

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 ± 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 ± 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, гиалиномом и некрозом, эндометриоз правого яичника, ретенционная киста левого яичника, железисто-мышечная гиперплазия шейки матки, катаральный аппендицит.

Послеоперационный период (кроме мочеиспускания) был гладким. С четвертого дня нормализовалась температура. Кишечник функционировал нормально. Заживление раны передней брюшной стенки произошло первичным натяжением. Позывов к мочеиспусканию у больной не было. На следующее утро после операции было выведено 1,5 л мочи. Проводили медикаментозную стимуляцию мочевого пузыря, электростимуляцию, промывание мочевого пузыря раствором фурациллина. С третьего дня ввели постоянный катетер. Однако позывы к мочеиспусканию не восстановились. Больная была консультирована урологом. На 15-й день после операции постоянный катетер был удален. Позывы к мочеиспусканию не возобновились. За сутки выведено 2,1 л мочи.

С 16-го дня начали иглорефлексотерапию. Остальное лечение было отменено.

Лечение начинали с использования I уровня воздействия на точки акупунктуры третьей пары «чудесных» меридианов: 7 I Ле-шюе, 6 VIII Чжао-хай, 6 IV Сань-инь-цзяо, 2 XIV Шюй-гу, 3 XIV Чжун-цзи, 4 XIV Гуань-юань, 6 XIV Ци-хай. На пятом и шестом сеансах иглорефлексотерапию проводили по схеме, предложенной Ф. Манном (1962) с тонизацией VII меридиана. В дальнейшем лечение продолжали с использованием III вида связи и применением поперечных ЛО-пунктов, а также воздействием на дистальные точки VIII меридиана и трехзональную его систему при синдроме «недостаточности». После пятого сеанса иглорефлексотерапии появилось первое самостоятельное мочеиспускание в количестве 0,8 л, при этом остаточная моча была в количестве 0,4—0,6 л. При лабораторном исследовании мочи патологические изменения не обнаружены. Количество остаточной мочи постоянно уменьшалось. Был проведен курс лечения из 10 сеансов. На 29-й день после операции больную выписали из клиники в удовлетворительном состоянии. Позывы к мочеиспусканию у больной появились только через 2 месяца после операции.

УДК 617.559—08:615.814.1:611.85

А. М. Свергузов, В. М. Носов (Казань). Зональная аурикулотерапия больных поясничным остеохондрозом

Использование известных точек аурикулотерапии при различных болевых состояниях не всегда приводит к нужному обезболивающему эффекту. Нельзя отрицать и трудность выбора наиболее эффективной точки. Поэтому для купирования болевых состояний нами применялась зональная аурикулотерапия — техника так называемого нанизывающего укола.

Зональная аурикулотерапия для снятия выраженного болевого синдрома с первого дня лечения была применена у 28 больных поясничным остеохондрозом. Воздействие проводили в области верхнего отдела противозавитка и его нижней ножки ушной раковины по аурикулярным точкам: АТ38VII (крестцовый отдел позвоночника), АТ115VII (тепло), АТ52IX (седалищный нерв), АТ53IX (ягодица), АТ54IX (люмбагия). С помощью металлического зонда определяли наиболее болезненную точку. От нее намечали линию ввода иглы до точки АТ52IX (седалищный нерв). Аурикулярную иглу медленными вращательными движениями, не повреждая хрящевую ткань, вводили подкожно от триггерной точки до последующей, расстояние между ними составляло 10—15 мм. Выбор стороны воздействия находили и по выраженной болезненности аурикулярных точек, но в большинстве случаев укальзывали ушную раковину на стороне патологического процесса. Проводили однократную стимуляцию иглы в течение 10 с и затем оставляли ее на сутки. Выраженность болевого состояния оценивали через 1 и 24 ч от начала лечения.

Анализ полученных данных показал достоверное уменьшение выраженности симптома Ласега через 1 ч на 22% и через 1 сут на 20% по отношению к исходным данным (объективным критерием в оценке симптома Ласега мы считали угол подъема ноги, при котором появлялась выраженная боль). Отмечена незначительная динамика в сторону улучшения курвиметрических показателей. Наиболее быстрое уменьшение болей наблюдалось в течение первого часа после введения иглы, в дальнейшем состояние больных поддерживалось на достигнутом уровне или констатировалась некоторая тенденция к ухудшению показателей. Это служило основанием для продолжения лечения больных с применением корпоральной акупунктуры. В процессе последующего лечения усиления болей не отмечалось.

Следовательно, зональная аурикулотерапия позволяет за короткое время купировать болевой синдром. Этой методикой целесообразно пользоваться в первые сутки до начала основного патогенетического лечения больных поясничным остеохондрозом.