

пацией матки при выпадении). В процессе операции вводили внутривенно капельно 5% раствор глюкозы. Следили за уровнем АД и по показаниям вводили сердечно-сосудистые средства. При кровопотерях капельно переливали одногруппную кровь.

Перед началом операции за 30—40 мин. всем больным вводили 1 мл 1% промедола и 1 мл 0,1% сернокислого атропина. Осложнений, связанных с наркозом, не было.

В послеоперационном периоде мы широко применяли оксигенотерапию, давали промедол, а для профилактики пневмоний в первые 2—3 дня назначали камфару, сухие банки, поворачивали больных на бок. С целью предупреждения пареза кишечника мы к концу вторых суток назначали гипертонические клизмы и инъекции 10% хлористого натрия внутривенно либо 1 мл 0,1% раствора прозерина, а при отсутствии стула — паранефральную блокаду (100—120 мл 1/4% раствора новокаина), сифонные клизмы. Швы снимали на 8-е сутки, а перед этим обязательно исследовали протромбиновый индекс и не поднимали больных при высоком уровне его.

Осложнения были у 12 больных: инфильтраты у 1, тромбозы вен нижних конечностей у 3, частичное расхождение раны и нагноения у 4, бронхопневмонии у 2, параметрит у 1 и ишурия в течение более 2 суток у 1.

## ВЫВОДЫ

1. Пожилой возраст не может являться абсолютным противопоказанием к оперативному вмешательству.

2. Необходимо строго индивидуализировать показания и объем операций, соотносясь с возрастом, основным и сопутствующими заболеваниями.

3. Следует проводить тщательное общесоматическое обследование с правильным выбором обезболивания, профилактику осложнений во время операций и бережный уход в послеоперационном периоде.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мартыничев А. Н. и Трунин М. А. Вестн. хир., 1959, 8. — 2. Мясичев Г. Ф. Акуш. и гин., 1959, 4. — 3. Старостина Т. А. Там же, 1963, 2.

УДК 616—073.75—618.14—618.12—002.5

## РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА МАТКИ И ТРУБ<sup>1</sup>

*Л. М. Тухватуллина*

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) и вторая кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Д. Е. Гольдштейн) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Диагностика туберкулеза женской половой сферы представляет большие трудности. Основными методами ее являются гистологическое исследование биопсированного кусочка, соскоба эндометрия и цитологическое исследование. За последние годы стали приобретать большое значение контрастная рентгенография и двойное контрастирование при исследовании матки и труб.

Под нашим наблюдением с 1963 г. находились 224 женщины. Гистеросальпингография по обычной методике проведена 218, гинекография, т. е. метод двойного контрастирования, — 6 больным. Осложнений мы не наблюдали.

У 7 больных туберкулез гениталий был установлен ранее. Из них 4 были прооперированы по поводу туберкулеза яичников, причем диагноз подтвержден гистологически. 3 больные лечились по поводу туберкулезного эндометрита, подтвержденного биопсией; у них рентгенологически были обнаружены изменения, характерные для туберкулеза матки. У 4 больных, оперированных по поводу туберкулеза яичника, ни в полости матки, ни в оставшейся трубе изменений не обнаружено.

47 больных были направлены с подозрением на туберкулез половой сферы. Из них у трех рентгенологически обнаружены изменения, характерные для туберкулеза труб.

170 больных были направлены по поводу первичного бесплодия. Из них рентгенологически туберкулез был обнаружен у 14 женщин.

Таким образом, рентгенологические признаки, характерные для туберкулеза матки и труб, нами были обнаружены у 20 женщин. Реакция Пирке оказалась положительной у 18, отрицательной у 2 женщин. Реакция Манту проведена 5 больным; у 3 она оказалась положительной, у 2 — отрицательной. Проба Коха проведена 13 больным; у 6 она была положительной, у 6 — отрицательной и у одной — сомнительной.

<sup>1</sup> Доложено в Обществе акушеров-гинекологов г. Казани 9/IV 1964 г. и в Обществе рентгенологов и радиологов 16/XII 1965 г.

При отрицательной реакции Пирке реакция Манту и проба Коха были также отрицательными. У 4 больных при отрицательной пробе Коха реакция Пирке была положительной.

Гистологическим исследованием у 10 больных был подтвержден туберкулез эндометрия, у 3 — туберкулез труб. 7 больных с выявленным рентгенологически туберкулезом труб не были оперированы, вследствие чего гистологическое исследование не проводилось.

Рентгенологическая картина при туберкулезе матки характеризуется резкой деформацией полости матки, иногда с проникновением контрастного вещества в толщу стенки матки или с интравазацией, удлинением и расширением цервикального канала при уменьшенных размерах полости матки.

При туберкулезе трубы мы наблюдали неоднородную пеструю тень ампулярного отдела, ригидную трубу, неровные контуры трубы с проникновением контрастного вещества в толщу ее стенки. Наконец, труба может быть в виде отдельных сегментов — «связки сосисок», иногда с булавовидным утолщением ампулярного конца. Эти изменения четко определяются и на контрольных снимках через 24 часа.

Для иллюстрации приводим наше наблюдение.

Х., 26 лет, направлена в клинику с диагнозом: первичное бесплодие. Жалоб не предъявляет, больной себя не считает. Из перенесенных заболеваний отмечает корь и ангину. Замужем 3 года, состоит в первом браке, бесплодна при наличии полноценной спермы мужа.

Реакция Пирке резко положительная. Проба Коха отрицательная. В легких при рентгеноскопии изменений не обнаружено. Картина крови в пределах нормы. Со стороны гениталий изменений нет.

Гистеросальпингография. Видна тень деформированной полости матки с неполной перегородкой. Левая труба непроходима в интерстициальной части, правая труба прослеживается на всем протяжении, значительно расширена в истмическом отделе. Пестрая картина тени контрастного вещества за счет обширной интравазации, что характерно для туберкулеза. Через 24 часа тени контрастного вещества в брюшной полости не определяются.

Гистологическое исследование скудного соскоба стенок полости матки, сделанное в последующем, подтвердило диагноз туберкулеза матки.

Наши наблюдения позволяют сделать следующее заключение.

Гистеросальпингография является доступным и практически ценным методом диагностики туберкулеза женских половых органов, дающим возможность выявить как активный туберкулез, так и латентную его форму.

Двойное контрастирование (гинекография) способствует дифференциальной диагностике туберкулеза и опухолей придатков матки. Применение этого метода не вызывает обострения туберкулезного процесса.

При первичном бесплодии, аменорее у молодых женщин следует не забывать о возможности туберкулеза половой сферы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова М. М., Ермина М. С. Акуш. и гин., 1958, 6; Пробл. туб., 1962, 7. — 2. Абрамова М. М. Атлас гистеросальпингографии. Медгиз, М., 1963. — 3. Ермина М. С. Туберкулез женских половых органов. Медгиз, М., 1964. — 4. Абураел Е. Б., Петреску В. Д. Акуш. и гин., 1960, 6. — 5. Маршалек Я., Женишек Л. Рентгенодиагностика заболеваний женской половой сферы. Прага, 1963. — 6. Рушковски Ю., Славиньска Д. Атлас гинекологической рентгенодиагностики. Варшава, 1963. — 7. Ярьков Л. Туберкулоза на женските гениталии. София, 1960.

УДК 615.84—618.12

## ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА МОТОРИКУ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

*Н. Е. Сидоров и Р. А. Осипов*

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Следует считать твердо установленным, что наступление беременности связано не только с проходимостью труб, но и с их двигательной функцией. Оба эти фактора являются одинаково важными, нарушение их приводит к патологии. Лечение трубного бесплодия обязательно должно включать восстановление проходимости и норма-