

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНАТРЕЗИЙ

Л. А. Козлов и О. И. Линева

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Куратова

Наиболее частыми пороками развития женских половых органов являются гиненальная и вагинальная атрезии. В большинстве случаев они бывают врожденными и до наступления менструации ничем себя не проявляют, но могут возникнуть и в результате травмы. С развитием менструально-овариальной функции менструальные выделения не находят выхода наружу и скапливаются, образуя гематокольпос, гематометру, гематосальпинкс. Переполнение и перерастяжение внутренних половых органов обуславливают появление болей в животе в периоды, соответствующие наступлению менструации.

Диагностика атрезий не сложна. Она основывается на установлении в анамнезе отсутствия менструации и периодических ежемесячных болей в животе, выявлении зарращения отверстия в девственной плеве или на различных участках влагалища, прощупывании через переднюю брюшную стенку эластической опухоли, исходящей из малого таза (при большом гематокольпосе, гематометре), обнаружении при ректальном исследовании продолговатой эластической опухоли на месте влагалища выше зарращения. Лечение сводится к созданию отверстия и медленному выпусканью скопившегося содержимого. В дальнейшем необходимо тщательное наблюдение за эпителизацией краев отверстия и предупреждение инфицирования, рубцового сужения и зарращения его.

Однако эти условия не всегда выполняются, особенно врачами — не акушерами-гинекологами. Это ведет к ошибочным диагнозам и ряду осложнений. Приведем 4 наблюдения.

1. Г., 25 лет, обратилась к гинекологу в связи с предстоящим замужеством. Рассказала, что до 15 лет у нее не было менструации, затем появились боли в животе. Была прооперирована по поводу мнимого аппендицита. Операция не устранила болей. При обследовании половых органов хирург диагностировал гематокольпос и произвел разрез в области наружных половых органов, после чего наступило выздоровление. Менструация установилась по 4—5 дней через месяц, была болезненной и умеренной. За последние годы менструация стала длительнее, по 7—8 дней, в виде «мазни». Все это в связи с предстоящим замужеством заставило обратиться к гинекологу.

На месте входа во влагалище имеется углубление длиной в одну фалангу указательного пальца, заканчивающееся куполообразно. Через прямую кишку каких-либо изменений матки и придатков не выявлено. На уровне нижней трети влагалища прощупывается уплотнение. При осмотре зеркалами в центре углубления обнаружено точечное отверстие, пропускавшее с трудом тонкий хирургический зонд. Вокруг отверстия плотный рубец. Диагностировано сужение в нижней трети влагалища.

Под местной анестезией произведено расширение отверстия (Л. А. Козлов) бурами Гегара до № 12. Толщина перегородки 1,5 см, выше нее нормальное влагалище и шейка матки. Сделаны боковые разрезы, и суженный участок расширен в диаметре до 2 поперечных пальцев. Края раны зашиты в поперечном направлении. Заживление наступило быстро, но отверстие сузилось до 1 пальца. С целью ликвидации сужения в рубец вводили ежедневно в течение 10 дней лидазу по 64 ед. и делали массаж этого участка. Рубцовые изменения ликвидированы полностью. Пациентка вышла замуж, расстройств в половой жизни не отмечает. У нее наступила беременность, которая закончилась искусственным абортom по желанию пациентки.

Осмотр через три года. Вход во влагалище проходим для двух пальцев, никаких рубцовых изменений нет; от беременности Г. предохраняется.

2. Е., 17 лет, поступила в отделение 28/IX 1964 г. по поводу отсутствия влагалища. Год назад появились боли внизу живота, больше справа, которые периодически усиливались. Хирург диагностировал аппендицит и произвел аппендэктомию. Боли не прекратились, а спустя год значительно усилились. При исследовании через прямую кишку в малом тазу найдено тугоэластическое образование, принятое за матку (гематометра). Сделано чревосечение (проф. П. В. Маненков). Обнаружены два не слившихся рога матки: левый — рудиментарный, а правый, хорошо развитый, превратился в гематометру, с ним спаяна правая труба, представляющая собою гематосальпинкс. Они-то и являлись источником боли. Правый рог и труба удалены. Боли исчезли. Е. наблюдается нами до настоящего времени, здорова.

3. Х., 16 лет, поступила в апреле 1964 г. в местную больницу по поводу отсутствия менструации, сильных болей в животе и высокой температуры. Во влагалище была обнаружена поперечная перегородка. При ректальном исследовании выше перегородки пальпировалось перерастянутое влагалище и матка величиной с головку новорожденного. Во время обследования перегородка лопнула, и вытекло большое количество менструальной крови. Состояние улучшилось, больная была выписана.

Однако через два месяца она вновь поступила в ту же больницу. Оказалось, что отверстие заросло. Врач «сделал прокол с целью выпускания менструальной крови»,

после чего возникло инфицирование, и больная 31/VII 1964 г. в тяжелом состоянии с температурой до 39° доставлена в отделение.

Диагностировано рубцовое сужение влагалища, пиокольпос, пиометра, пиосальпинкс, пельвеоперитонит. Ввиду угрозы развития общего перитонита произведено чревосечение (В. С. Гирфанов). В левой половине малого таза обнаружен воспалительный конгломерат с вовлечением в него кишечных петель. Выведены дренажи. Наступило выздоровление. Через 3 месяца пришла менструация, установилась по 4—5 дней через 3 недели, без болей. Во влагалище осталось значительное рубцовое сужение. 14/X 1966 г. больная вновь поступила в отделение для ликвидации рубцового сужения влагалища в связи с предстоящим замужеством. Произведено расширение влагалища бужами Гегара до № 16 и рассечение суженной части его вдоль правой стороны почти до шейки матки (Л. А. Козлов). В дальнейшем в область рубца инъецировали лидазу по 64 ед. с антибиотиками и производили расширение влагалища бужами до № 26. Прходимость влагалища восстановлена. Через месяц Х. выписана домой. Сразу же вышла замуж. Никаких отклонений в половой жизни не было. Наблюдение за пациенткой продолжается.

4. Ш., 24 лет, поступила в отделение 25/IX 1965 г. Незамужняя, менструации с 15 лет, по 4 дня, через 27 дней, без особенностей. 26/XI 1964 г. оступилась и упала на небольшой столб, при этом повредила вход во влагалище, девственную плеву, нижний отдел уретры и влагалища, область клитора. Несмотря на первичную обработку и наложение швов, заживление шло вторичным натяжением с образованием значительных рубцовых изменений. После этого менструации стали длительными. Моча идет тонкой струйкой.

Обнаружены рубцовые изменения в области преддверия влагалища. Наружного отверстия уретры нет. В центре рубца точечное отверстие, с трудом пропускающее тонкий хирургический зонд. При обследовании через прямую кишку каких-либо изменений в матке и придатках не выявлено.

Под местной анестезией произведено расширение отверстия (Л. А. Козлов) бужами Гегара до № 13. Выяснено, что отверстие ведет во влагалище, на передней стенке которого сразу же за рубцом открывается мочеиспускательный канал. Сделаны боковые разрезы и создано отверстие, свободно пропускающее во влагалище 2 пальца. Вставлены мазевые турунды. Мочеиспускание нормализовалось. Через 3 месяца вход во влагалище пропускал один палец, слева был плотный рубец, справа и сзади — небольшие участки рубцового уплотнения. Нарушения мочеиспускания нет. Назначен массаж, инъекции лидазы по 64 ед. в область рубца, горячие сидячие ванны. Удалось добиться полной ликвидации рубца. Осмотр еще раз через 7 месяцев. Жалоб нет, менструация проходит как и до травмы, нарушения мочеиспускания не отмечается, вход во влагалище пропускает свободно 2 пальца, не сужен, края мягкие. Пациентке указано, что теперь она может выйти замуж, но перед замужеством должна показаться гинекологу.

УДК 616—002.45

О ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В. А. Баскаков

12-я больница г. Казани (главрач — Т. М. Барышева)

Несмотря на то, что прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки известно врачам около 120 лет, диагностика его в ряде случаев трудна, и нередки диагностические ошибки.

С 1957 по 1967 г. в хирургическое отделение поступил 361 больной с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (мужчин — 352, женщин — 9). В возрасте до 20 лет было 37 больных, от 21 года до 40 лет — 258, от 41 года до 60 лет — 51 и старше — 15. Самому молодому было 14 лет, самому старому — 82 года.

В срок до 6 часов с момента прободения язвы в больницу доставлены 310 больных, от 6 до 12 часов — 30 и позже — 21.

145 (40,2%) больных доставлены в больницу с неуточненным или ошибочным диагнозом. У 34 больных (9,4%) на операции не подтвердился дооперационный диагноз хирурга.

У 320 больных (88,9%) была типичная картина прободной язвы (острое начало, резкие боли в животе, доскообразное напряжение брюшных мышц), у 28 — атипичная (постепенное усиление болей, локальное мышечное напряжение) и у 13 больных (3,6%) оказалась прикрытая прободная язва.

Длительность язвенного анамнеза до 3 месяцев была у 57 больных, от 3 до 12 месяцев — у 47, от года до 3 лет — у 93, от 3 до 10 лет — у 68, более 10 лет — у 25.

Таким образом, у большинства больных прободению язвы предшествовал короткий язвенный анамнез.

У 84 больных прободение язвы наступило в зимние месяцы, у 108 — весной, у 74 — летом, у 95 — осенью; у 114 больных (31,6%) — в первую половину суток, у 247 (68,4%) — во вторую.

У 137 (37,8%) больных перфорация произошла на фоне обострения язвенной болезни (за несколько дней до прободения отмечались ноющие боли в области желуд-