

Частота послеоперационных осложнений составила 11%, летальность — 0,8%. У 2 больных развился флебит подкожных вен бедра и плеча, у 1 — тромбоз флебит глубоких вен бедра, 1 больная погибла на 3-й день после операции от тромбоэмболии легочной артерии. Из других осложнений следует отметить эвентрацию у 1 больной. У 3 больных наблюдалось лимфоцеле, у 2 из них экстрaperитонеально вскрыли параметральное пространство и дренировали его, у 3-й процесс удалось купировать повторными пункциями параметрии через брюшную стенку и отсасыванием серозного выпота (небольших количеств).

После расширенной экстирпации матки на протяжении 5 дней мочевой пузырь обычно катетеризировали, в дальнейшем отмечалось самостоятельное мочеотделение. Длительная атония мочевого пузыря наблюдалась у 3 больных и пиелонефрит — у 1. Мочеточничково-влагалищный свищ возник у 1 больной — на 18-й день после расширенной экстирпации матки, произведенной в экстренном порядке из-за кровотечения. Во время операции у этой больной были перевязаны с двух сторон внутренние подвздошные артерии.

Наиболее часто рецидивы заболевания и метастазы выявляются в первые два года. Наши наблюдения за больными раком шейки матки в течение 3—7 лет показали следующее. Все 59 больных с 1а стадией живы и относятся к III клинической группе, причем у 32 из них произведена простая экстирпация матки, в том числе у 6 женщин молодого возраста были оставлены придатки. Следует отметить, что 26 больным этой группы в дальнейшем не проводилась лучевая терапия. Из 65 больных с 1б стадией 13 умерли в первые два года от рецидива заболевания и метастазов, у 5 из них во время операции были обнаружены метастазы в регионарных лимфоузлах. Одна больная погибла через 2 года после комбинированной терапии от другого заболевания.

Таким образом, положительные результаты лечения больных раком шейки матки 1 стадии составляют 89,5%, причем наши исследования свидетельствуют, что у больных с инвазией на глубину до 3 мм объем хирургического вмешательства может быть сокращен без риска для здоровья и жизни больной. У больных с начальными формами рака шейки матки (1а стадия) кроме сокращения объема хирургического вмешательства можно исключить и лучевой компонент терапии. На основании своих наблюдений мы считаем, что следует пересмотреть вопрос о необходимости подвергать послеоперационной лучевой терапии больных раком шейки матки 1 стадии (с инвазией более 3 мм) после расширенной экстирпации матки при отсутствии метастазов в регионарных лимфоузлах.

Для выбора адекватного метода и объема лечения заболеваний шейки матки целесообразно более широко применять электроконизацию с последующим исследованием серийно-ступенчатых срезов ткани.

ЛИТЕРАТУРА

Юруков Кр., Григорова Т. М. Вопросы онкологии, 1980, 6.

Поступила 28 октября 1980 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.14—089.819.1—06

Т. П. Тараканова, В. А. Семенченя (Саратов). Осложнения катетеризации центральных вен

За два года нами произведено 250 катетеризаций центральных вен (подключичной — 187, бедренной — 63) у 202 больных. У 26 из них катетеризацию производили дважды, а у 11 — трижды. Длительность пребывания катетера в вене составляла от нескольких часов до 46 сут, в среднем 5—7 дней. Наиболее часто мы применяли катетеризацию центральной вены у больных, нуждающихся в продолжительном парентеральном питании (122), при острой массивной кровопотере (57), а у 23 пациентов поводом для катетеризации послужили терминальные состояния. Осложнения были у 23 больных (11,4%). Их можно разделить на 2 группы: осложнения, связанные с нарушением техники катетеризации, и осложнения, обусловленные длительным нахождением катетера в просвете вены. Осложнений с летальным исходом не было, однако любое из них представляло угрозу, особенно при запоздалом распознавании, и всегда отягощало состояние больного.

Пневмоторакс отмечен у 5 больных. У 3 из них пункцию производили на фоне

искусственной вентиляции легких. Из-за скудности клинической картины осложнение было распознано лишь при переводе больного на спонтанное дыхание.

Вероятность повреждения плевры с развитием пневмоторакса выше при многократных попытках пункции сосуда. У всех пациентов с данным осложнением катетеризация была выполнена со 2—4-й попытки. Поскольку повреждение легкого иглой незначительно, пневмоторакс нарастает постепенно, и клиника его обычно бывает смазанной. У 1 больного возник гемоторакс, который был ликвидирован однократной плевральной пункцией. Наряду с клиническими данными ведущее значение в диагностике этого вида осложнений принадлежит рентгенологическому исследованию, которое необходимо производить при малейшем подозрении.

Ошибочная пункция одноименной артерии была допущена у 2 больных. Это не опасное осложнение, если его вовремя распознать. Оно просто диагностируется и не требует никаких специальных мероприятий.

Из редких осложнений можно выделить отрыв кончика струны-проводника, который произошел при пункции бедренной вены и потребовал хирургического удаления оторвавшегося кусочка струны.

По нашим данным в 80% технические ошибки и неудачные пункции произошли вследствие неопытности врачей, их производивших, что заставило нас ограничить число лиц, выполняющих катетеризацию.

Осложнения, связанные с длительным нахождением катетера в вене, более опасны и часто угрожают жизни больного. К ним относятся тромбофлебитические осложнения (у 4 пациентов), нагноение в месте пункции (у 9), сепсис (у 1). Опасность септических осложнений у ослабленных больных высока. Поэтому предупреждение инфекционных осложнений, обусловленных длительным присутствием катетера в центральной вене и многократным использованием его в процессе лечения, — весьма сложная задача. Необходимо строго придерживаться правил асептики при выполнении этой манипуляции и соблюдать меры антисептики при длительном стоянии катетера. Мы применяем антибактериальные промывки из 1% раствора диоксида с добавлением гепарина. Раствор вводят в конце каждого сеанса инфузионной терапии. Особое внимание следует уделять тщательному уходу за кожей в месте нахождения катетера.

Несмотря на возможность осложнений при катетеризации центральных вен, нельзя отказаться от этого удобного, порой единственного метода интенсивной терапии.

УДК 616.127—005.8—007.251

С. А. Калинина (Ижевск). О разрывах сердечной мышцы при инфаркте миокарда

Проанализированы истории болезни умерших от разрыва сердца (РС). Из 1499 больных инфарктом миокарда (ИМ), поступивших на лечение в специализированное отделение для больных инфарктом миокарда с 1972 по 1978 г., умер 221; РС явился непосредственной причиной смерти у 56 из них (25,3%). РС в основном наблюдался у лиц пожилого возраста, чаще у женщин, чем у мужчин. В возрастной группе 51—60 лет РС произошел у 5 из 284 мужчин (1,8%) и у 3 из 70 женщин (4,3%), в возрастной группе 61—70 лет — соответственно у 8 из 270 (2,9%) и у 18 из 191 (9,4%); в группе больных ИМ старше 70 лет — у 5 из 107 (4,7%) и у 17 из 155 (10,9%). У всех больных РС происходил на фоне трансмурального ИМ в области передней стенки. Чаще РС наблюдался при первичном ИМ (76,7%), в 2 случаях при повторном ИМ (3,3%), в 12 при рецидивирующем (20,0%). В первые сутки течения ИМ разрыв сердца возник у 30 больных, на 2—3-и сутки — у 10, на 4—7-е — у 2, на 19—23-и — у 8. Все случаи поздних разрывов (после 7-го дня) были связаны с рецидивом ИМ.

У 53 больных было проведено наблюдение за электрической активностью сердца с помощью кардиомонитора в момент наступления клинической смерти от ИМ. Полная блокада с переходом в идиовентрикулярный ритм и последующей остановкой сердца констатирована у 22 больных, синусовая тахикардия с переходом в полную блокаду, а затем в идиовентрикулярный ритм и остановку сердца — у 15, синусовый ритм с последующими желудочковой тахикардией и остановкой сердца — у 3, фибрилляция предсердий с переходом в полную блокаду и остановку сердца — у 7, фибрилляция желудочков с последующей остановкой сердца — у 6, причем у 1 больного фибрилляция желудочков наблюдалась дважды, после дефибрилляции отмечалось кратковременное восстановление ритма, повторная фибрилляция желудочков перешла в остановку сердца.

Гипертоническая болезнь была у 65% больных ИМ с РС.

Антикоагулянтное лечение (гепарин) получали 46,7% больных, строфантин — 78,3% от общего числа обследованных.

Прижизненный диагноз РС был поставлен в 4,1%. В 68,7% РС был диагностирован путем ретроспективной оценки клинического течения и особенностей клинической смерти, в 27,2% — на вскрытии.

Таким образом, гипертоническая болезнь, физическое перенапряжение в остром периоде ИМ, рецидив ИМ, пожилой возраст являются факторами риска РС. Чаще РС наблюдается при переднестеночной локализации ИМ в первые сутки заболевания.