

была диагностирована пневмония или пневмопатия; состояние 176 детей оценено как постгипоксическое, у 7 выявлена родовая травма и у 2 — внутриутробная инфекция.

У 146 родильниц с гипертонической болезнью АД оставалось повышенным в течение всех дней пребывания в стационаре, но было ниже, чем во время родов.

У 150 в первые дни послеродового периода АД нормализовалось, но к моменту выписки вновь повысилось; у остальных родильниц оно оставалось нормальным.

У 11 (2,7%) больных гипертонической болезнью и у 4 (2,2%) здоровых женщин послеродовой период осложнился серьезным маститом и субинволюцией матки.

Родильницы были выписаны в основном на 7—8-е сутки после родов, 64 женщины — на 9 — 10-е и 30 — в более поздние сроки.

Все больные гипертонической болезнью при выписке из стационара передавались под наблюдение участкового терапевта.

ВЫВОДЫ

1. В прелиминарном периоде у женщин с гипертонической болезнью высок процент осложнений, которые необходимо своевременно предупреждать и устранять.

2. При гипертонической болезни наблюдается также большой процент осложнений и оперативных вмешательств при родах, особенно когда они начинаются ночью.

3. Если при родах, начавшихся в ночное время, через 4 — 6 ч не произойдет раскрытия зева до 5 — 6 см и более, больной необходимо предоставить сон-отдых, а затем решать вопрос о необходимости коррекции родовой деятельности.

Поступила 25 сентября 1984 г.

УДК 618.11—006.6—089.8—02:618.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

Н. Л. Капелюшник, М. И. Слепов, Р. М. Миннибаева, С. И. Катанова

Кафедры акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. З. Ш. Гилязутдинова) и № 2 (зав.—проф. Н. Л. Капелюшник) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Доброкачественные опухоли яичников встречаются главным образом в молодом возрасте. Своевременное их удаление служит действенной профилактикой развития рака яичников. Работы, посвященные изучению репродуктивной функции женщин после консервативных операций на яичниках, немногочисленны. Исследования Н. И. Егоровой (1966) свидетельствуют о том, что удаление одного яичника небезразлично для организма женщины, оно может вызвать расстройства нейроэндокринной регуляции с нарушением менструальной и репродуктивной функций. На необходимость максимального консерватизма при операциях на яичниках по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований у женщин репродуктивного возраста указывают и другие авторы [2, 3].

Нами проведен анализ клинических наблюдений на отдаленных сроках (до 10 лет) состояния генеративной функции у 145 женщин в возрасте от 19 до 40 лет, оперированных по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. По морфологической структуре опухоли были разнообразными. Зрелая тератома (дермоидная киста) выявлена у 62 (42,8%) женщин, муцинозная цистаденома и аденофиброма — у 14 (9,7%), серозная цистаденома — у 38 (26,2%), эндометриоидная опухоль яичника — у 11 (7,6%), гранулезоклеточная опухоль — у 3 (2,0%), текома — у 1 (0,7%), липоидоклеточная — у 1 (0,7%), опухолевидные образования — у 15 (10,3%) больных. Односторонняя опухоль была у 56 (38,6%), двусторонняя — у 89 (61,4%).

До операции почти у каждой четвертой пациентки была нарушена менструальная функция (нерегулярные менструации, мено- или метроррагия). У больной с липоидоклеточной опухолью кровянистые выделения из половых путей до овариэктомии продолжались 2,5 года. 12 обследованных не жили половой жизнью, 23 страдали первичным бесплодием, у остальных было от 1 до 12 беременностей.

Удаление придатков матки с одной стороны произведено у 68 больных, удаление их с одной стороны и резекция второго яичника — у 57, резекция одного яичника — у 12, обоих яичников — у 8 женщин. Следовательно, у большой группы женщин,

кроме односторонней овариэктомии, резецирован и другой яичник. Показанием были фолликулярные кисты, двусторонние серозные или дермоидные опухоли яичника. У части больных производили сальпинголизис, ретроградную пертубацию или гидротубацию.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больные выписаны из стационара на 10—12-й день. При повторном обследовании женщин, проведенном через несколько месяцев (у некоторых — через 3—5 и до 10 лет после операции), было выявлено нарушение менструальной функции по типу аменореи, мено- или метроррагии после удаления одного и резекции другого яичника (у 36). У 12 женщин в первые месяцы после операции отмечалось увеличение оставшегося яичника и кистозное его изменение. В дальнейшем яичник уменьшался, по-видимому, за счет обратного развития фолликулов, но гипертрофия яичниковой ткани оставалась. Если до операции бесплодием страдали только 23 женщины, жившие половой жизнью, то после нее бесплодие выявлено у 64 больных.

Таким образом, представленные нами данные свидетельствуют, что резекция даже одного, а особенно обоих яичников, вызывает нарушение менструальной и репродуктивной функций, главным образом вторичное бесплодие гормонального генеза. Особенно часто эти расстройства возникают после односторонней овариэктомии и резекции другого яичника.

С целью реабилитации больные, страдавшие после операции расстройством менструации и бесплодием, были обследованы амбулаторно и в стационаре. Им проводили гистеросальпингографию, нередко в сочетании с пневмопельвеографией или лапароскопией. Для оценки функционального состояния яичников измеряли базальную температуру, определяли симптом «зрачка», арборизацию слизи цервикального канала, растяжение цервикальной слизи; проводили кольпоцитологическое исследование, гистологическое изучение соскоба эндометрия, реографию органов малого таза.

Анализ реографических кривых показал, что у больных, перенесших операцию на яичниках, повышен тонус крупных, средних и мелких сосудов органов малого таза. Это подтверждалось не только количественными, но и качественными характеристиками реографических кривых. Увеличение тонуса сосудов, на наш взгляд, обуславливает нарушение кровоснабжения оперированных органов и свидетельствует о вовлечении в процесс не только сосудистой, но и симпатической нервной системы органов малого таза, что приводит к нарушению основных функций сохраненных тканей яичников.

С целью восстановления менструальной и репродуктивной функций 22 из 64 больных с гормональной формой бесплодия получали медикаментозную терапию, аппаратное физиотерапевтическое и санаторно-курортное противовоспалительное лечение, гормональную терапию, спазмолитики, однако только у 9 из 22 женщин наступила беременность. Менструальная функция нормализовалась у 25 больных.

Анализ течения беременности у 9 женщин, перенесших консервативные операции на яичниках, показал, что у 4 беременность протекала без осложнений и закончилась нормальными родами. Масса тела новорожденных — от 2900 до 3600 г. У 5 женщин на ранних сроках беременности были симптомы угрозы ее прерывания, что потребовало неоднократного амбулаторного и стационарного лечения. Основной причиной угрозы прерывания беременности, судя по тестам функциональной диагностики, была гипофункция яичников. Поэтому лечение проводилось микрофоллином в сочетании с 17-оксипрогестерон-капрономатом или туриналом, спазмолитиками, витамином Е, эндоназальным электрофорезом с витамином В₁. В результате терапии беременность у всех 5 женщин была сохранена и закончилась срочными родами.

Таким образом, необходимо чрезвычайно бережное отношение к тканям яичников при выполнении операций по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у женщин репродуктивного возраста. Даже резекция яичника приводит к существенному нарушению кровоснабжения органа и вызывает расстройство менструальной и генеративной функции у больных.

В связи с этим женщины, подвергшиеся консервативным операциям на яичниках, нуждаются в длительном диспансерном наблюдении, в тщательном обследовании современными клиническими, лабораторными, эндоскопическими, рентгенологическими методами с последующим проведением реабилитации для восстановления гемодинамики органов малого таза, менструальной и репродуктивной функций. При проведении реабилитации реографию следует считать одним из методов, позволяющих судить о функциональном состоянии придатков матки. После удаления доброкачественных опухолей яичника с целью нормализации менструальной и репродуктивной функций рекомендуем под контролем тестов функциональной диагностики назначать эндона-

зальный электрофорез с витамином В₁, витамин Е, микроволновую терапию на гипоталамо-гипофизарную область.

При наступлении беременности всех женщин, перенесших операции на яичниках, необходимо отнести к группе высокого риска по невынашиванию беременности, поскольку они нуждаются в тщательном наблюдении, своевременном обследовании и госпитализации с целью сохранения беременности. С учетом ведущего значения гормональной и сосудистой недостаточности в патогенезе невынашивания беременности у этих больных в комплексе лечения, направленного на сохранение беременности, целесообразно включать гормональную терапию и спазмолитики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорова Н. И. Акуш. и гин., 1966, 11.— 2. Нечаева И. Д. Лечение опухолей яичников. Л., Медицина, 1972.— 3. Fiorentino F., Coggiola F., Mocchiola M. Minerva ginec. 1979, 31, 1.

Поступила 22 марта 1984 г.

УДК 616—022.363—001—073.75

НАШ ОПЫТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И. И. Камалов, В. И. Павлычева

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. У. Я. Богданович) МЗ РСФСР

Несмотря на то, что вопросы рентгенологического обследования нейрохирургических и травматологических больных изучаются давно, до настоящего времени ряд сторон этой проблемы остается недостаточно исследованным.

Рекомендуемые в руководствах и применяемые в практической работе методы рентгенографии опорно-двигательного аппарата далеко не всегда позволяют получить рентгенограммы высокого качества. Анализ развития рентгеновской техники и современных методов рентгенологического исследования показал, что некоторые уклады потеряли ценность, другие совершенствовались и, наконец, предложены совершенно новые бесконтрастные и рентгеноконтрастные методы, позволяющие увеличить объем рентгенологического обследования и получить большую информацию о посттравматическом состоянии поврежденного сегмента опорно-двигательного аппарата.

Целью настоящей работы являлось определение показаний к рентгенологическому обследованию травматологических больных, установление объема и тактики исследования, разработка новых методов.

Проведено клинико-рентгенологическое обследование госпитализированных в Казанский НИИТО 4500 экстренных травматологических больных в возрасте от 18 до 60 лет (мужчин — 2700, женщин — 1800). Из них нейрохирургических больных — 2200 (с черепно-мозговой травмой — 1900, с позвоночно-спинальной — 300), травматологических — 2300 (с повреждениями верхних конечностей — 800, нижних конечностей — 1090, грудной клетки — 320, тазовых костей — 90).

При обследовании экстренных больных нами учитывались допустимость применения и показания к рентгенологическому исследованию, его объем в зависимости от состояния пострадавшего в первые сутки после травмы. При этом мы стремились предотвратить дополнительную травматизацию и уменьшить облучение пострадавших. Объем обследования в остром периоде травмы зависел от общего состояния пострадавших и клинических проявлений травмы. Рентгенологическому обследованию подвергались все больные с повреждением черепа, позвоночника и опорно-двигательного аппарата, если не было жизненных противопоказаний (предагональное состояние и шок IV степени).

При определении допустимого объема рентгенологического обследования мы подразделяли пострадавших на четыре группы с учетом тяжести состояния и степени возбуждения. В 1-ю группу входили больные с травмой опорно-двигательного аппарата в комбинации с тяжелой сочетанной травмой; во 2-ю — с травмой опорно-двигательного аппарата средней тяжести; в 3-ю — с травмой опорно-двигательного аппарата легкой степени; в 4-ю — лица с травмой опорно-двигательного аппарата средней и легкой степени тяжести, находившиеся в двигательном возбуждении вследствие алкогольного опьянения.

Наиболее сложным являлось обследование больных 1 и 4-й групп. Для них