

В. С. Семенов, В. В. Петров (Чебоксары). Профилактика несостоятельности толстокишечных анастомозов

Одним из тяжелых осложнений, приводящим в ряде случаев к летальному исходу после резекции толстой кишки, является гнойное осложнение с развитием несостоятельности кишечного анастомоза. На несостоятельность анастомозов влияют следующие факторы: состояние больного в момент операции; мероприятия, предупреждающие инфицирование брюшной полости; технические моменты операции как в вопросе тактики, так и в наложении самого анастомоза; мероприятия, направленные на декомпрессию оперированного участка кишки.

Несостоятельность анастомоза зависит не только от методов наложения межкишечных швов, но и от технических навыков и мастерства хирурга, установления адекватного показания к тому или иному виду операции, а также выраженности трофики стенок сшиваемых концов кишечника. Наконец, наиболее важным и ответственным моментом в профилактике несостоятельности межкишечных швов мы считаем создание декомпрессии на оперируемом участке толстой кишки. Наряду с созданием декомпрессии целесообразно полное отключение толстой кишки из пассажа путем выведения илеостомы в правую подвздошную область.

Из 47 операций, выполненных на толстой кишке, в 27 случаях с целью декомпрессии мы использовали илеостому в виде двустовлки. При такой операции достигаются две цели: во-первых, создается достаточная декомпрессия в ободочной кишке, во-вторых, в случае расхождения швов анастомоза кал не будет поступать в брюшную полость, и нагноительный процесс в области анастомоза легко купируется.

Приводим следующие наблюдения.

М., 32 лет, поступила в хирургическое отделение 22.07.1986 г. в 21 ч с жалобами на боли в правой половине живота. Боли появились 10 дней назад. Рвоты не было. Состояние удовлетворительное. При пальпации определяется плотное образование в правой половине живота. 01.08.1986 г. при лапаротомии обнаружена опухоль правой половины толстой кишки, которая вызвала частичную обтурационную непроходимость. Произведена правосторонняя гемиколэктомия вместе с опухолью, которая имела размер 5×5 см. Наложена илеотранверзоанастомоз по типу «конец в конец». Операция закончена наложением илеостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 3 нед илеостома была закрыта под местной анестезией. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

У 6 больных в связи с развитием несостоятельности анастомоза илеостома была оставлена и на период амбулаторного лечения. Отключение толстой кишки из пищеварения даже на один месяц особых нарушений в организме не вызывает. Нередко с илеостомой больные живут несколько месяцев и поступают для закрытия свища в хорошем состоянии. Например, П., 35 лет, находился с илеостомой на дому в течение 6 мес и за это время прибавил в массу на 16,5 кг.

Таким образом, наши наблюдения показали, что применение декомпрессии в виде временной илео-

стомы является достаточно надежным дополнением к операции при резекциях толстой кишки и ликвидации толстокишечных свищей. Она незаменима при травматических повреждениях стенки толстой кишки. С помощью илеостомы при операциях на толстой кишке нам удалось снизить летальность до 7,8%.

УДК 616.89—008.426—073.48

Л. А. Козлов, К. Ф. Юсупов, Н. И. Сумбаева, В. П. Филатов (Казань). Роль ультразвукового исследования в диагностике мнимой беременности¹

В акушерской практике известны случаи так называемой мнимой беременности, которые встречаются и в наши дни.

Е., 36 лет, доставлена в родильное отделение РКБ машиной скорой помощи 11.10.1988 г. в 20 ч 30 мин с диагнозом: беременность 30 нед., предлежание плаценты?

Менструации с 14 лет, по 3—4 дня, через 28 дней, установились сразу регулярные, безболезненные, умеренные. Последнюю менструацию не помнит. Считает себя беременной. Состоит на учете по беременности со срока 15—16 нед. Были две явки к акушерке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Ставился диагноз угрозы прерывания беременности и амбулаторно была назначена сохраняющая терапия. В прошлом дважды перенесла нормальные роды и 2 аборта без осложнений. Наследственность не отягощена.

При поступлении жаловалась на боли в животе и кровотечение из половых путей со сгустками с 15 ч 20 мин того же дня.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Частота пульса — 100 уд. в 1 мин, АД — 18,7/12,0 кПа на обеих руках. Голова не болит, видит хорошо.

Живот увеличен за счет напряженного и резко болезненного образования, исходящего из малого таза, с верхним полюсом чуть ниже пупка. Части плода не пальпируются, сердцебиение стетоскопом не выслушивается.

Влагалищное исследование (при развернутой операционной): влагалище свободное, шейка матки сформирована, размягчена, цервикальный канал пропускает свободно один палец за внутренний зев, плацента и предлежащая часть плода не определяются; тело матки соответствует 27 нед беременности, резко болезненное, напряженное; придатки не пальпируются; своды свободные; выделения кровянистые со сгустками.

Выставлен диагноз: беременность 27 нед, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. С учетом акушерской ситуации принято решение экстренно родоразрешить беременную с помощью кесарева сечения.

При лапаротомии обнаружено, что описанное выше болезненное и напряженное образование является сильно перерастянутым мочевым пузырем. Катетером выпущено больше двух литров прозрачной мочи. При ревизии органов малого таза установлено, что матка увеличена до 8—9 нед беременности, размягчена. Придатки без особенностей. Высказано предположение о наличии маточной беременности небольшого срока и ее прерывании. Брюшная стенка ушита послойно, наложена асептическая повязка. Произведено выскабливание полости матки: удалены сгустки крови и остатки плод-

¹ Доложено на заседании общества акушеров и гинекологов г. Казани 19.01.1989 г.

ного яйца. Матка сократилась, кровотечение прекратилось.

Послеоперационный диагноз: беременность 8—9 нед, самопроизвольный аборт, атония мочевого пузыря.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При консультации уролог патологических изменений со стороны мочевыделительной системы не выявил, что было подтверждено и результатами ультразвукового исследования. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10-й день.

Таким образом, сочетание типичных признаков позволило поставить диагноз беременности, осложнившейся грозной акушерской патологией, которая из-за опасности для жизни женщины требовала экстренных лечебных мероприятий. Избежать ошибки в диагнозе и соответственно пробной лапаротомии помогла бы предоперационная катетеризация мочевого пузыря, которая, к сожалению, не была выполнена.

На современном этапе развития и организации родовспоможения обследование женщин и уточнение диагноза должно проводиться с помощью ультразвукового исследования. Это известное положение подтверждается и нашим опытом. В 1988 г. в родильном доме № 3 ультразвуковая диагностика была произведена 6890 женщинам, из них у 3199 женщин в связи с предполагаемой беременностью. У 79 обследованных беременность была отвергнута. Определенный интерес представляют следующие наблюдения.

Т., 21 года, находилась в гинекологическом отделении клиники № 2 ГИДУВа с 25.04.1988 г. по поводу угрожающего позднего выкидыша. На протяжении 23 дней получала магнезиальную терапию, туринал, сеансы центральной электроанальгезии аппаратом «ЛЭНАР». Поскольку сердцебиение плода не было слышимось, женщина была направлена на УЗИ.

УЗИ от 20.05.1988 г.: размеры тела матки — $49 \times 38 \times 41$ мм, правого яичника — 26×14 мм, левого — 22×30 мм; структура их не изменена. Данных за маточную беременность не получено.

Б., 28 лет, состояла на учете в женской консультации № 6 по поводу беременности. Из анамнеза и обменной карты установлено: последняя менструация была с 27 по 30 сентября 1987 г. 20.01.1988 г. после четырехмесячной задержки менструации обратилась в женскую консультацию, где была диагностирована беременность сроком 7—8 нед, хотя сама женщина считала себя беременной на сроке 12 нед. При второй явке через 27 дней подтверждена беременность сроком 10—11 нед. В связи с появлением кровянистых выделений она была госпитализирована в гинекологическое отделение, где находилась на сохранении беременности 11 дней. Через 5 дней после выписки кровянистые выделения возобновились и женщину госпитализировали повторно. 3 нед она получала магнезиальную терапию, викасол, туринал, витамины, микстуру Павлова, выписана домой с прогрессирующей беременностью сроком 9 нед. К 30 нед женщина, по ее словам, «перестала ощущать шевеление плода» и для уточнения состояния была направлена на УЗИ с диагнозом: беременность 30 нед, замерший плод.

УЗИ от 16.06.1988 г.: размеры тела матки $54 \times 36 \times 50$ мм, правого яичника — 28×16 мм, левого — 23×15 мм; структура обоих яичников не изменена. Данных за маточную беременность нет.

Объективно: живот слегка выпячен в нижнем отделе за счет подкожной жировой клетчатки; каких-либо образований в брюшной полости не

пальпируется. Преддверие влагалища розовое. Бимануально — влагалище свободное, шейка матки цилиндрическая, плотная, зев закрыт. Тело матки четко определить не удается из-за солидной брюшной стенки, но оно как будто не увеличено. Каких-либо образований в малом тазу не определяется. Придатки не пальпируются. Своды свободны. Выделения серозные. Осмотр зеркалом Куско-слизистая влагалища и шейки матки розовая, синюшности нет.

Заключение: маточной беременности нет.

Таким образом, наблюдения показывают, что при решении вопроса о наличии или отсутствии беременности необходимо использовать УЗИ как скрининговое обследование на более ранних сроках. Это позволит своевременно исключить мнимую беременность.

УДК 618.14—005.1—089.814—073.173

Ф. М. Сабиров, А. А. Шмелев (Казань). Динамика показателей биполярной реоистерографии после перевязки магистральных сосудов по поводу матки Кувелера

Послеродовые атонические кровотечения до сих пор представляют собой серьезнейшее осложнение, нередко приводящее к летальному исходу. Основной причиной большой кровопотери является запоздалая лапаротомия для остановки кровотечения.

Метод перевязки магистральных сосудов матки не требует высокой оперативной техники и одновременно сохраняет менструальную и генеративную функции.

В течение 20 лет мы произвели операцию перевязки 3 пар магистральных маточных сосудов у 14 родильниц, причем ни в одном случае в ближайшие и отдаленные сроки не возникло неблагоприятных последствий операции. У всех женщин были сохранены менструальная и генеративная функции.

Наибольший интерес представляют 2 случая. Первый произошел в 1964 г. В анамнезе Б., 26 лет, были отмечены один роды плодом массой тела 3200 г.; вторая беременность закончилась медицинским абортom на сроке 8 нед. Рост большой — 150 см, размеры таза: 25, 27, 31 и 18,5 см. В родах (плод массой тела 4800 г) произошел разрыв матки по левому ребру от наружного зева до трубного угла с отрывом маточной артерии. Травмированный сосуд был перевязан. На раны матки были наложены узловатые кетгутовые швы. Из-за атонии матки на восходящую ветвь маточной артерии справа, круглые и собственно-яичниковые связки были наложены кетгутовые узловатые швы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через год наступила беременность. В 1966 г. произошли самостоятельные роды через естественные родовые пути живым плодом массой тела 2800 г. Общая продолжительность родов — 9 ч 10 мин, затем последовали 3 медицинских аборта, последний — в 1979 г., когда возраст женщины составлял 41 год.

Второй случай был зафиксирован в 1966 г. Ж., 27 лет, поступила в родильный дом с первой беременностью на сроке 30—31 нед, нефропатией II степени, отслойкой нормально расположенной плаценты, внутриутробной смертью плода, маткой Кувелера. Было произведено кесарево сечение в нижнем сегменте по Гусакову с перевязкой 3 пар магистральных сосудов. В послеоперационном периоде осложнений не было. Вторая беременность наступила через один год, протекала с повышением АД до 25,3—26,6/17,3—18,6 кПа. При сроке