

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 ангины. 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. Абурел 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. Яр'ков 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-

лизацию сокращений трубы. Наши клинические наблюдения и литературные данные достаточно подтверждают это положение.

Для нормализации моторной функции фаллопиевых труб после консервативного или оперативного восстановления нормальной проходимости мы применили электростимуляцию шейки матки у одной группы больных и электростимуляцию внутренней поверхности матки у другой.

И. А. Эскин, А. Д. Киршенблат, Смит и Уайт, Маршалл и Верней и др. показали, что гипофиз находится под воздействием нервных импульсов, поступающих с шейки матки. Без этих импульсов гипофиз выделяет в кровь только фолликулостимулирующий и не выделяет лютеинизирующий гормон. Избрав данный метод, мы рассчитывали не только на прямую стимуляцию мускулатуры матки и труб, но и на косвенную, путем нормализации гормонального баланса. Для электростимуляции использовали аппарат АСМ-3. Контроль осуществляли гистеросальпингографией (ГСГ) и кимографической пертубацией кислородом при помощи аппарата для продувания труб, выпускаемого заводом «Красногвардеец» (продувание труб делали на 9—11-й и 21—23-й день менструального цикла).

Электростимуляцию мы применили у 54 бесплодных женщин в возрасте от 22 до 35 лет. Большинство их в течение нескольких лет получало интенсивную противоспалительную медикаментозную и физиотерапию, включая санаторно-курортное лечение. Первичное бесплодие было у 27, вторичное тоже у 27. Продолжительность бесплодия до 5 лет была у 27, до 10 лет — у 22, более 10 лет — у 5 женщин. Бесплодие было результатом воспалительного процесса у 53 больных, у одной был туберкулезный сальпингит и эндометрит, установленный гистеросальпингографией.

50 женщинам предварительно проведено лечение гидротубациями до восстановления нормальной проходимости труб и исчезновения признаков воспаления. Для гидротубации применялся стерильный раствор, содержащий 0,05 фурациллина, 2,5 прокаина, 4,5 хлористого натрия и 500 мл дистиллированной воды. Перед введением добавляли 50 мг гидрокортизона и 500 000 ед. пенициллина. Гидротубации предшествовало введение 64 ед. лидазы. За одну процедуру вводилось не более 100 мл раствора. Раствор не токсичен, обладает мощным антибактериальным и противовоспалительным действием, способствует процессам грануляции и заживления ран. Остальным четырем женщинам гидротубации не делали, так как трубы у них были хорошо проходимы, но имела слабость моторной функции, проявляющаяся в нарушении ритма и уменьшении амплитуды колебания. Всем им проведено лечение электростимуляцией шейки матки.

Первой группе женщин (30 чел.) производилась амбулаторно электростимуляция шейки матки или заднего свода влагалища. Лечение начинали с 9—10-го дня менструального цикла и продолжали до очередной менструации. Длительность процедуры — 10—15 мин. (через день или ежедневно). Курс лечения включал не менее 8 процедур. Контроль осуществляли кимографической пертубацией до восстановления нормальной моторики. Этот способ наиболее приемлем при умеренном нарушении моторики труб.

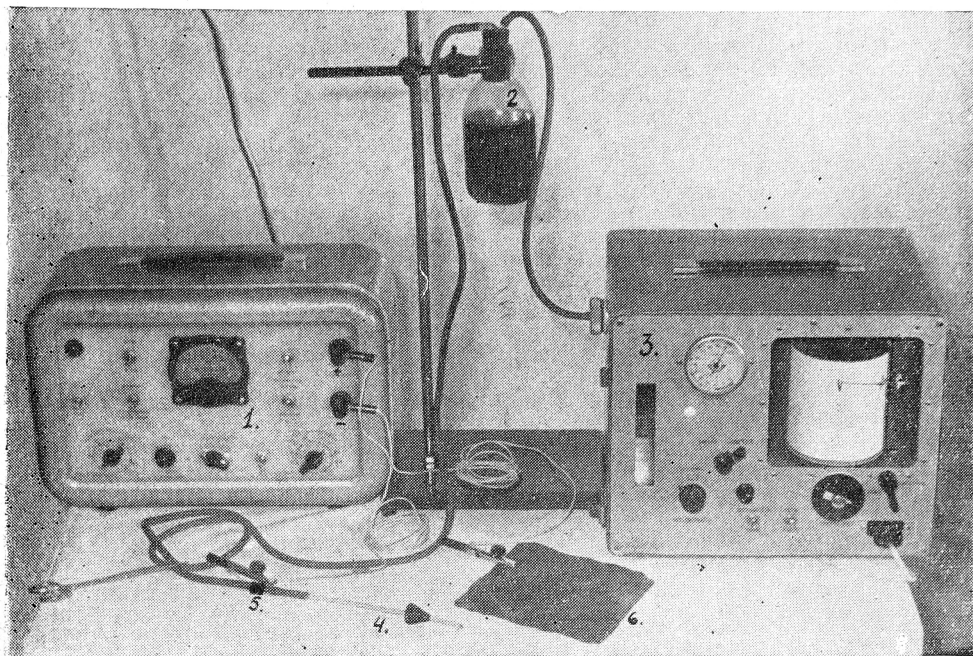
Второй группе женщин (24 чел.) электростимуляцию делали в момент гидротубации. Электрический ток пропускали через раствор. Маточный наконечник (катод) покрывали изоляционным материалом, чтобы избежать непосредственного контакта с шейкой матки.

Свинцовую пластинку (анод) подкладывали под поясничную область больной. Электрический ток через раствор воздействовал на всю внутреннюю поверхность матки и на трубы. Одновременно осуществлялось более глубокое проникновение лекарственных веществ в ткани. Длительность процедуры — 5—10 мин. Давление жидкости должно быть не выше 200 мм рт. ст., чтобы за это время ввести не более 10 мл раствора. Курс лечения составляли 8—10 процедур, ежедневно с 9—10-го до 23—24-го дня менструального цикла. После окончания курса лечения проводилось контрольное продувание труб. В случае необходимости после очередной менструации курс лечения повторяли или назначали электростимуляцию шейки матки. Этот метод оказался эффективнее первого. Он показан при глубоких поражениях мускулатуры трубы, например при длительно существовавших сактосальпингах, после оперативного восстановления проходимости труб.

Наиболее глубокое нарушение моторики наблюдается при туберкулезном сальпингите. Как в первую, так и во вторую половину цикла отсутствует перистальтика на кимограммах (прямая линия). Во вторую фазу резко понижен тонус мускулатуры труб. Электростимуляция не увеличивает тонуса и не возбуждает перистальтику, а, наоборот, подавляет ее.

При давно образовавшихся сактосальпингах происходит атрофия мышечной оболочки, замещение ее соединительной тканью, возникают дегенеративные изменения нервных волокон. Поэтому результаты оперативного восстановления труб в этих случаях не всегда положительные, однако и не безнадежны. Мы применили электростимуляцию с гидротубацией после оперативного восстановления проходимости труб при гидросальпингах и получили удовлетворительные результаты. Удалось восстановить моторику труб, нормализовать тонус.

При хронических воспалительных процессах в трубах с менее резкими структурными изменениями, там, где нет больших сактосальпингов, нарушение моторики выражено слабее (уменьшена амплитуда, расстроен ритм, нередко понижен тонус). Гидротубация и электростимуляция быстро нормализуют моторику, повышают тонус. Иногда в первый месяц после окончания лечения создается впечатление непроходимости из-за гипертонуса труб. В последующие месяцы тонус обычно нормализуется. У некоторых больных он остается несколько повышенным, однако это не препятствует продвижению яйцеклетки из яичника в матку. Беременность чаще всего наступает в ближайшие месяцы после окончания лечения. Случаев внематочной беременности не было.



Установка для гидротубации с одновременной электростимуляцией:

1) аппарат для стимуляции мышц — АСМ-3; 2) градуированный стеклянный сосуд; 3) аппарат для продувания труб (з-да «Красногвардеец»); 4) серебряная трубка, к которой присоединяется катод выхода аппарата АСМ-3; 5) наконечник, покрытый изоляционным материалом; 6) свинцовый электрод (анод), подкладываемый под поясничную область.

Из 54 женщин, лечившихся по поводу бесплодия, моторика труб нормализовалась у 31, улучшилась у 18, осталась без изменений у 4, ухудшилась у 1 (с туберкулезным сальпингитом и эндометритом). Нормализация моторики труб чаще наблюдалась после лечения вторым методом.

Беременность наступила у 15, четверо развелись с мужьями. У остальных 35 беременность не наступила. Из 15 забеременевших женщин у 3 беременность закончилась самопроизвольным выкидышем (одна из них забеременела повторно), у 12 протекала нормально.

Учитывая, что большинство женщин до поступления в клинику безрезультатно получали противовоспалительное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение и что каждая четвертая женщина забеременела, результаты можно считать вполне удовлетворительными.

Наши немногочисленные наблюдения позволяют рекомендовать электростимуляцию, особенно в сочетании с гидротубацией, как метод, нормализующий моторику в комплексной терапии бесплодия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козаченко В. П. Акуш. и гин., 1961, 2. — 2. Осипов Р. А. Казанский мед. ж., 1965, 5. — 3. Майзель Е. П. Клиника и терапия бесплодия женщины. Медицина, Л., 1965. — 4. Парастаев А. С., Микеладзе Д. А. Акуш. и гин., 1956, 1. — 5. Розовский И. С., Никулин П. П. Там же, 1959, 3.