

лапаротомии следует проводить тщательную ревизию всего толстого кишечника. Больные после успешного оперативного лечения рака пищеварительного тракта подлежат постоянному диспансерному наблюдению и периодически проводимым рентгенологическим и эндоскопическим обследованиям.

УДК 618.17—008.8+611.711:616—073.75

**Я. Н. Ниязов, Р. А. Ниязова (Уфа). Рентгенологические изменения скелета у женщин с нарушениями менструальной функции**

Мы наблюдали 67 женщин в возрасте от 20 до 50 лет с нарушениями менструальной функции. У 10 из них констатированы аменорея, у 11 — синдром Штейна—Левенталя, у 43 — дисфункционально-маточные кровотечения различной этиологии, у 3 — климактерические и постклимактерические синдромы. Указанным больным проведено рентгенологическое исследование скелета, причем у 45% были обнаружены костно-суставные изменения.

На рентгенограммах черепа у 17 женщин выявлены остеопороз в передних отростках клиновидной кости, уплотнение костей свода черепа (чаще в лобной кости), слабо выраженный линейный и неравномерный остеосклероз дна и спинки турецкого седла, многоконтурность дна турецкого седла с деформацией, неравномерное уплотнение венечного и частично лямбдавидного швов.

Из 17 больных у 7 выражен рисунок ложа артериальных сосудов, у 5 отмечен симптом пальцевидных вдавлений в лобной, теменной, височной костях, у 3 пациенток усилено изображение ложа венозных синусов в височно-теменной и затылочной областях.

Поражения суставов обнаружены у 18 женщин. Они состояли в кистовидных просветлениях в головках и основаниях смежных суставных сочленений, неравномерном уплотнении субхондральных пластинок, костных разрастаниях по краям суставных поверхностей по типу обезображивающего остеоартроза в мелких суставах конечностей.

Наличие клинических жалоб — боли в области шеи — послужили показанием для рентгенологического исследования шейного отдела позвоночника. На обычных рентгенограммах шейного отдела позвоночника в 0,2% случаев выявлены признаки деформирующего спондилеза и в 1,2% — межпозвоночного остеохондроза. Для уточнения диагностики выполнены рентгенограммы шейного отдела позвоночника. Для этого пользовались гибкой кассетой, представляющей собой светонепроницаемый пакет из кожи или дермантина, с минимальным радиусом кривизны 7—8 см. Внутри пакета между усиливающими экранами расположена рентгеновская пленка. Благодаря свойствам кассета может плотно облежать исследуемый участок тела.

Методика рентгенографии: больная ложится вниз лицом на мешочек с наполнителем, расположенный в передней части шеи. Гибкая кассета устанавливается между шеей и передней частью шеи. При боковом положении больной гибкая кассета подкладывается под область шеи на мешочек с песком, предназначенный для обездвиживания шеи.

Физико-технические условия рентгенографии гибкой кассетой: расстояние фокус-пленка — 50 см, диаметр трубки-кассеты — не более 50 см, напряжение — 52—57 кВ, сила тока — 60—100 мА, экспозиция — 0,3—0,4 с.

На обычных рентгенограммах шейного отдела позвоночника дегенеративно-дистрофические изменения обнаружены только у 3 человек, а на рентгенограммах с гибкой кассетой признаки деформирующего спондилеза, раннего и выраженного межпозвоночного остеохондроза выявлены у 29 больных. Из них у 19 женщин отмечены остеофиты и костные разрастания крючковидных отростков тел шейных позвонков, выпрямленность шейного лордоза, сужение высоты межпозвоночных щелей, выбухание задних лимбусов, уплотнение субхондральных замыкательных пластинок межсуставных отростков; у 7 женщин обнаружены остеопороз тел позвонков, остеосклероз замыкательных пластинок, костные выбухания передних краниокаудальных углов и задних лимбусов, незначительное снижение высоты межпозвоночных щелей.

УДК 618.15—007.44—089:616.62—008.22

**Л. Н. Василевская, В. М. Багаев (Москва). Восстановление мочеиспускания после операций по поводу опущения и выпадения стенок влагалища и матки**

Оперативные вмешательства на матке и влагалище нередко в послеоперационном периоде приводят к атонии мочевого пузыря и циститам. Предупреждение этих осложнений весьма важно. С 1972 по 1981 г. мы наблюдали 131 больную старше 50 лет после пластических операций, выполненных влагалищным путем, по поводу опущения, выпадения матки и влагалища. Влагалищная экстирпация матки по Мейо произведена у 87, манчестерская операция — у 9, передняя и задняя пластика с левоторопластикой — у 35 больных. Все операции включали мышечно-фасциальную пластику мочевого пузыря и уретры.

Для сравнения степени восстановления функции мочеиспускания после пластических влагалищных операций все оперированные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 55 больных, которым сразу после операции был поставлен постоянный полиэтиленовый катетер на 3—4 дня с зажимом, позволяющим самой больной выпускать мочу 5—6 раз в сут. Вместо катетера можно пользоваться полиэтиленовыми трубками от одноразовых систем для переливания крови после оплавки одного из концов и вырезки бокового отверстия. Один раз в сутки производили промывание мочевого пузыря 0,5% раствором фурациллина. Пользование постоянным катетером с дозированным выпуском мочи обеспечивало физиологический массаж мочевого пузыря, предотвращающий его атонию.

После удаления катетера самостоятельное мочеиспускание у 44 больных восстановилось сразу, у остальных — на следующие сутки. У 5 из 24 женщин, у которых до хирургического лечения определялась остаточная моча в количестве 100—600 мл, на 7 сут после операции ее количество уменьшилось до  $30 \pm 10$  мл.

76 женщин (2-я группа) в послеоперационном периоде постоянным катетером не пользовались. Самостоятельное мочеиспускание у 52 больных восстановилось на 4—5 сут после операции, а у остальных на 6—10 сут. Для возобновления самостоятельного мочеиспускания каждой больной приходилось производить от 8 до 24 катетеризаций. На 7—8 сут после операции более чем у половины женщин остаточная моча определялась в количестве  $80 \pm 10$  мл (до операции она достигала 150—700 мл). Симптомы цистита выявлялись у 45% больных. На 8—9 сут количество лейкоцитов и эритроцитов в моче больных 2-й группы было в 2—2,5 раза больше, чем у женщин 1-й группы.

Следовательно, применение постоянного катетера с дозированным выпуском мочи ведет к более быстрому восстановлению самостоятельного мочеиспускания. Кроме того, при выполнении пластических операций по поводу опущения и выпадения стенок влагалища и матки оно способствует уменьшению количества послеоперационных циститов.

УДК 618.14—089.87—02:616.62—009.16—08:615.814.1

#### Ф. М. Сабилов, А. М. Свергузов (Казань). Иглорефлексотерапия при послеоперационной атонии мочевого пузыря

Нарушения мочеиспускания, особенно после экстирпации матки, являются нередким осложнением послеоперационного периода. Они проявляются в виде учащенного мочеиспускания или задержки мочи, но больные при этом обычно ощущают позывы к мочеиспусканию. Эти осложнения поддаются медикаментозной терапии и физиотерапии. Мы наблюдали больную, которая после операции экстирпации матки не мочилась и не ощущала позывов к мочеиспусканию. Они появились только через два месяца после операции в результате проведенной иглорефлексотерапии.

З., 54 лет, поступила в клинику 8/1 1981 г. с диагнозом — миома тела матки с прогрессирующим ростом.

Менструации — с 13 лет, через 4 нед по 3 дня. Последняя менструация — 25/XII 1980 г. Замужем с 25 лет. Половой жизнью жила всего несколько месяцев. Беременностей не было. Перенесла тяжелую психическую травму.

Впервые опухоль была выявлена в 1979 г. Жалоб больная не предъявляла. Женщина психически неуравновешанная, плохо контактирует с окружающими, часто агрессивна, груба. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые — нормальной окраски. Сердце и легкие без патологии. Живот мягкий, безболезненный, при пальпации определяется плотная, неподвижная, бугристая опухоль, верхний полюс ее достигает пупка, нижний — уходит в полость малого таза. На шейке матки — множество кист.

Бимануальное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки полуконической формы переходит в вышеописанную опухоль. Придатки не определяются. Выделения — белого цвета.

С диагнозом — множественная интерстициально-субсерозная миома тела матки с прогрессирующим ростом — 4/II 1981 г. больная была прооперирована. Во время операции оказалось, что матка увеличена до 20 нед беременности, бугристая, содержит множество интерстициальных и субсерозных миоматозных узлов диаметром от 2 до 18 см. Правый яичник превращен в опухоль тугоэластической консистенции, размером  $6 \times 4 \times 5$  см. К нему плотно припаян червеобразный отросток. Левый яичник содержит множество ретенционных кист диаметром 2 см и меньше. Трубы — без изменений.

Произведены простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон и аппендэктомия. Послеоперационный диагноз (после гистологического исследования) — множественная интерстициально-субсерозная миома тела матки с отеком, гиалинозом и некрозом, эндометриоз правого яичника, ретенционная киста левого яичника, железисто-мышечная гиперплазия шейки матки, катаральный аппендицит.