

СТИМУЛЯЦИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ, ПОРАЖЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ

Н. Е. Сидоров и Р. А. Осипов

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

Поражение труб воспалительным процессом, вследствие которого нарушается не только проходимость, но и моторная функция яйцеводов, занимает одно из ведущих мест среди причин бесплодия женщины. Восстановление проходимости еще не гарантирует восстановление моторики, а следовательно, и наступление беременности.

Мы попытались проверить эффективность гидротубации в восстановлении проходимости труб, а также изучить влияние электростимуляции и окситоцина на сокращение мышц яйцеводов при воспалительных изменениях.

Наличие трубного бесплодия устанавливали гистеросальпингографией (ГСГ), кимографической пертубацией и гидротубацией, которые делали до начала и после окончания лечения. Гистеросальпингографию производили на 10—12-й, а пертубацию на 10—12-й и 20—23-й дни менструального цикла, т. е. в дни, когда гормональные влияния яичника хорошо выражены. Отсутствие колебаний на кимограммах могло свидетельствовать о поражении мышц яйцеводов, а не о гормональной недостаточности. Функцию яичника оценивали по симптому зрачка и кристаллизации, типу реакции влагалищного содержимого. У некоторых женщин за 3—4 дня до менструации брали штрих-цуг эндометрия для гистологического исследования.

Избранные нами методы регистрации моторной функции возможны только при проходимых трубах, поэтому для лечения мы отобрали 84 женщины, страдавшие бесплодием на почве хронических воспалительных процессов придатков матки с затрудненной и нормальной проходимостью труб, а также подвергшихся оперативно-восстановлению проходимости яйцеводов. Больные были в возрасте от 21 до 35 лет. Первичное бесплодие было у 32, вторичное — у 42 женщин. Было обследовано также 6 здоровых женщин. Гидротубации производили ежедневно или через день с 6—7-го до 20—22-го дня менструального цикла. Продолжительность процедуры — от 3—5 до 30—40 мин. (при затрудненной проходимости труб). Курс лечения включал 10—15 процедур. При необходимости курс лечения повторяют после очередной менструации. При давлении 200 мм рт. ст. вводилось не более 100 мл стерильной жидкости следующего состава: фурацилина 0,05, прокаина 2,5, хлористого натрия 4,5, дистиллированной воды 500 мл. Перед введением в раствор добавляли 50—70 мг гидрокортизона. 64—128 ед. лидазы вводили в полость матки через кран-тройник непосредственно перед гидротубацией.

Показанием для гидротубации служили: хроническое воспаление матки и придатков, сужение просветов яйцеводов, перитубарные спайки. После гидротубации уменьшались боли, нормализовались менструации, усиливалось половое влечение и половое чувство, уменьшались придатки матки, частично рассасывались перитубарные спайки. Пертубационные кривые и гистеросальпингограммы, сделанные до и после лечения, указывали на некоторые сдвиги в моторной функции труб. До лечения перистальтика была у большинства больных вялая, неправильная, без какого-либо определенного ритма. Тонус был понижен. В процессе лечения он несколько повышался. Перистальтические волны стали более высокими и ритмичными у 30, остались без изменений у 54 женщин. Обострение воспалительного процесса наблюдалось у 3 больных. Противовоспалительное лечение полностью купировало процесс.

Однако гидротубации восстанавливали моторику фаллопиевых труб далеко не всегда. Поэтому после восстановления нормальной проходимости яйцеводов проводилась стимуляция мышц матки и фаллопиевых труб либо импульсным электрическим током, либо окситоцином.

Электростимуляции подверглись 54 женщины, которым предварительно проведено лечение гидротубациями. Для лечения применяли два способа: 1) электростимуляцию шейки матки или заднего свода влагалища, 2) электростимуляцию внутренней поверхности матки и труб в момент гидротубации. Электростимуляцию осуществляли аппаратом АСМ-3, током прямоугольной формы частотой 50—60 гц, силой 10—20 мА. Курс лечения включал 8—12 процедур с 10—11-го до 24—25-го дня менструального цикла ежедневно. Эффективность контролировали кимографической пертубацией. При неудовлетворительной моторике курс лечения повторяли.

Первым способом лечили 30 женщин. Положительный пластинчатый электрод накладывали на паховые или поясничную области; отрицательный серебряный электрод вводили в цервикальный канал до внутреннего зева или в задний свод влагалища. В последнем случае для лучшего контакта со стенками влагалища на электрод наматывали вату, смоченную физиологическим раствором. Процедура длилась 10—15 мин.

Второй способ применен у 24 женщин. По общепринятой методике делали гидротубацию, обычный маточный наконечник заменяли специальным, из нержавеющей стали, который снаружи был покрыт изоляционным материалом (для исключения непосредственного контакта с шейкой матки). Отрицательный полюс соединяли с наконечником, а положительный — с пластинчатыми электродами. Ток через раствор воздействовал на внутреннюю поверхность матки и труб. Одновременно осуществлялось более глубокое проникновение лекарственных веществ в ткани. Длительность процедуры — 10 мин. Данный способ оказался значительно эффективнее первого. Каких-либо осложнений мы не наблюдали. Некоторые больные в течение нескольких часов после процедуры чувствовали боль внизу живота, головную боль, которые скоро проходили.

Из 54 женщин, лечившихся электростимуляциями, сокращения труб нормализовались у 31, улучшились у 18, остались без изменений у 4, ухудшились у 1.

Влияние окситоцина на моторику труб мы изучали у тех же 54 женщин, но до начала лечения электростимуляцией. Кроме того, окситоцином мы лечили 30 женщин, у которых после гидротубаций моторика значительно улучшилась, но полностью не нормализовалась. После двукратного продувания труб (второе продувание делалось для изучения реакции мускулатуры фаллопиевых труб на вводимый кислород) внутримышечно вводили 5 МЕ синтетического окситоцина и через 25—30 мин. вновь производили пертубацию. Всего вводили не более 300 мл кислорода со скоростью 100 мм³/мин. Сравнивали кимограммы, полученные во время 1-й, 2-й и 3-й пертубации.

В фолликулиновую фазу менструального цикла окситоцин повышает тонус, увеличивает амплитуду и учащает ритм. В лютеиновую фазу тонус не повышается, амплитуда увеличивается, ритм замедляется.

При перисальпингите (на основании данных ГСГ) реакция на окситоцин такая же, как в норме. При поражении ампулярных отделов фаллопиевых труб их сократительная функция страдает значительно больше, но реакция на окситоцин остается удовлетворительной. При длительно существующих воспалительных процессах с вовлечением истмических отделов мы наблюдали отсутствие колебаний на тубограммах; реакция на окситоцин было значительно слабее, а иногда и совсем не выражена. С распространением воспалительного процесса ухудшается моторика и уменьшается реакция фаллопиевых труб на окситоцин.

С лечебной целью мы назначали окситоцин внутримышечно 2—3 раза в сутки (с равными промежутками) в дни овуляции и продвижения яйцеклетки по трубам (т. е. 3—4 дня) в дозе 5 МЕ.

В результате лечения гидротубациями, электростимуляцией и окситоцином 84 женщин беременность наступила у 25. Исход неизвестен у 8, развелись с мужьями 5, беременность не наступила у 27. У 19 женщин срок наблюдения после окончания лечения недостаточный. Внематочной беременности не было.

УДК 618.36—006.32—616—07

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ФРИДМАНА ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ

И. П. Гоменюк

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. П. Г. Жученко)
и кафедра патанатомии (зав. — проф. Е. И. Маковская)
Винницкого медицинского института им. Н. И. Пирогова*

Диагностика пузырного заноса, особенно в ранние его сроки, часто сопряжена с большими трудностями. Здесь практическому врачу помогают гормонально-биологические реакции на беременность, в частности реакция Фридмана.

Мы производили определение хориального гонадотропина на взрослых крольчихах, вводя им по 10 мл мочи в четырех разведениях по схеме А. Э. Мандельштама (1953). Результат реакции устанавливали через 48 часов. Биологический контроль производили у беременных через каждые два дня, а у больных пузырным заносом — через каждые 5 дней до исчезновения гормона, после чего повторяли раз в две недели на протяжении 3 месяцев, затем раз в месяц на протяжении 2 лет.

Присутствие хориального гонадотропина у женщин с нормальной беременностью отмечено даже при разведении мочи 1:25. Так, реакция Фридмана была положительной с цельной некипяченой мочой у 11 беременных, при разведении 1:10 — у 8 и при разведении 1:25 — у 5. Наибольшая концентрация хориального гонадотропина в моче выявлена при сроках беременности от 6 до 20 недель. С увеличением срока беременности количество его уменьшалось, и реакция становилась менее отчетливой. У всех обследованных беременных не установлено термостабильной формы хориального гонадотропина. У женщин с нормальной беременностью реакция на крольчихах становилась отрицательной на 2—10-й день после прерывания беременности.