

В группе больных с муцинозными доброкачественными опухолями яичников количество Ig A составило $17,5 \pm 1,1$ мкмоль/л ($P < 0,001$), Ig M — $1,9 \pm 0,1$ мкмоль/л ($P < 0,02$), Ig G — $131,9 \pm 11$ мкмоль/л ($P > 0,05$).

Таким образом, у больных с доброкачественными муцинозными опухолями яичников содержание Ig A было достоверно выше контроля, но несколько ниже, чем у больных с серозными доброкачественными опухолями; содержание Ig M оказалось несколько повышенным.

В группе больных с пограничными серозными опухолями яичников содержание Ig M было равно $1,3 \pm 0,2$ мкмоль/л ($P > 0,05$), Ig G — $109,4 \pm 9,2$ мкмоль/л ($P > 0,05$), Ig A — $21,1 \pm 1,1$ мкмоль/л ($P < 0,001$), в группе больных с муцинозными пограничными опухолями — Ig M $1,7 \pm 0,2$ мкмоль/л ($P > 0,05$), Ig G — $130,2 \pm 10$ мкмоль/л ($P > 0,05$), Ig A — $17,7 \pm 1,2$ мкмоль/л ($P < 0,001$).

Следовательно, у больных с пограничными «эпителиальными» опухолями яичников содержание всех трех классов иммуноглобулинов было таким же, как у больных доброкачественными «эпителиальными» опухолями.

У большинства больных всех групп и всех возрастов спустя 6—8 дней после операции происходило снижение способности лимфоцитов трансформироваться под влиянием ФГА в среднем на 10% ($P < 0,001$). Достоверных изменений этого показателя в зависимости от объема оперативного вмешательства (надвлагалищная ампутация матки либо экстирпация матки) не было выявлено. Но у большинства женщин с гигантскими и большими доброкачественными и пограничными «эпителиальными» опухолями яичников к 6—7-му дню после операции отмечалось достоверное увеличение способности лимфоцитов периферической крови к трансформации (на 12%).

На 14—16-й день после операции у больных всех групп процент бластоидного превращения лимфоцитов продолжал снижаться, но интенсивность снижения была незначительной.

У больных, у которых к 7—8-му дню после операции способность к бластотрансформации была повышена, на 14—16-й день происходило падение процента бластотрансформации лимфоидных клеток.

При определении содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови во всех группах исследуемых нами выявлено закономерное снижение концентрации Ig G к 14—16-му дню после операции: в группе больных с доброкачественными серозными опухолями яичников — $75,1 \pm 14,4$ мкмоль/л ($P < 0,02$), в группе больных с доброкачественными муцинозными опухолями — до $118,1 \pm 5,8$ мкмоль/л ($P < 0,02$), у больных с пограничными муцинозными опухолями яичников — до $106,3 \pm 6,3$ мкмоль/л ($P < 0,02$).

Таким образом, наиболее показательными изменениями иммунологической реактивности организма у больных с доброкачественными и пограничными «эпителиальными» опухолями являются дефекты Т-системы лимфоцитов (снижение процента бластотрансформации последних). Кроме того, у этих больных повышено содержание иммуноглобулинов класса А, что связано, возможно, с секреторным характером «эпителиальных» опухолей яичников. В результате оперативных вмешательств у них происходит снижение показателей клеточного иммунитета.

Выявленные закономерности изменения иммунологической реактивности у больных с «эпителиальными» опухолями яичников свидетельствуют о целесообразности обследования их иммунологического статуса в до- и послеоперационном периоде. В случаях резкого отклонения показателей иммунореактивности необходимо применить средства, направленные на восстановление иммунокомпетентности организма больного.

Поступила 24 июля 1979 г.

УДК 618.71—007.44—089

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

З. Ш. Гилязутдинова, Т. А. Каримова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Изучены отдаленные исходы хирургического лечения больных с опущением и выпадением половых органов. Применялись 2 метода операции: влагалищная экстирпация матки с фиксацией мочевого пузыря и пластикой влагалища; перед-

няя и задняя пластика влагалища с леваторопластикой. Более эффективной оказалась трансвагинальная экстирпация матки с пластическими операциями на влагалище и промежности, что позволяет рекомендовать в практику эту операцию, в некоторых случаях — в сочетании с уретропластикой.

Ключевые слова: выпадение матки, трансвагинальная экстирпация.

В последние годы лечение больных с опущением и выпадением половых органов проводят предпочтительно хирургическими методами. Для этого предложено большое число операций.

С целью сравнительного изучения результатов различных методов хирургического вмешательства при этой патологии мы провели анализ историй болезней по нашей клинике за период с 1966 по 1978 г. Из 117 оперированных больных с опущением и выпадением половых органов отдаленные исходы прослежены у 55.

Больные жаловались главным образом на нарушение мочеиспускания различного характера: частое, затрудненное мочеиспускание, частичное недержание или недержание мочи; большинство из них могли мочиться только после вправления выпавших половых органов. Кроме того, они не могли выполнять физическую работу; в ряде случаев была невозможной половая жизнь.

В зависимости от степени смещения половых органов, изменений в теле или шейке матки, сопутствующих заболеваний, а также возраста больных применялись различные методы хирургического лечения: экстирпация матки через влагалище, интрузионная экстирпация матки по Шаут-Вертгейму-Александрову, срединная кольпоррафия по Лифору, фиксация культи влагалища или матки по Снегиреву и др.

Для более полного анализа отдаленных результатов мы разделили больных на 2 группы. 1-ю группу составили 94 больные, которым была произведена влагалищная экстирпация матки с пластическими операциями на влагалище с предварительной фиксацией мочевого пузыря по Мажбицу. 6 из них оперированы по поводу рецидива выпадения половых органов: 5 после пластических операций на влагалище и 1 после брюшностеночной операции. Возраст больных этой группы: 12 — от 45 до 49 лет, 22 — от 50 до 59 лет, 57 — от 60 до 69 лет, 3 — 70 лет и старше. У 17 женщин было полное выпадение матки и стенок влагалища, у 77 — неполное; у 11 выпадение половых органов сочеталось с фибромиомой матки и у одной женщины 45 лет — с полипозом эндометрия.

У большинства больных этой группы обнаружены элонгация шейки матки и патологические изменения в шейке в форме воспалительных эрозий, полипоза, декубитальных язв. У части больных были экстрагенитальные заболевания: склероз аорты и коронарных сосудов — у 18, гипертоническая болезнь I—II стадии — у 9, хронический бронхит — у 3, вегетоневроз — у 3, грыжи паховая и белой линии живота — у 3 и зоб I степени — у 1.

Операцию проводили по общеизвестной методике под эндотрахеальным наркозом; у 3 пациенток применяли местную анестезию в сочетании с пресакральной, ишиоректальной и пудендальной анестезией ввиду противопоказаний к общему наркозу.

Послеоперационный период осложнился у 5 больных: у 2 возникла пневмония, у 3 — расхождение швов на стенках влагалища, приведшее в последующем к рецидиву выпадения передней стенки влагалища с цистоцеле у двух женщин и к выпадению задней стенки с ректоцеле у одной.

Отдаленные исходы прослежены у 46 оперированных на сроках от 1 года до 12 лет: через 1 год — у 17, через 2—3 года — у 8, через 4—5 лет — у 10, через 6—8 лет — у 5, через 10—12 лет — у 6. У 43 из них результаты благоприятные. Рецидива выпадения нет. Самочувствие обследованных хорошее, нарушений мочеиспускания нет, трудоспособность восстановлена, у женщин старческого возраста появилась возможность заниматься домашним хозяйством.

Во 2-ю группу вошли 13 больных (возраст — от 31 до 60 лет), у которых было опущение стенок влагалища без смещения матки и у 3 из них — элонгация шейки матки. Больным этой группы была произведена передняя и задняя пластика влагалища с леваторопластикой. У больных с элонгацией шейки матки пластические операции сочетались с ампутацией шейки. Хирургические вмешательства производили под местной анестезией.

На отдаленных сроках — от 2 до 6 лет — осмотрено 9 больных. У 6 из них, преимущественно пожилого возраста, отмечен рецидив опущения или выпадения стенок влагалища с возобновлением тех нарушений мочеиспускания, которые были до операции. У 3 больных результаты через 2—3 года после операции были благоприятными.

Таким образом, изучение отдаленных результатов хирургического лечения женщин в возрасте менопаузы, страдающих опущением и выпадением матки и влагалища, показало, что наиболее эффективным методом является влагалищная экстирпация матки с пластическими операциями на влагалище и промежности с предварительной фиксацией мочевого пузыря.

Выявленные рецидивы опущения стенок влагалища и появляющееся вновь нарушение мочеиспускания заставляют нас в настоящее время сочетать некоторые виды влагалищных операций с уретропластикой.

Поступила 11 сентября 1979 г.

УДК 617.741—004.1—089.8

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОХИРУРГИИ ПРИ ЭКСТРАКЦИИ НАБУХАЮЩИХ КАТАРАКТ

Н. Х. Хасанова, Ф. С. Амирова

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Изучение результатов экстракции набухающей катаракты без использования микроскопа и под микроскопом показало, что последний метод экстракции менее травматичен, послеоперационные осложнения возникают значительно реже, функциональные исходы лучше. Время пребывания в стационаре оказалось почти вдвое меньшим, чем у пациентов, оперированных без микроскопа.

Ключевые слова: катаракта, экстракция, микрохирургия.

2 таблицы.

Целью настоящего сообщения является сравнительная оценка эффективности двух методов хирургического лечения больных с набухающими катарактами и вторичной глаукомой. У 50 пациентов (1-я группа) операцию производили без микроскопа, с накладыванием 6—8 биологических швов; у 38 (2-я группа) была применена микрохирургическая техника: использовали микроинструменты, современный шовный материал (нейлон 25 мкм, виргинский шелк 70 мкм), микроиглы. Операции производили под операционным микроскопом фирмы Карл-Цейсс Йена ГДР, в положении сидя, с фиксацией рук на специальной подставке. Разрезы наносили лезвием бритвы.

Большое внимание уделяли предоперационной подготовке, в которую включали дегидратационную терапию и седативные средства в индивидуальной дозировке в зависимости от общего состояния, артериального и внутриглазного давления. Непосредственно перед операцией, на операционном столе, у всех пациентов измеряли внутриглазное давление стерильным тонометром Маклакова (в последние месяцы мы измеряем офтальмотонус прозрачным тонометром Вургафта). Если на столе давление оставалось высоким, отсасывали 0,1 мм³ стекловидного тела (никогда не более) через плоскую его часть. Эту же манипуляцию производили и в группе больных, которых оперировали без микрохирургии. После отсасывания стекловидного тела вновь измеряли офтальмотонус. Следует заметить, что отсасывание указанного количества стекловидного тела снижало внутриглазное давление в среднем до 2,4 кПа (18 мм рт. ст.) с колебаниями от 2,1 до 3,2 кПа (16,0 — 24,0 мм рт. ст.). Передняя камера заметно углублялась, что создавало оптимальные условия для экстракции набухающей катаракты. После затягивания и завязывания предварительно наложенного на склеру шва в области плоской части цилиарного тела делали надрез по лимбу и накладывали один биохлов на меридиане 12 часов. Ножом Грефе производили сквозной разрез, который продолжали в обе стороны ножницами. Затем осуществляли базальную иридэктомию, криоэкстракцию.

Из 38 больных этой группы капсула вскрылась лишь у 3. Однако микроскопическая техника позволила тщательно отсосать хрусталиковые массы и полностью удалить переднюю сумку хрусталика. Из других осложнений в этой группе у 2 больных отмечалось заполнение передней камеры стекловидным телом и у 1 — гифема. Стекловидное тело хорошо отдалено воздухом, введенным в переднюю камеру. На края корнеосклеральной раны накладывали непрерывный шов из нейлона.

Как видно из табл. 1, в 1-й группе выпадение стекловидного тела наблюдалось у 20% больных, а гифема — у 10%, тогда как во 2-й — у 5,3% и 2,6% соответственно. Еще более демонстративна разница в частоте послеоперационных осложнений. Во 2-й группе ни разу не было отслойки сосудистой оболочки, кератопатии, вто-