

Таким образом, антибиотики не решают полностью проблемы лечения орнитоза. Назначать увеличенные дозы антибиотиков не следует.

Нам представляется целесообразным назначать антибиотики тетрациклиновой группы по 1,2—1,6 в сутки во время лихорадочного периода и по 0,8—1,2 до 3—5-го дня нормальной температуры. При поступлении больных (особенно легкими формами) в периоде реконвалесценции антибиотики можно не назначать.

Кроме назначения антибиотиков следует проводить терапию, направленную на повышение защитных сил организма.

Учитывая тенденцию орнитоза к затяжному течению и рецидивам, можно ожидать хороших результатов от сочетания антибиотиков с вакциной. Такое лечение дает хорошие результаты при ряде инфекций (бруцеллезе, брюшном тифе и др.). В настоящее время орнитозная вакцина хорошо изучена в эксперименте [8, 11], а И. И. Терских приготовила вакцину для лечебных целей. Мы применили вакцину у 12 чел. Внутрикожное введение вакцины сопровождалось повышением титра реакции комплемента с орнитозным антигеном и оказывало терапевтический эффект. Метод назначения антибиотиков с последующей вакцинотерапией заслуживает внимания и дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алисов П. А., Казанцев А. П. Клини. мед., 1965, 12. — 2. Билибин А. Ф., Ильинский Ю. А. Клини. мед., 1962, 3. — 3. Болотовский В. М., Ратушкина Л. С. Вopr. вирусол., 1959, 6. — 4. Гладковский А. П. В кн.: Вопросы медицинской вирусологии. Орнитоз. Вып. X, М., 1964. — 5. Зейтленок М. А., Галушкин И. П. В кн.: Иммунология, природноочаговые и кишечные инфекции. Воронеж, 1965. — 6. Ильинский Ю. А. Клини. мед. 1961, 12; В кн.: Клинич. вopr. инфекц. патологии. М., 1965. — 7. Казанцев А. П. Сов. мед., 1965, 2. — 8. Куборина Л. Н. Вopr. вирусол., 1959, 3. — 9. Подольян В. Я. и др. Там же, 1963, 1. — 10. Терских И. И., Попова О. М. Там же, 1962, 6. — 11. Терских И. И. и др. Военно-мед. журн., 1960, 6. — 12. Яврумов В. А., Кобзарь М. С. ЖМЭИ, 1964, 7. — 13. Bedson S. P., May H. B. Lancet, 1945, 2, № 6370, 394—396. — 14. Decker F. Arch. Ges. Virusforsch., 1963, Bd. 13, H. 1—3, S. 316—322. — 15. Enderlein G. Arztl. Forsch., 1963, 12, 689—691. — 16. Fitz a. o. Am. J. med. Sci., 1955, vol. 229, № 3, p.p. 252—261. — 17. Gneuss W., Koitzsch Kl.-O. Dtsch. Gesundh.-Wes., 1961, 21, 964—972. — 18. Gogolak F. M. J. Inf. Dis., 1953, 92, № 3, p.p. 254—272. — 19. Gordon F. B., Mamay H. K., Trimmer R. W. Virology, 1960, 11, 2, 486—498. — 20. Gordon F. B., Bloom H. H., Mamay H. K. Virology, 1960, 11, 2, 474—485. — 21. Grantova H., Milek E. Z. ärztl. Fortbild., 1962, 56, 16, 897—902; Prakt. Lek., 1964, 44, 24, 916—917. — 22. Grantova H., Vojtech K., Milek E. Cas. Lek. ces., 1963, 15, 385—389. — 23. Greenland R. M. a. Moulder J. W. J. infect. Dis., 1961, 108, 3, 293—303. — 24. Haussmann H. G. u. a. Arch. Hyg., 1956, 140, 52—78. — 25. Jorgensen M. B., Steffensen K. A. Danish. Med. Bull., 1956, 3, 1, 20—24. — 26. Kikuth W. Die Psittacose. In «Die Infektionskrankheiten des Menschen und ihre Erreger». Stuttgart. 1958. Bd. 2. S. 1334—1344. — 27. Kirsch W. D., Günther O. Z. ges. inn. Med., 1964, 19, 3, 131—135. — 28. Lippelt H., Brand G. Dtsch. med. Wschr., 1955, 80, 110—114. — 29. Meyer K. F. Publ. Hlth. Rep., 1957, 72, 8, 705—719; Bull. Org. Mond. Sant., 1959, 20, 1, 101—119; Schweiz. med. Wschr., 1962, 92, 50, 1632—1638. — 30. Pollard M. Antibiotics Annual., 1958—1959, 992—993. — 31. Popek K. Z. ärztl. Fortbild., 1963, 57, 19, 1051—1057. — 32. Turgassen F. E. JAMA, 1944, 126, 1150—1151. — 33. Weyer F. Münch. med. Wschr., 1959, 101, 19, 851—856. — 34. Wolins W. Am. J. med. Sci., 1948, 216, 5, 551—564.

УДК 616—089—616—001.33—618.146

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТАРЫХ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ

Х. Х. Мещеров и Ю. П. Николаева

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Х. Х. Мещеров)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова

Вопрос о выборе метода радикального лечения эрозированных выворотов слизистой оболочки цервикального канала окончательно не решен. Одни полагают, что для ликвидации этих состояний достаточно электрокоагуляции, другие считают, что такие больные должны подвергаться только оперативному лечению. Наконец, третьи предлагают диатермокоагуляцию и ампутацию шейки матки при гиперпластических и гипертрофических изменениях шейки на почве эрозированного эктропиона.

Мы применяли только хирургическое лечение. Свои клинические наблюдения мы проводили над женщинами, которым были произведены пластические операции на

шейке матки по поводу старых разрывов или в связи с железисто-мышечной гиперплазией. Метод операции устанавливали в зависимости от распространения патологического процесса на шейке.

Противопоказаниями для операции были острые и подострые воспалительные процессы органов малого таза, беременность, трихомонадные кольпиты. Оперировали при хорошем общем состоянии пациенток и чистоте влагалищной флоры I, II, III ст. на 6—10-й дни после очередных месячных (под местной инфильтрационной анестезией). После освежения краев старого разрыва и иссечения всей рубцовой ткани накладывали разовые кетгутовые швы через всю толщу шейки. Проверяли проходимость цервикального канала маточным зондом. Во влагалище к ушитой части шейки вводили марлевую полоску, смоченную спиртом (удаляли ее через 8—12 часов).

Послеоперационный уход заключался в постельном режиме в течение 3—4 дней, туалете наружных половых органов и введении во влагалище через катетер теплого раствора риванола 1:1000 два раза в день со 2-го дня после ушивания до выписки. На 4-й день после операции женщине разрешалось вставать. Выписывали на 5—6-й день (при операции по Штурмдорфу — на 10—11-й). При этом ни зеркальное, ни вагинальное исследование не производилось. Оперированным назначали режим, исключающий половую жизнь на 4—5 недель, физическую работу, длительную ходьбу. Первое исследование проводили в женской консультации через 4—5 недель после операции. При необходимости некоторым женщинам назначали жировые тампоны на 10—12 дней. Каждую пациентку исследовали не менее 3—6 раз.

Были осуществлены следующие оперативные вмешательства: операция по методу Эммета — 82 больным; конусовидная ампутация шейки по Штурмдорфу — 6; операция по методу Эммета и клиновидное иссечение передней губы — одной.

Рожавших женщин было 87, нерожавших — 2. У последних повреждения шейки матки наступили после криминальных абортов на 4-м и 6-м месяцах беременности.

Давность заболевания у преобладающей части больных была от 3 до 15 лет.

78 пациенток многократно лечились по поводу заболевания шейки амбулаторно. Лечение в основном было неэффективным или давало лишь кратковременное улучшение. Во время болезни у части женщин наступали беременности, которые заканчивались либо родами, либо абортами.

У 11 разрывы шейки матки с эктропионом слизистой оболочки цервикального канала обнаружены были на плановых профилактических осмотрах. При этом только у немногих такие повреждения оказались «бессимптомными». 82 женщины жаловались на выделение белей, на боли внизу живота или в пояснице, контактные кровотечения и др.

При эрозированных выворотах чаще всего были двухсторонние разрывы шейки матки (у 49 из 82). Разрывы передней и задней губы были у одной, задней губы — у 6, справа — у 11 и слева у 15 женщин.

6 больным при железисто-мышечной гиперплазии с деформацией после родовой травмы мы сделали операцию по Штурмдорфу, из них двум уже после операции Эммета с наступившими затем срочными родами и значительными послеродовыми деформациями шейки.

В раннем послеоперационном периоде осложнений, связанных с оперативным вмешательством, мы не наблюдали. У двух пациенток были экстрагенитальные заболевания (ангина и обострение желчнокаменной болезни), у 12 была субфебрильная температура без определенного диагноза.

У двух оперированных по методу Эммета после выписки было кровотечение из половых путей (на 7-й и 15-й дни). Причину кровотечения из анамнеза выяснить не представлялось возможным. Можем лишь сделать предположение, что поздние кровотечения явились результатом частичного заживления на фоне рубцовых изменений тканей шейки у одной и воспалительных изменений — у второй. Для предупреждения осложнений (кровотечения) весьма важно правильное поведение пациенток в домашних условиях, особенно в ближайшие дни после операции.

Ткани, добытые при операции, мы подвергали морфологическому исследованию. Признаков злокачественного перерождения не обнаружено.

Первый осмотр оперированных мы проводили не ранее чем через 5 недель после вмешательства (при выписке ни вагинального, ни зеркального исследования не проводили).

Отдаленные результаты нами прослежены у 87 женщин при длительности наблюдения от трех месяцев до 3 лет.

После операции исчезли боли внизу живота, прекратились бели, контактные кровотечения и др.

Полное заживление наступило у 84 женщин (первичным натяжением у 80, вторичным — у 4). Шейки были чистыми, наружные зевы в виде небольшой щели или округлой формы. Иногда на месте швов были заметны белесоватые рубчики, чаще же они не определялись. Заращения цервикального канала или склеивания краев наружного зева мы не наблюдали. Неполное восстановление целостности шейки было у трех пациенток.

Из 84 женщин с восстановлением целостности шейки у 14 наступила маточная беременность, причем у двух — по два раза. У 11 она была прервана на ранних сроках

(аборты по желанию в стационарных условиях). При последующем осмотре было установлено, что шейка цела. Жалоб нет.

У одной беременности закончилась кесаревым сечением по относительным показаниям; у двух — нормальными самопроизвольными родами в срок. После операции Штурмдорфа целостность шейки оказалась ненарушенной, роды произошли через год. После операции по методу Эммета роды произошли через 1 год 3 месяца, причем возник двухсторонний разрыв. В родах шейка вновь была ушита с последующим хорошим заживлением.

Число родов после пластических операций в наших наблюдениях небольшое, поэтому данный вопрос требует дальнейшего подробного изучения. Это диктуется еще и тем, что имеющиеся в литературе сведения противоречивы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антон А. В. *Вопр. онкол.*, 1957, 6. — 2. Артемов М. Д. *Акуш. и гин.*, 1959, 5. — 3. Кандидова Т. А. Там же, 1949, 1. — 4. Молжанинов Е. В. Там же, 1960, 3. — 5. Орлов Т. К. Там же, 1960, 3. — 6. Старцева Л. Н. Там же, 1954, 5.

УДК 612.67—618.1—089

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А. Я. Марков

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. Д. Арист)
Украинского института усовершенствования врачей, Харьков

Некоторые авторы полагают, что в настоящее время в связи с успехами хирургии пожилой возраст не может иметь абсолютного значения в вопросе о противопоказаниях к оперативному лечению, хотя изменения в отдельных органах и влияют на общее состояние организма, снижая его реактивность.

Известно, что старые люди намного тяжелее, чем молодые, переносят шок, кровопотерю и наркоз. У них наблюдается склонность к эмболиям и тромбозам. Частым осложнением являются пневмонии, принимающие иногда абсцедирующее течение. Кроме того, отмечается слабая выраженность симптомов при перитоните, остром аппендиците; отсутствует параллелизм между тяжестью воспалительного процесса и лейкоцитозом и т. д. Все эти данные вызывают опасения в отношении исхода операций.

Возрастные изменения (нарушения обмена веществ, повышение АД, состояние сердца, легких, печени, почек и т. д.) требуют дифференцированной предоперационной подготовки в зависимости от основного и сопутствующего заболеваний.

Мы подвергли анализу 66 чревосечений (10,6% к числу гинекологических операций) за время с 1960 по 1964 г. В возрасте от 50 до 54 лет было 39 больных, от 55 до 59 лет — 17, от 60 до 64 лет — 7, от 65 до 69 лет — 3. Из оперированных умерло 3: одна (52 года) — от эмболии легочной артерии на 6-е сутки после операции при попытке встать; вторая (60 лет) от распространенного рака яичников — на 11-й день после операции и третья (66 лет) от шока в первые часы после расширенной экстирпации матки по поводу рака шейки матки.

Наиболее частыми показаниями к оперативному лечению были доброкачественные и злокачественные новообразования половых органов, а также выпадения и опущения матки и влагалища. Рак яичников был у 6 женщин, шейки матки — у 5, тела матки — у 1, саркома матки — у 1, фибромиомы матки — у 21, доброкачественные новообразования придатков матки — у 15, воспалительные заболевания половых органов — у 5, опущение и выпадение половых органов — у 9, заболевание органов брюшной полости — у 3.

Средняя длительность пребывания на койке до операции равнялась 9,85 дня, после — 22,2 дня, а всего — 32 дням. Большой срок после операции находились на койке больные, которым проводилось лечение тио-тефом или облучением.

Были осуществлены следующие оперативные вмешательства: расширенная экстирпация матки — у 5, экстирпация матки — у 3, надвлагалищная ампутация матки с придатками — у 18, то же без удаления придатков — у 10, удаление придатков матки — у 15, вентрофиксация и пластика — у 5, экстирпация матки через влагалище — у 3, пробное чревосечение — у 7.

У 7 больных мы применяли интратрахеальный наркоз эфиром с предварительным введением тиопентала* и мышечных релаксантов. Эфирно-кислородный масочный наркоз был применен у 36 больных, смешанный (эфирно-кислородный + тиопентал вводный) — у 16; у 7 — местная анестезия (больные с пластикой и влагалищной экстир-