

1. Боярская С. Г. Тр. Укр. ин-та усов. врачей, 1949, 1. — 2. Бодяжина В. И. и Чижикова Л. Л. Тез. докл. I съезда акуш.-гинеколог. РСФСР, Л., 1960. — 3. Кобозева Н. В. Сб. «Токсикозы беременности», М., 1954. — 4. Логина Н. Е. Акуш. и гинеколог., 1950, 3. — 5. Покровский В. А. Акуш. и гинеколог., 1952, 2.

Поступила 1 декабря 1961 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ МЕТОДОМ ГИДРОТУБАЦИИ

Доц. К. Н. Сызганова

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. П. В. Маненков)
Казанского медицинского института

До последнего времени в гинекологической практике общепризнанными методами определения проходимости фаллопиевых труб считаются пертубация и метросальпингография.

С появлением антибиотиков возникла мысль о введении их раствора в полость матки и труб при бесплодии как с лечебной, так и диагностической целями.

По аналогии с термином «пертубация» за данной манипуляцией укрепилось название «гидротубация».

За последнее десятилетие в отечественной и зарубежной литературе появилось несколько работ о гидротубации, большая часть из которых посвящена ее терапевтическому действию.

Медленное внедрение гидротубации в гинекологическую практику, надо полагать, объясняется несколькими причинами: во-первых, недостаточным интересом гинекологов к диагностике и терапии женского бесплодия; во-вторых, отсутствием специального, простого по конструкции и доступного по технике аппарата для гидротубации и, наконец, робостью перед данной манипуляцией, связанной с введением жидкости в полость матки, и возможным при этом попаданием жидкости в брюшную полость. Все это, несомненно, не могло не отразиться на ее применении в практике до накопления достаточного опыта по данному вопросу.

Из единичных работ отечественных авторов явствует, что каждый из них производил гидротубацию различными способами. Так, Т. Я. Калининко вводил раствор антибиотиков в полость матки шприцем Брауна с приспособленным к нему аппаратом Рива—Роччи, Ш. И. Шлиндман — аппаратом, им сконструированным, а П. П. Никулин и И. С. Розовский приспособили аппарат для продувания системы завода «Красногвардеец», введя к нему дополнения.

В результате своих наблюдений Т. Я. Калининко и Ш. И. Шлиндман считают гидротубацию ценным диагностическим методом, по точности приближающимся к метросальпингографии, видя при этом огромное преимущество перед последней в том, что физиологический раствор, в котором растворяются антибиотики, легко и быстро всасывается, а пенициллин предупреждает инфицирование. П. П. Никулин и И. С. Розовский, проведя гидротубацию с диагностической целью у 37 женщин, делают вывод о меньшей диагностической ценности гидротубации, по сравнению с продуванием и метросальпингографией. С их точки зрения гидротубация не дает возможности определить место непроходимости (маточный или абдоминальный конец), непроходимость той или иной стороны и не дает возможности определения функционального состояния фаллопиевых труб.

Тридцатилетний опыт Казанской гинекологической клиники медицинского института по продуванию труб наконечником И. С. Легенченко дал нам право использовать его и для гидротубации.

Этот метод не позволяет определять функциональное состояние труб, так как производится без кимографа, но проходимость или непроходимость их устанавливается легко, чего вполне достаточно для повседневной практической работы.

Техника гидротубации. В 10 мл шприц Люэра набирается раствор и с помощью наконечника Легенченко вводится в полость матки. Появление отдачи поршня и начало обратного вытекания жидкости в шприц указывают на предельное заполнение полости матки и труб, если последние зарощены в маточных или абдоминальных концах.

Тестами для определения проходимости служили: 1) количество жидкости, вводимой в полость матки; 2) при зарощении абдоминальных отверстий труб появление увеличенных придатков матки (выраженных сактосальпинксов), не пальпировавшихся до гидротубации.

При гидротубации нами получены следующие результаты:

1) Трубы не проходимы в маточных концах. При этом в матку входило беспрепятственно 2—3 мл жидкости. Дальнейшее нагнетание жидкости давало отдачу поршня. При бимануальном исследовании картина была та же, что и до гидротубации, то есть придатки не увеличены.

2) Трубы не проходимы в абдоминальных концах. Вхождение жидкости без обратного ее вытекания в шприц в количестве, превышающем вместимость матки, то есть больше 3 мл. Появление отдачи жидкости свидетельствовало о предельном наполнении матки и полости труб. Количество жидкости может быть различным, порой достигающим 30—40 мл. Дополнительным тестом при этом было бимануальное определение только что появившихся увеличенных придатков матки, иногда имеющих ясную форму сактосальпинкса.

3) Непроходимость одной трубы в маточном, другой — в абдоминальном конце. Количество вмещаемой жидкости больше 3 мл, медленное продвижение жидкости до предела наполнения полости матки и трубы. Одностороннее увеличение придатков.

Гидротубация производилась 0,25% раствором новокаина с добавлением к нему 300 000 ед. пенициллина и 250 000 ед. стрептомицина.

Показания, противопоказания и время гидротубации — те же, что и для пертубации. Перед гидротубацией производилось исследование РОЭ, количества лейкоцитов и степени чистоты влагалищного содержимого. Гидротубация производилась в стационаре, где женщина оставалась 2 часа. Дальнейший режим — домашний. Женщины хорошо переносили гидротубацию, оставаясь трудоспособными. Осложнений не наблюдалось.

Случаи повторной гидротубации с лечебной целью дали возможность установить быстрое (часто через сутки) исчезновение гидросальпинкса. Это свидетельствует о быстром всасывании раствора новокаина, что дает гидротубации преимущество перед метросальпингографией, которой она не уступает по точности, объективности и наглядности.

Всего нами проделана гидротубация у 55 женщин. Бесплодие наступило после родов у 7 из них, после аборта — у 25, после воспалительного процесса — у 23. Бесплодие до 5 лет было у 21 женщины, от 6 до 10 лет — у 27, от 11 до 15 лет — у 7. У 38 пертубация производилась впервые, у 17 — повторно.

В результате гидротубации выявлена непроходимость труб в маточных концах у 27 женщин, в ампулярных — у 26 и у 2 одна труба непроходима в маточном конце, вторая — в ампулярном.

Гидротубация, как правило, предшествовала пертубации. Это являлось своего рода контролем гидротубации. Кроме того, из 55 женщин у 3 производилась метросальпингография, у 5 — лечение лидазой и антибиотиками, что сопряжено с повторным и неоднократным введением жидкости в матку и трубы, и 5 подвергались лапаротомии по различным показаниям. Таким образом, у 13 женщин, кроме контрольного продувания, удалось и другими методами проверить правильность результата гидротубации.

ВЫВОДЫ

1. Гидротубация проста по технике и по наглядности не уступает метросальпингографии и пертубации.

2. Раствор новокаина с добавлением антибиотиков делает гидротубацию безопасной.

3. При заращении абдоминальных отверстий труб гидротубация может быть использована с лечебной целью.

4. Наконечник И. С. Легенченко вполне пригоден для гидротубации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин Т. Я. Педиатр., акуш. и гинек., 1951, 1. — 2. Никитин П. П., Розовский И. С. Акуш. и гинек., 1961, 2. — 3. Шлиндман Ш. И. Акуш. и гинек., 1958, 3.

Поступила 2 ноября 1961 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ОБЩЕУКРЕПЛЯЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ

Асс. О. А. Королькова и Г. Ш. Терегулова

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института и 2-я женская консультация (зав. — Т. Г. Файзуллина)

Развитие климактерического синдрома рассматривается как результат не только гормональных нарушений в организме женщины, но и связанных с ними нарушений центральной нервной системы, и в частности гипоталамической области (Кватер, Крымская, Соловьева и Уголева и др.). В этой связи в лечении климактерического синдрома занимают значительное место не только гормональная терапия, но и обще-