

Б. М. Кошкин (Казань). Опыт применения операции надвлагалищной ампутации тела матки без придатков

Нередким осложнением после операции надвлагалищной ампутации тела матки является опущение или выпадение культи шейки матки, вызывающее необходимость повторной операции. Как показал анализ историй болезни повторно прооперированных больных, к выпадению культи шейки матки приводит некоторое несовершенство общепринятой классической методики операции надвлагалищной ампутации тела матки. Культи шейки матки лишается естественного поддерживающего аппарата в виде круглых и, отчасти, широких связок матки. Для устранения этого недостатка И. Н. Рембез предложил модификацию операции, заключающуюся в подшивании круглых связок и придатков к культе шейки матки, что препятствовало бы последующему опущению и выпадению культи. К сожалению, данная модификация не заслуженно редко применяется гинекологами.

По этой методике нами произведено 64 операции, причем лишь у 2 больных пришлось несколько видоизменить ее из-за анатомических особенностей матки, резко деформированной множественными фиброматозными узлами. Каждая операция продолжалась в среднем 40—50 мин, чему способствовала простота ее методики (рис. 1 А—Е).

Для послеоперационного периода было характерно раннее восстановление перистальтики кишечника (в пределах 27—48 ч) без применения медикаментозных средств, что является, по-видимому, результатом небольшой продолжительности наркоза и бережного отношения к кишечнику. Лишь у одной больной послеоперационный период осложнился образованием гематомы под апоневрозом после вскрытия брюшной полости разрезом по Пфанценштилю.

63 женщины выписаны на 8—9-й день и одна — на 12-й день. Быстро восстановлению сил и заживлению раны способствовало активное ведение больных в послеоперационном периоде.

Таким образом, данная модификация надвлагалищной ампутации тела матки легко и быстро выполнима, практически бескровна, требует минимального количества инструментов и шовного материала, способствует сокращению продолжительности наркоза, что, в свою очередь, улучшает течение послеоперационного периода и, наконец, включает в себя элементы профилактики опущения и выпадения культи шейки матки. Все это выгодно отличает данную модификацию от других методик надвлагалищной ампутаций тела матки и является основанием для ее рекомендации к более широкому применению в практической гинекологии.

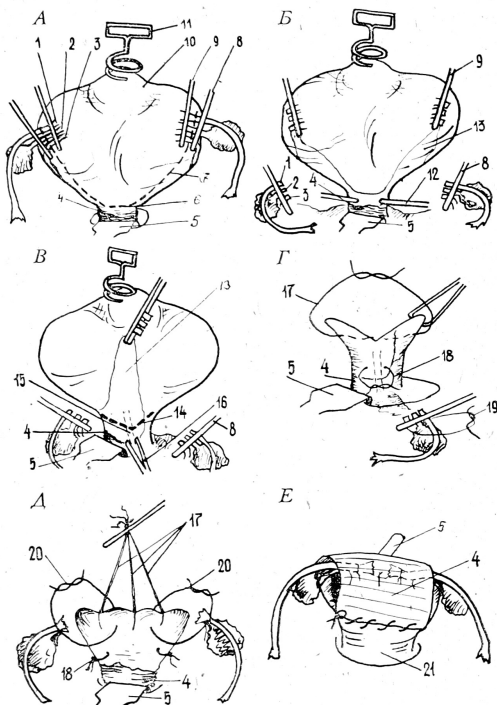


Рис. 1 (А—Е). Основные этапы операции надвлагалищной ампутации тела матки без придатков: 1 — маточная труба; 2 — собственная связка яичника; 3 — круглая связка матки; 4 — пузырно-маточная складка; 5 — зеркало, защищающее мочевой пузырь; 6 — наиболее подвижная часть пузырно-маточной складки; 7 — линия отсечения придатков и пузырно-маточной складки; 8 — зажим на придатках и круглой связке матки; 9 — контрзажим; 10 — матка, увеличенная за счет фиброматозных узлов; 11 — шпатор; 12 — зажимы на маточных артериях; 13 — десерозированный участок тела матки; 14 — линия отсечения тела матки; 15 — маточная артерия; 16 — зажим на маточной артерии; 17 — кетгуттовый шов на культе шейки матки; 18—19 — замена зажимов на лигатуры; 20 — подшивание придатков к культе шейки матки; 21 — задняя поверхность культи шейки матки.

С. П. Семенова (Казань). Некоторые иммунологические показатели при лечении рассеянного склероза аутоликвором

Лечение аутоликвором проведено у 73 больных рассеянным склерозом (29 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 18 до 50 лет. В фазе обострения находилось 49 пациентов, ремиссии — 24. У 44 лиц течение заболевания расценено нами как благоприятное, у остальных 29 — как неблагоприятное. I стадия процесса диагностирована у 10 больных, II — у 56, III — у 7.

Ликвор для лечения брали у больных люмбальной пункцией в количестве 25—30 мл, разливали в асептических условиях в ампулы 2 мл в каждую и выдерживали в термостате при 37° в течение 3 сут, перед введением аутоликвора пастеризовали. Препарат вводили внутривенно в 10 мл физиологического раствора, струйно, каждые 3 дня. Курс — 12—15 инъекций.

У 30 пациентов изучено содержание иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови по Манчини, активность нейтрофилов в спонтанном и стимулированном НСТ-тесте, а также миграционные свойства макро- и микрофагов в тесте «кожное окно». Перечисленные показатели определяли до и после курса терапии. Контролем служили данные 39 здоровых лиц того же возраста.

Взятие значительного количества ликвора больши́нство больных переносили без осложнений. Однако у 8 пациентов в первые 5—6 дней возникали головные боли в вертикальном положении, у 3 из них боль сопровождалась рвотой. Головокружение несистемного характера отмечено у 18 пациентов, причем у 2 из них оно сохранялось в течение всего периода пребывания в стационаре. У всех больных с осложнениями зарегистрированы низкие цифры АД. Длительность наблюдения составляла от 6 мес до 2,5 лет.

Анализ результатов терапии в зависимости от фаз заболевания показал ее большую эффективность в фазе обострения. У больных с благоприятным течением рассеянного склероза аутоликворотерапия оказалась более эффективной. Наиболее заметный результат получен у больных в I стадии заболевания: клинический эффект наблюдался у всех больных, причем у половины из них отмечено значительное улучшение. Достигнутый регресс неврологических симптомов сохраняется у них до настоящего времени.

Во 2-й стадии заболевания у трети пациентов клиническая картина оставалась без перемен, значительное улучшение достигнуто у 9% больных. У 15 пациентов из 56 ремиссия продолжается. И, наконец, в 2-й стадии заболевания констатировано лишь умеренное и незначительное улучшение.

Аутоликворотерапия оказывала различное влияние на миграционные свойства нейтрофилов и макрофагов в фазе обострения и ремиссии. До лечения у больных в стадии обострения через 6 часов в «кожное окно» мигрировало $83,6 \pm 3,2\%$ нейтрофилов и $12,4 \pm 2,5\%$ моноцитов; при норме — соответственно $79,0 \pm 2,5\%$ и $20,6 \pm 2,4\%$ ($F < 0,05$). В ремиссии эти показатели не отличались от нормы. Через 24 ч определялось продление нейтрофильной реакции, наиболее существенное при ремиссии. В период обострения наблюдался значительный разброс показателей. Как при обострении, так и при ремиссии число моноцитов, мигрировавших в «кожное окно», было относительно сниженным ($42,5 \pm 7,1\%$ и $33,9 \pm 6,8\%$ при норме $60,5 \pm 3,9\%$, $P < 0,01$).

После лечения у больных с обострением в тесте «кожное окно» через 6 ч выявлено снижение числа нейтрофилов до $61,4 \pm 7,4\%$ ($P < 0,05$). Миграционные свойства через 24 ч не отличались от таковых в норме. В то же время лечение больных в фазе ремиссии не сопровождалось существенными изменениями показателей.

Уровень иммуноглобулина М, незначительно повышенный в период обострения, после проведенной аутоликворотерапии достоверно снижался.

Таким образом, аутоликвор при рассеянном склерозе обладает терапевтическим действием. Наиболее рационально применение аутоликворотерапии в I и II стадиях заболевания в фазе обострения. Приведенные нами некоторые иммунологические показатели подтверждают большую эффективность лечения в фазе обострения и позволяют высказать предположение об иммуномодулирующем влиянии ликвора на организм больного.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616—08—06:616.981.25—022.1.—032

РОЛЬ ИНОКУЛЯЦИОННОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В. Е. Григорьев, А. Г. Хисамутдинов, Л. А. Генчиков, Р. У. Мухамедова, В. В. Федоров, Р. Ш. Шаймарданов, Ф. А. Минигалеева, М. Ф. Игнатьев

Кафедра эпидемиологии (зав.— проф. А. Г. Хисамутдинов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, лаборатория внутрибольничных инфекций (зав.— доктор мед. наук Л. А. Генчиков) Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии имени Н. Ф. Гамалеи АМН СССР, Казанский горздравотдел (зав.— канд. мед. наук Ш. С. Каратай), Республиканская санэпидстанция (главврач — В. В. Морозов) МЗ Татарской АССР

В современных условиях проблема гнойно-воспалительных заболеваний, вызываемых стафилококками, является одной из актуальных в медицинской науке и