмолитические препараты (атропин, промедол, дибазол, пентамин и др.). Самый лучший результат получен от пентамина. Мы вводили его 40 женщинам из 57 внутримышечно, внутривенно (в составе стимулирующей смеси) или непосредственно в шейку матки по 1—2 мл 5% раствора. Об эффективности препарата судили по динамике изменения в состоянии шейки матки и укорочению периода раскрытия. После введения пентамина в толщу шейки матки действие наступало через 3—5 мин. и было особенно выражено при спазме зева. Положительный результат получен у 31 женщины, слабо положительный у 5 и отрицательный у 4. Применение у последних 9 рожениц других спазмолитических средств (атропин, промедол и др.) при наличии ригидности зева также не дало эффекта, а у 4 рожениц произведена насадка зева. В то же время из 17 женщин, не получавших пентамина, насадка зева произведена у 4.

Наши данные позволяют рекомендовать пентамин в родах, осложненных шеечной дистонией.

УДК 616—002.446—618.145

### **Р. Ю. Ахмадеева (Альметьевск). Опыт применения диатермокоагуляции при эрозиях шейки матки**

Эрозия шейки матки — наиболее частое гинекологическое заболевание, с которым сталкиваются гинекологи.

В онко-гинекологическом кабинете Альметьевского нефтеносного куста Татарской АССР лечение эрозий шейки матки с 1965 г. проводится методом диатермокоагуляции.

За 1965—1967 гг. под нашим наблюдением было 1562 женщины, которым была произведена диатермокоагуляция эрозированной поверхности шейки матки.

Больных с эрозией шейки матки мы лечим консервативно не более 2—3 недель. При отсутствии эффекта делаем биопсию. Если при гистологическом исследовании рака не обнаружено, то производим диатермокоагуляцию.

Показанием для диатермокоагуляции у наших больных служили следующие гистологические данные биопсии: железисто-сосочковая гиперплазия шейки матки и железисто-кистозная гиперплазия шейки матки — у 1387 (88,07%) женщин, истинная эрозия — у 85 (5%), лейкоплакия — у 36 (2%), эрозированный эктропион — у 53 (3%), эритроплакия — у 1 (0,06%).

Противопоказанием для применения диатермокоагуляции эрозии являются: беременность, острые и подострые воспалительные заболевания гениталий, подозрение на злокачественную опухоль, кольпиты.

Диатермокоагуляцию эрозий мы производим в условиях женской консультации аппаратом ЭН-57 моноактивным электродом на 2—3-й день после окончания менструации, определив предварительно степень чистоты влагалищных выделений. Приходя в соприкосновение с активным электродом, участки эрозированной поверхности шейки матки подвергаются коагуляции и приобретают серовато-белый цвет. Коагулируют вначале периферию эрозии, а затем область наружного отверстия цервикального канала. При этом необходимо помнить, что передозировка при коагуляции слизистой цервикального канала шейки матки может привести к его заращению.

За 3 года у нас был один случай заращения цервикального канала после диатермокоагуляции у больной М., потребовалось бужирование цервикального канала.

После коагуляции мы рекомендуем больной гигиеническое подмывание и воздержание от половой жизни в течение 2 месяцев.

Во время первого контрольного осмотра (через 3—4 недели) после коагуляции мы назначаем спринцевание под небольшим давлением 0,5% раствором марганцовокислого калия с последующим вставлением тампона, подводя последний к шейке матки. Мы применяли тампоны с оксикортовой, преднизолоновой мазями, 10% синтомициновой эмульсией.

Заживление эрозированной поверхности обычно наступало через 8, реже через 12 недель. В исключительно редких случаях требовалась повторная диатермокоагуляция небольших «островков» незаэпителизированной поверхности эрозии, после которой наступала хорошая эпителизация.

Повторно диатермокоагуляция произведена у 34 больных (2,2%).

Контрольный осмотр после диатермокоагуляции мы проводим ежемесячно в течение первых 3 месяцев, затем через три месяца и в дальнейшем 2 раза в год.

Следует отметить, что заживление эрозированной поверхности после диатермокоагуляции происходило более медленно у тех больных, которые болели трихомонадным кольпитом.

УДК 618.31—611.651.1

### **Н. И. Пушкарёв (Белебей). Яичниковая беременность**

Больная 28 лет поступила 20/XI 1967 г. с диагнозом «частичная кишечная непроходимость».