

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

У одной беременность 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-

пацией матки при выпадении). В процессе операции вводили внутривенно капельно 5% раствор глюкозы. Следили за уровнем АД и по показаниям вводили сердечно-сосудистые средства. При кровопотерях капельно переливали одногруппную кровь.

Перед началом операции за 30—40 мин. всем больным вводили 1 мл 1% промедола и 1 мл 0,1% сернокислого атропина. Осложнений, связанных с наркозом, не было.

В послеоперационном периоде мы широко применяли кислородотерапию, давали промедол, а для профилактики пневмоний в первые 2—3 дня назначали камфару, сухие банки, поворачивали больных на бок. С целью предупреждения пареза кишечника мы к концу вторых суток назначали гипертонические клизмы и инъекции 10% хлористого натрия внутривенно либо 1 мл 0,1% раствора прозерина, а при отсутствии стула — паранефральную блокаду (100—120 мл 1/4% раствора новокаина), сифонные клизмы. Швы снимали на 8-е сутки, а перед этим обязательно исследовали протромбиновый индекс и не поднимали больных при высоком уровне его.

Осложнения были у 12 больных: инфильтраты у 1, тромбозы вен нижних конечностей у 3, частичное расхождение раны и нагноения у 4, бронхопневмонии у 2, параметрит у 1 и ишурия в течение более 2 суток у 1.

## ВЫВОДЫ

1. Пожилой возраст не может являться абсолютным противопоказанием к оперативному вмешательству.

2. Необходимо строго индивидуализировать показания и объем операций, сообразуясь с возрастом, основным и сопутствующими заболеваниями.

3. Следует проводить тщательное общесоматическое обследование с правильным выбором обезболивания, профилактику осложнений во время операций и бережный уход в послеоперационном периоде.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мартыничев А. Н. и Трунин М. А. Вестн. хир., 1959, 8. — 2. Мясичев Г. Ф. Акуш. и гин., 1959, 4. — 3. Старостина Т. А. Там же, 1963, 2.

УДК 616—073.75—618.14—618.12—002.5

## РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА МАТКИ И ТРУБ<sup>1</sup>

*Л. М. Тухватуллина*

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) и вторая кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Д. Е. Гольдштейн) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Диагностика туберкулеза женской половой сферы представляет большие трудности. Основными методами ее являются гистологическое исследование биопсированного кусочка, соскоба эндометрия и цитологическое исследование. За последние годы стали приобретать большое значение контрастная рентгенография и двойное контрастирование при исследовании матки и труб.

Под нашим наблюдением с 1963 г. находились 224 женщины. Гистеросальпингография по обычной методике проведена 218, гинекография, т. е. метод двойного контрастирования, — 6 больным. Осложнений мы не наблюдали.

У 7 больных туберкулез гениталий был установлен ранее. Из них 4 были прооперированы по поводу туберкулеза яичников, причем диагноз подтвержден гистологически. 3 больные лечились по поводу туберкулезного эндометрита, подтвержденного биопсией; у них рентгенологически были обнаружены изменения, характерные для туберкулеза матки. У 4 больных, оперированных по поводу туберкулеза яичника, ни в полости матки, ни в оставшейся трубе изменений не обнаружено.

47 больных были направлены с подозрением на туберкулез половой сферы. Из них у трех рентгенологически обнаружены изменения, характерные для туберкулеза труб.

170 больных были направлены по поводу первичного бесплодия. Из них рентгенологически туберкулез был обнаружен у 14 женщин.

Таким образом, рентгенологические признаки, характерные для туберкулеза матки и труб, нами были обнаружены у 20 женщин. Реакция Пирке оказалась положительной у 18, отрицательной у 2 женщин. Реакция Манту проведена 5 больным; у 3 она оказалась положительной, у 2 — отрицательной. Проба Коха проведена 13 больным; у 6 она была положительной, у 6 — отрицательной и у одной — сомнительной.

<sup>1</sup> Доложено в Обществе акушеров-гинекологов г. Казани 9/IV 1964 г. и в Обществе рентгенологов и радиологов 16/XII 1965 г.