

раций на почках и требуют корректирующего лечения. Поэтому наряду с антибиотиками, сердечными гликозидами, спазмолитиками, антигистаминными препаратами мы назначали трентал (пентоксифиллин), который расширяет сосуды, улучшает реологические свойства крови, уменьшает ее вязкость и повышает эластичность эритроцитов.

Под наблюдением находились 65 больных хроническим пиелонефритом (женщин — 42, мужчин — 23, возраст — 22—65 лет). У 27 пациентов (1-я группа) пиелонефрит был вторичным, развившимся на почве мочекаменной болезни. Им была произведена нефропиелолитотомия. 17 из них трентал вводили внутривенно (по 100 мг в 250 мл физиологического раствора) сразу после операции и в последующие 7 дней. Остальные 10 больных трентала не получали. Показатели гемодинамики и клубочковой фильтрации исследовали до операции и через 1, 3, 7 и 14 сут после нее.

38 больных, получавших консервативную терапию, вошли во 2-ю группу, 27 из них были назначен трентал в течение 7 дней в той же дозировке. 11 пациентов лечили без трентала. Показатели микроциркуляции, почечного кровотока и клубочковой фильтрации изучали при поступлении и через 7 дней после лечения.

У больных 1-й группы, леченных тренталом, отмечались менее выраженные изменения микроциркуляции клубочковой фильтрации и почечного кровотока, которые нормализовались быстрее, чем у больных, не получавших этого препарата. Консервативная терапия в течение 7 дней с использованием трентала у больных хроническим пиелонефритом также проводила к исчезновению микроциркуляторных нарушений, к нормализации клубочковой фильтрации и улучшению показателей крови и мочи.

Следовательно, применение трентала в комплексном лечении больных пиелонефритом способствует устранению нарушений микроциркуляции, почечного кровотока и фильтрации, что обеспечивает исчезновение клинико-лабораторных признаков пиелонефрита в более короткие сроки.

УДК 618.4—006.36:[618.15—007.44+618.14—007.44]—089.8

### Л. Н. Василевская, В. М. Багаев, В. И. Фириченко (Москва). Лечение больных с миомой матки при опущении и выпадении стенок влагалища и матки

Выбор тактики лечения больных с миомой матки в сочетании с опущением и выпадением стенок влагалища и матки в настоящее время является одной из сложных проблем.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 352 женщин в возрасте более 35 лет, прооперированных с 1971 по 1983 г. по поводу опущения и выпадения стенок влагалища и матки. 246 (69,9%) больных были старше 50 лет. У 42 больных опущение и выпадение стенок влагалища и матки сочетались с миомой матки, которая у 36 из них соответствовала размерам беременности до 11—12 нед, у 6 — более 12 нед. 11 женщин были в репродуктивном возрасте, 31 — в пременопаузальном и постменопаузальном периодах.

Показаниями к операции являлись нарушения функции мочеиспускания, обусловленные опущением передней стенки влагалища с образованием цистоцеле, гиперполименорея в связи с подслизистой локализацией миоматозного узла и дистрофические процессы в узлах. При сочетанной патологии нарушение функции мочеиспускания отмечалось в 1,5 раза чаще, чем у больных без миомы матки с одинаковой степенью опущения.

6 больным, у которых миома матки превышала размеры 12-недельной беременности, была произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков; 2 из них осуществлена фиксация уретры к лону в связи с абсолютным недержанием мочи (операция Маршалла—Маркетти—Кранца). Ни у одной больной этой группы не было выпадения матки. Миоматозная матка плотно прилегала к стенкам таза, но имела значительную степень элонгации шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища и выраженным нарушением мочеиспускания. У 3 больных количество позывов на мочеиспускание достигало 20 в сутки, при этом у 2 из них наблюдалось задержка мочеиспускания; относительное недержание мочи было у 4 женщин.

У 25 больных, находящихся в пременопаузе и постменопаузе, миома матки, размеры которой не превышали 12-недельной беременности, сочеталась с неполным и полным выпадением матки. Им была произведена влагалищная экстирпация матки без придатков по Мейо в различных модификациях; из них 7 женщинам, живущим половой жизнью, оставлена культя влагалища (7—8 см), сохраняющая возможность половой жизни.

Особый интерес представлял подход к выбору операции при указанной патологии у женщин в репродуктивном возрасте, у которых миома, соответствующая 11—12 нед беременности, сочеталась с опущением стенок влагалища и матки II—IV степени. 8 больным этой группы была произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков влагалищным доступом с последующей мышечно-фасциальной пластикой мочевого пузыря и уретры, передней и задней пластикой стенок влагалища с леваторопластикой. 3 женщинам с выраженной элонгацией шейки матки выполнена кортисоидная резекция шейки матки, причем 2 из них с укорочением и перемещением кардинальных связок на переднюю губу резецированной шейки матки (операция типа

Манчестерской). У одной больной после предварительного рассечения передней губы шейки матки удален подслизистый миоматозный узел с последующей передней пластикой. 2 больным произведена консервативная миомэктомия подбрюшинно расположенных миоматозных узлов влагалищным доступом с последующей передней и задней пластикой стенок влагалища с леваторопластикой. У женщин, находящихся в репродуктивном и пременопаузальном периодах, все операции проводили в первую половину менструального цикла. Технические трудности при выполнении надвлагалищной ампутации матки возникли у 2 больных, у которых было низкое расположение миоматозных узлов на передней стенке матки, что затрудняло ее выведение в кольпотомическое отверстие. Этим больным предварительно было произведено вылушивание узла с ушиванием 8-образными кетгутовыми швами ложа с последующим выведением миоматозной матки в кольпотомическое отверстие.

Большинство влагалищных операций выполнено под пудендальной и местной анестезией в сочетании с нейролентаналгезией. Однако при миомах матки, соответствующих размерам беременности до 10—12 нед, и при невыраженной степени опущения, лучше применять эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.

При оперативных вмешательствах кровопотеря не превышала 250—300 мл. Послеоперационное течение у всех больных было благоприятным. Только у одной женщины образовалась гематома небольших размеров между мочевым пузырем и передней стенкой влагалища, которая вскрылась на 4-е сутки после операции с последующим первичным заживлением.

УДК 616.233—002.5—08

### **В. Я. Прядко, И. Э. Ягофаров, К. М. Шагидуллина (Казань). Об эффективности лечения туберкулеза бронхов**

Специфические и неспецифические поражения бронхов являются частым осложнением туберкулеза легких. Данное обстоятельство мало учитывается при лечении впервые выявленных больных туберкулезом. Мы проанализировали данные клинкорентгенологического и трахеобронхоскопического исследований на разных этапах лечения больных с различными формами туберкулеза легких, осложненного специфическим поражением бронхов.

Трахеобронхоскопически обследовано более 400 больных, при этом активные туберкулезные изменения в бронхах выявлены у 9,8%, визуально неспецифические воспалительные изменения — у 42,3%. Характер специфических изменений бронхов определяется язвенной (14%) и свищевой (7%) формами поражения, а также инфильтративными изменениями.

У 26% больных процесс локализовался в сегментарных бронхах, у 58% — в долевых и у 16% — в главных и промежуточных. Сужение просвета бронхов наблюдалось у 43% больных.

15 больным туберкулезом бронхов (1-я группа) с распространенным легочным процессом, но с длительностью заболевания до 1 года дополнительно к основному курсу химиотерапии добавляли эндотрахеальные вливания. Чаще всего использовали растворы изониазида, солютизона и стрептомицина. Выбор препаратов определяли исходя из формы специфического поражения бронхов, имеющейся лекарственной резистентности МБК, а также с учетом применяемой химиотерапии. Мы стремились к тому, чтобы препарат, вводимый интратрахеально, был четвертым или третьим в комбинированной химиотерапии. При выраженной экссудативной реакции специфического процесса в бронхах проводили десенсибилизирующую терапию преднизолоном. Для предупреждения крайне неблагоприятного исхода туберкулеза бронхов — фиброзного стеноза — в показанных случаях применяли в комплексном лечении эндобронхиальное введение лидазы. Результаты лечения больных этой группы использовали для оценки эффективности другого метода лечения у 15 больных с небольшой длительностью процесса и у 17 с гиперхроническим течением туберкулеза легких, также осложненного специфическим процессом в бронхах. Больным 2—3-й групп антибактериальные препараты (изониазид, рифадин и тибон) вводили интракавернозно на фоне интратрахеальных вливаний.

Достоверно лучшими оказались результаты лечения специфического процесса в бронхах у больных 2-й и 3-й групп по сравнению с таковыми у больных 1-й группы. Излечение туберкулеза бронхов у пациентов 1-й группы наблюдалось чаще всего через 2 мес лечения (67%), у больных 2-й группы — в течение первого месяца лечения (96%). Наиболее тяжелое состояние было у больных с фиброзно-кавернозным и кавернозным туберкулезом (3-я группа). Однако даже у них интракавернозное введение химиопрепаратов и применение интратрахеальных вливаний позволили излечить туберкулез бронхов за сравнительно короткие сроки и с меньшими остаточными изменениями, чем при использовании только эндобронхиальных методов лечения. Положительный эффект был достигнут в первые 2 мес лечения у 64% больных, остальным потребовалось для выздоровления 3 мес.

Для достижения положительной динамики туберкулеза легких обязательно полноценное заживление туберкулеза бронхов, что возможно при своевременном выявлении этого процесса и применении местной терапии. Интракавернозное введение