

II гр.—3 женщины с регулярным менструальным циклом, страдающие бесплодием в течение 3—13 лет, с выраженными функциональными изменениями (возраст — от 30 до 34 лет). При обследовании их в динамике в течение 2—3 месяцев при кажущемся нормальном менструальном цикле был установлен ановуляторный цикл: ректальная температура однофазная, феномен «зрачка» — однофазный («зрачок» не исчезал в лютеиновую фазу менструального цикла), цитология влагалищного мазка у 2 женщин — III—IV, а у одной — III картина, кристаллизация шеечной слизи исчезала накануне менструации. Гистологическая картина соскобов слизистой полости матки перед менструацией также показала отсутствие овуляции, а именно: слизистая матки была в фазе пролиферации.

Проводилось комплексное лечение (эстрогены в первую половину цикла, эстрогены и прогестерон в дни овуляции и прогестерон во вторую половину цикла) и медикаментозное воздействие на парасимпатические центры межуточного мозга в предовуляторную фазу (апоморфин по Е. И. Кватеру), аскорбиновая кислота в овуляторную и постовуляторную фазы. После проведенного лечения через 5—7 месяцев у всех трех женщин наступила беременность, закончившаяся срочными родами.

III гр.—4 женщины, страдающие не только бесплодием в течение 5—9 лет, но и нарушением менструального цикла (возраст — 30—35 лет). Бесплодие наступило после родов и аборт. Менструации, бывшие регулярными в течение 5—7 лет, стали приходить через 1,5—2—3 месяца по 15—20—30 дней, обильные. При гистологическом исследовании соскобов слизистой матки обнаружена слизистая в состоянии железисто-кистозной гиперплазии. При обследовании в течение 2—3 месяцев установлено: ректальная температура однофазная, цитология влагалищного мазка в динамике — III картина, феномен «зрачка» однофазный со слабо выраженными динамическими изменениями, кристаллизация шеечной слизи исчезала поздно. Эти женщины страдали функциональными маточными кровотечениями на почве персистенции неполноценного фолликула.

Проводилась комплексная терапия: помимо физиотерапевтических методов (воротник по Щербаку, диатермия), — гормонотерапия циклическая в зависимости от фазы менструального цикла, эстрогены — в первую, прогестерон — во вторую половину менструального цикла и сочетание эстрогенов и прогестерона в дни предполагаемой овуляции, медикаментозное воздействие на парасимпатические центры межуточного мозга в предовуляторную фазу, апоморфин и аскорбиновая кислота — в овуляторную и постовуляторную фазы. После проведенной терапии в течение 6 месяцев менструальный цикл восстановился и стал овуляторным; через 6—8 месяцев и через 2 года от начала лечения наступила беременность, которая у двух закончилась срочными родами, а одна беременна в настоящее время.

ВЫВОДЫ

1. Одной из причин женского бесплодия является нарушение функции яичников с нарушением менструального цикла, которое может быть выявлено при помощи тестов функциональной диагностики.
2. Назначение таким больным женских половых гормонов может нормализовать менструальный цикл и способствовать наступлению беременности.
3. Вопросы диагностики и терапии женского бесплодия, связанного с нарушением функции яичников, подлежат дальнейшему изучению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамбарова Г. Г., Джавахашвили Н. М. Акуш. и гин., 1953, 5. — 2. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, М., 1961. — 3. Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. Медгиз, Л., 1959. — 4. Проняева К. В. Акуш. и гин., 1946, 3. — 5. Хейфец С. Н. Там же, 1963, 1.

УДК 618.177

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ЖЕНЩИН

А. И. Мацуев

Гинекологическое отделение Починковской центральной районной больницы
(главрач — В. С. Тарасов) Смоленской области
Научный руководитель — канд. мед. наук доц. К. К. Комешко

В случаях стойкой непроходимости маточных труб или при их отсутствии хирургический метод является единственным методом лечения бесплодия.

Нами хирургическое лечение бесплодия было проведено у 23 женщин при длительности бесплодия от 2 до 10 лет.

Были сделаны следующие операции: сальпингостомия (9), имплантация труб в матку (3), пересадка яичников в матку (1), резекция беременной части маточной трубы с восстановлением проходимости труб (10).

Для предупреждения рубцового сужения мы вводили в просвет маточной трубы полихлорвиниловую трубку длиной 180 мм и диаметром 3 мм. Биологическая инертность полихлорвиниловых трубок была доказана нами в эксперименте на крольчихах. Во время операции другой конец полихлорвиниловой трубки с помощью предложенного нами «проводника» мы выводили через задний свод во влагалище, где отдельным швом фиксировали к шейке матки. Такое выведение трубки обеспечивало физиологическое положение маточных труб и исключало повторное чревосечение для удаления протеза (на 5—7-й неделе после операции мы легко удаляли его через влагалище).

Осложнений, связанных с пребыванием полихлорвиниловых трубок в брюшной полости, мы не отмечали.

У 10 женщин, поступивших с внематочной беременностью, произведено иссечение лишь беременных участков; в просвет сохраненной части маточной трубы мы также вставляли полихлорвиниловую трубку, другой конец которой выводили во влагалище по типу операции сальпингостомии или имплантации труб в матку.

Средний срок наблюдения за оперированными женщинами составляет 2 года. После операции сальпингостомии и пересадки труб в матку беременность наступила у 4 женщин, после консервативных вмешательств на беременных маточных трубах — у 3.

Всего нормальными родами закончилось 5 беременностей, 2 беременности закончились самопроизвольным выкидышем. Все дети родились недоношенными. Осложнений в родах не отмечалось.

ВЫВОДЫ

1. Хирургический метод лечения бесплодия может быть рекомендован после длительного безуспешного консервативного лечения.

2. При проведении восстановительных операций на маточных трубах целесообразно применение полихлорвиниловых трубок, выводимых с помощью металлического проводника через задний свод во влагалище, что обеспечивает сохранение проходимости маточных труб и простой способ удаления временных протезов на 5—7-й неделе после операции.

3. При лечении внематочной беременности у женщин, страдающих бесплодием, оправдано выполнение консервативных вмешательств на беременных трубах с применением полихлорвиниловых трубок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубнов В. М. и Бескровная Н. И. Акуш. и гин., 1963, 1.—2. Каплун Э. М. Новости медицины, 1953, 35.—3. Козинский Б. А. Сб. научн. тр. ЦНИАГИ, т. 1. Л., 1935.—4. Маненков П. В. и Лейбов С. В. Акуш. и гин. 1940, 1.—5. Пичуев В. П. Там же, 1964, 4.—6. Рождественская-Осякина А. И. О транспорте яйца из яичника в матку. Медгиз, Л., 1947.

УДК 618. 3—008. 6

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕНТАМИНА ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

(Предварительное сообщение)

И. И. Фрейдлин

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Отечественный препарат пентамин относится к веществам, обладающим значительной ганглиоблокирующей активностью (М. Д. Машковский, 1960; И. М. Шаропов, 1960; и др.). Вызывая блокаду вегетативных ганглиев, эти вещества оказывают гипотензивное, седативное, противошоковое и спазмолитическое действие, а также снижают венозное давление и давление черепномозговой жидкости (С. В. Аничков, 1958; П. П. Денисенко, 1958; и др.).