

гипоксических расстройств. У больных эндартериитом восстановление кровотока в артериях голени и стопы существенным образом улучшало регионарную гемодинамику. Однако показатели микроциркуляции сигнализировали о том, что полной ликвидации ишемии, как правило, не наступало. Реакции микроциркуляторного русла направлены на реабилитацию тканевого кровотока, при этом вазодилатация была выражена довольно слабо. Очевидно, одного восстановления магистрального кровотока недостаточно для полной компенсации регионарной гипоксии при эндартериите. Данное обстоятельство давно учитывается в клинической практике, и после реконструктивных операций широко применяются спазмолитические препараты. Тем не менее желаемый эффект вазодилатации не всегда удается получить. Это позволяет нам рассматривать гиперчувствительность сосудов, вызванную дефицитом катехоламинов в составе нервных сплетений сосудистой стенки, как одну из основных причин худших послеоперационных исходов при лечении эндартериита.

Таким образом, в компенсации тканевого кровотока при окклюзионных поражениях артерий нижних конечностей активно участвуют микрососуды подсосочкового сплетения кожи. Их компенсаторные реакции после реконструктивных операций свидетельствуют о более тяжелых нарушениях регионарной гемодинамики при эндартериите по сравнению с атеросклерозом. Исследование методом «кожного окна» позволяет объективизировать дифференциальную диагностику и уточнять механизм саногенеза этих двух заболеваний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бытка П. Ф., Опря А. К. Клин. мед., 1973, 4.— 2. Виланский М. П., Новиков Ю. В., Рябов Ю. В., Костяева Л. И. Лечение больных облитерирующими заболеваниями артерий конечностей в специализированных ангиологических отделениях. Ярославль, 1975.— 3. Вогралик М. В., Голованова М. В., Курочкин И. В. Вестн. хир., 1976, 12.— 4. Гервазиев В. Б., Иванов В. А., Перфильев А. П. Хирургия, 1976, 6.— 5. Захарова Г. Н. Облитерирующий эндартериит конечностей. Саратов, 1973.— 6. Кузминов А. Я. Принципы клинической капилляроскопии. Киев, Здоров'я, 1965.— 7. Медведев В. Н. Казанский мед. ж., 1982, 2.— 8. Покровский А. В. а) Заболевания аорты и ее ветвей. М., Медицина, 1979; б) Клиническая ангиология. М., Медицина, 1979.— 9. Швалев В. Н., Стропус Р. А. Арх. анат., 1979, 5.— 10. Джонсон П. Периферическое кровообращение. М., Медицина, 1982.— 11. Cannon W., Rosenblut A. The Hypersensitivity of denervated structures. *Alow of denervation*. N. Y., 1949.— 12. Karnovsky M., Roots L. A. *Histochem. Cytochem.*, 1964, 12, 219.

Поступила 4 декабря 1984 г.

УДК 618.12—089.86

## ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННАЯ САЛЬПИНГОСТОМИЯ

*Н. Л. Капелюшник, С. К. Володин*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Н. Л. Капелюшник), кафедра хирургии и онкологии (зав.—проф. М. З. Сигал) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В настоящее время за рубежом опубликовано большое количество работ, в которых описана техника и приведены результаты микрохирургических операций на маточных трубах, в частности сальпингостомии [2а, 3, 4]. Наступление маточной беременности отмечено в 32% случаев [2б]. Однако полученные результаты еще не удовлетворяют гинекологов. Продолжается поиск новых путей совершенствования техники этой операции.

При выполнении сальпингостомии возможны повторные заращения, которые встречаются и при других видах микрохирургических вмешательств на маточных трубах [1, 4]. Наиболее частые причины неудач после сальпингостомии лежат в недостаточной мобилизации терминального отдела маточной трубы из овариальных сращений перед ее вскрытием, что затрудняет последующее восстановление фимбрио-овариальных отношений, в повреждении кровеносных сосудов, проходящих в самой латеральной части мезосальпинкса, и складок слизистой оболочки маточной трубы и интрамуральных сосудов. Эти осложнения приводят к неоправданной кровопотере,

ухудшению видимости операционного поля, нарушению моторной функции трубы, рубцеванию и расстройству жизнедеятельности фимбрий и развитию повторных спаек и сращений.

По нашему мнению, данные осложнения обусловлены несовершенством существующих методик и техники проведения этой операции. Применяющиеся в настоящее время источники освещения и увеличения не в состоянии обеспечить нужную видимость операционного поля. В отраженном свете (свет операционной лампы и свет микроскопа) трудно, а в большинстве случаев невозможно дифференцировать такие элементы маточной трубы, как складки слизистой оболочки и питающие их сосуды. В отраженном свете сложно отличить линии, по которым произошло заращение маточной трубы, от складок слизистой оболочки, что ведет к частому повреждению складок и сосудов, участвующих в их кровоснабжении, со всеми вытекающими последствиями.

Избежать описанных выше осложнений во время сальпингостомии во многом помогает применение эндотубарной трансиллюминации, которая позволяет четко дифференцировать в поле зрения операционного микроскопа линии заращения маточной трубы, складки слизистой оболочки и питающие их сосуды. Линии, по которым произошло заращение трубы, выглядят более прозрачными и узкими по сравнению со складками слизистой оболочки. Кроме этого, в фиброзных линиях не определяются крупные сосуды.

Введение эндотубарной трансиллюминации вызвало необходимость изменить существующую технику сальпингостомии. Трансфундальное или трансцервикальное введение в полость матки под давлением растворов красителей с целью растяжения маточной трубы и определения вскрытия ее просвета после электропунктуры центрального рубцового втяжения мы заменяем введением физиологического раствора. Растворы красителей вызывают интенсивное прокрашивание стенки маточной трубы и затрудняют дифференцирование ее элементов. Кроме этого, растворы красителей окрашивают окружающие ткани и операционный материал, что, на наш взгляд, является также нежелательным.

Нахождение центрального рубцового втяжения и его электропунктуру при сальпингостомии мы проводим с помощью операционного микроскопа в отраженном свете [2а]. О вскрытии просвета маточной трубы судим по появлению из точечного отверстия, образовавшегося вследствие электропунктуры трубы, нескольких капель

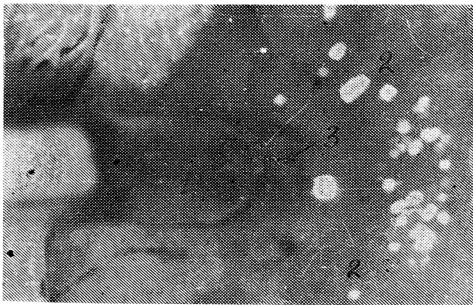


Рис. 1. Операционное поле. Обозначения: 1 — источник эндотубарной трансиллюминации; 2 — облитерированная маточная труба; 3 — точечное отверстие после электропунктуры.



Рис. 2. Облитерированный ампулярный отдел маточной трубы в свете эндотубарной трансиллюминации (X20). Обозначения: 1 — источник эндотубарной трансиллюминации; 2 — ткань трубы; 3 — одна из линий, по которой произошло заращение трубы.

физиологического раствора. В образовавшееся точечное отверстие в маточной трубе мы вводим включенную в электрическую сеть через понижающий трансформатор 6V микролампочку, имеющую коническую форму (рис. 1). Отключаем источники освещения, дающие отраженный свет. В условиях эндотубарной трансиллюминации под увеличением операционного микроскопа дифференцируем линии, по которым произошло заращение абдоминального отверстия трубы, складки слизистой оболочки и питающие их сосуды (рис. 2).

После дифференцирования элементов маточной трубы производим реставрацию ее облитерированного отверстия под контролем трансиллюминации и увеличения опера-



Рис. 3. Реставрация облитерированного абдоминального отверстия маточной трубы с использованием трансиллюминации ( $\times 32$ ): Обозначения: 1 — складки слизистой оболочки; 2 — линия, по которой произошло срастание складок.

ционного микроскопа строго по линиям заращения маточной трубы электрохирургически с помощью монополярного игольчатого электрода (рис. 3). Повреждение тканей маточной трубы при этом не наступает. Сальпингостомию заканчиваем наложением нескольких выворачивающих слизисто-серозных узловых швов.

Эндотубарная трансиллюминация применена как элемент микрохирургической техники сальпингостомии во время 12 микрохирургических операций на маточных трубах. По истечении 3 мес прооперированным женщинам проводили гистеросальпингографию в сочетании с пробными гидротубажиями. Повторной облитерации не наблюдалось.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Dubuissou J. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1978, 7, 8. — 2. Gomet V. a) Fertil. Steril., 1978, 29, 4; b) J. Reprod. Med., 1980, 24, 6. — 3. Inthrapuvasa K. J. Gynaekologe, 1981, 14, 1. — 4. Winston R. Clin. Obst. Gynaecol., 1983, 83.

Поступила 8 апреля 1985 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—018.2+618.3

Г. Н. Дмитриева, Ю. Э. Шульц, Н. З. Бикмухаметова, Т. А. Тимошенко (Казань).  
Синдром Марфана и беременность

При синдроме Марфана беременность может стать отягощающим фактором в течении основного заболевания. На фоне беременности и родов клиника стертых форм синдрома становится более выраженной. Мы наблюдали за 3 беременными с этой патологией. Из них одна родоразрешена через естественные родовые пути недоношенным плодом, другая — кесаревым сечением. Обе больные выписаны из стационара, а третья женщина умерла после самостоятельных родов через 34 ч от разрыва аневризмы восходящей части дуги аорты. Приводим одно из трех наблюдений.

З., 23 лет, инвалид II группы. Поступила в палату патологии беременности 28/II 1984 г. с диагнозом: беременность 38—39 нед. Ревмокардит. Недостаточность митрального клапана. Близорукость. Беременность первая.

Жалобы при поступлении на чувство тяжести в прекардиальной области, удушье при быстрой ходьбе и волнении. В последний месяц одышка усилилась.

Объективно: больная высокого роста, конечности длинные, пальцы тонкие, длинные. Зрение — 9 D на оба глаза, без полной коррекции. Больная осмотрена терапевтом. Границы сердца заметно не изменены, тоны сохранены, ритмичные, I тон расщеплен. Систолический шум во II—III межреберье, с усилением на вдохе. ЭКГ без патологии. Во время консультации окулистом выявлен подвывих хрусталиков с обеих сторон. На глазном дне справа — легкое сужение артерий. Миопия. На рентгенограммах органов грудной клетки — умеренное усиление легочного рисунка в прикорневых зонах. Сердце расположено косо, несколько «выбухает» II дуга (ствол а. pulmonalis), левый желудочек нерезко увеличен влево.

Лабораторные исследования: гипохромная анемия (Hb — 1,2 ммоль/л, эр —  $4,15 \cdot 10^{12}$  в 1 л, цв. показатель — 0,6); анализ мочи патологии не выявил. Был поставлен диагноз: беременность 39—40 нед. Синдром Марфана с проявлением высокой степени миопии с подвывихом хрусталиков. Пропалс митрального клапана, H<sub>1</sub>. Анемия беременной.

Проведена кардиальная и антианемическая терапия, гемотрансфузия. Несмотря