

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.

У большинства больных пузырным заносом положительный результат реакции получен при разведении мочи от 1:25 до 1:100 (у 5 — при разведении 1:100, у 9 — при разведении 1:50 и у 4 — при разведении 1:25). У 2 больных реакция Фридмана была положительной только с неразведенной мочой. Эти наблюдения, как и описанные Я. М. Ландау (1960) и О. П. Тарасенко (1961), указывают, что и при невысоком титре хориального гонадотропина в моче диагноз пузырного заноса отвергать не следует.

У 3 больных выявлена термостабильная форма хориального гонадотропина, причем у 2 из них пузырный занос сопровождался неукротимой рвотой, а у одной в последующем развилась хорионэпителиома. Приведенные данные подтверждают мнение А. А. Давиденко (1959), Р. М. Израэльсона (1940) и И. П. Гоменюка (1964) о том, что обнаружение термостабильной формы хориального гонадотропина у подавляющего большинства больных указывает на наличие хорионэпителиомы или на неукротимую рвоту беременных. Таким образом, определение термостабильного хориального гонадотропина, отличающегося от гормона, выявляемого при нормальной беременности и «доброкачественном» пузырном заносе, дает клиницисту еще один метод ранней диагностики хорионэпителиомы, а также неукротимой рвоты.

У большинства исследованных нами больных уже в течение первых 15—20 дней после удаления пузырного заноса реакция Фридмана становилась отрицательной (у 6 больных — к 15-му дню, у 12 — к 20-му и лишь у 1 — к 30-му дню). У 1 больной положительная реакция Фридмана наблюдалась до момента возникновения хорионэпителиомы, т. е. до 42-го дня, причем она была положительной с цельной кипяченой мочой и при разведении некипяченой мочи 1:100.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гоменюк И. П. Акуш. и гинекол., 1964, 1. — 2. Давиденко А. А. Там же, 1959, 1. — 3. Израэльсон Р. М. Там же, 1940, 10. — 4. Ландау Я. М. Там же, 1960, 3. — 5. Тарасенко О. П. Клиника, диагностика, лечение пузырного заноса и отдаленные результаты. Автореф. канд. дисс., Черновицы, 1961.

УДК 618.52—618.5—089.888.21

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА ПРИ СУЖЕННОМ ТАЗЕ

А. П. Марусов

*Родильный дом № 7 (главврач — И. А. Кудряшова) и родильный дом № 3 (главврач — А. П. Ершова) г. Горького
Научный руководитель — проф. С. С. Добротин*

В родильных домах применяют вакуум-аппарат конструкции В. Н. Аристовой и инженера Г. Г. Котляревской с набором металлических колпачков различной величины и ручным насосом.

В доступной литературе мы нашли несколько указаний по наложению вакуум-экстрактора на головку плода при сужении таза. Н. Н. Филимонов прибегал к вакуум-экстрактору при функционально узком тазе, С. А. Галицкий — при сужении таза I и II ст., А. Я. Ермакова и Л. В. Тимошенко и др. — при узком тазе. Проф. К. Н. Жмакин не рекомендует пользоваться вакуум-экстрактором при сужении таза II ст.

Мы осуществляли вакуум-экстракцию по показаниям при сужении таза I и II ст. Из 504 рождений, которым был применен вакуум-экстрактор, с сужением таза I ст. было 57, II ст. — 4 и с простым плоским тазом — 1. Из 62 рождений с сужением таза было 56 первородящих и 6 повторнородящих. Открытие шейки матки у всех 62 рождений было полное. Роды в срок были у 54, после перенесенной беременности — у 8.

Показания к вакуум-экстракции были следующие: угрожающая асфиксия плода в сочетании с родовой слабостью (у 34 рождений, у 2 из них была частичная преждевременная отслойка плаценты); угрожающая асфиксия плода (у 8); угрожающая асфиксия плода в сочетании с нефропатией (у 9, из них у 2 было несвоевременное отхождение околоплодных вод); слабость родовой деятельности в сочетании с несвоевременным отхождением околоплодных вод (у 9), высокая миопия (у 1) и недостаточность митрального клапана в сочетании со слабостью родовой деятельности (у 1).

Длительность безводного периода до 12 часов была у 39 рождений, до суток — у 18, до 2 суток — у 5.