

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-

укрепляющие средства, которые тонизируют и нормализуют состояние центральной нервной системы, устраняя расстройства сосудистой системы, обмена веществ и улучшая питание мышц.

Для лечения климактерических расстройств наша клиника применила следующую общеукрепляющую терапию: 1) диета преимущественно молочно-растительная, легко усваиваемая и витаминизированная; 2) проведение комплекса простых, легко выполнимых, не вызывающих утомления утренних гимнастических упражнений (на основе методического письма Комитета по физической культуре и спорту при Совете Министров СССР за 1958 г. «О физической культуре женщины в климактерическом периоде»), с последующей водной процедурой и растиранием кожи полотенцем; 3) ежедневная прогулка на свежем воздухе перед сном в течение часа; 4) прием внутрь по одной столовой ложке 3 раза в день микстуры: настой валерианы из 10,0 на 200,0, бромистого натрия 4,0; 5) регуляция функции кишечника диетическими средствами.

В комплекс утренней гимнастики, рекомендуемой нашим больным, мы включили наиболее простые, легко проводимые упражнения мускулатуры верхних и нижних конечностей, мышц туловища, брюшного пресса, тазового дна и других мышечных групп. При гимнастических упражнениях учитывалось, чтобы они не вызывали у больных утомления, одышки, сердцебиения и т. д. Гимнастика проводилась в течение 15—20 мин в проветренной комнате, первый сеанс — в условиях женской консультации под контролем пульса, АД и частоты дыхания до и после гимнастики, после обязательной консультации терапевта, исключающего заболевания легких, сердечно-сосудистой системы и других органов, а также консультации невропатолога по особым показаниям, а затем в домашних условиях.

В комплекс лечебной физкультуры для больных с выраженными климактерическими явлениями мы ввели следующие основные упражнения.

1) Дыхательные упражнения в течение 2 мин. Исходное положение стоя, руки на бедра: медленные, глубокие вдохи и выдохи (через нос); то же самое, но с разведением рук в стороны (вдох) и со сведением их и одновременным опусканием (выдох).

2) Самомассаж в течение 3 мин. Правой рукой производятся круговые растирания живота с небольшим нажимом (по ходу часовой стрелки). Ладонями обеих рук растираются передняя, задняя и боковые поверхности шеи, боковые стороны туловища, грудь, спина, бедра и голени.

3) Упражнение для мышц брюшного пресса, промежности и таза (5 мин). Исходное положение лежа на спине (на полу, на коврике). Попеременное приведение голени к животу с последующим их разведением в стороны, затем следуют сведение голени и выпрямление ног. Попеременный подъем прямой ноги до вертикального положения. При сгибании ног: при подъеме — выдох, при выпрямлении — вдох.

4) Ходьба на месте или по комнате (2—3 мин). Ходьба в различных темпах и с различной высотой поднимания голени. Дыхание произвольное.

5) Заключительные дыхательные упражнения верхними конечностями на расслабление (1 мин).

С каждой больной индивидуально проводилась беседа о значении гигиенической гимнастики для здоровья, о важности ее выполнения и изучался комплекс упражнений, после чего каждая больная получала памятку с зарисовками всех видов упражнений на фотобумаге. Контроль за состоянием больных проводился каждые две недели.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных — в основном жительницы г. Казани, из них в возрасте до 40 лет — 1, от 41 до 50 лет — 21 и старше — 3.

10 женщин выполняли работу на производстве в течение 8 часов, и дополнительно к этому три из них выполняли всю домашнюю работу; 11 выполняли только домашнюю работу; 2 работали по 3 часа в день на производстве и выполняли также всю домашнюю работу; 2 работали по 12 часов через сутки (ночные дежурства).

Утомление на работе отмечено у 15 больных, утомление, наступающее к вечеру, у 4, иногда уставала от работы 1 больная и не уставала от нее 5. Регулярно отдыхали днем 4 женщины, беспорядочно — 6, только вечером после работы отдыхали 3, совсем не отдыхали 12.

Общая раздражительность отмечалась у 21 больной, причем у 4 из них наблюдалась выраженная плаксивость. Относительно уравновешенными были 4 женщины. Головные боли были у 5, головокружение — у 5, потливость — у 7, сердцебиение — у 11, приливы жара к голове были у 21, одышка — у 4, эритематозные пятна на коже — у 1, и одна больная страдала упадком зрения и слуха. Нарушения функции кишечника (наклонность к запорам) наблюдались у 15.

15 больных находились в периоде менопаузы, из них до 1 года — 6, более 1 года — 9. У 9 менструации приходили нерегулярно, и у одной нарушения менструальной функции не было. Климактерическим неврозом страдали в течение 1—6 мес. — 5 человек, до года — 5, 1—2 года — 10, 2—3 года — 3 и в течение 5—7 лет — 2 больных.

Чтобы уменьшить тягостные ощущения, одна больная принимала цитрамон, другая — микстуру Бехтерева, климактерии, внутривенно бром без какого-либо эффекта,

3 лечились гормональными препаратами (синестрол, этинилэстрадиол и др.), также без эффекта.

В результате нашего лечения из 25 больных наступило улучшение у 11, спустя 1—1,5—4 недели после начала лечения исчезали приливы жара к голове, уменьшалось сердцебиение, исчезали головокружение и головные боли. Сон стал хорошим, нормализовались физиологические отправления. Самочувствие больных улучшилось. Неполный эффект от лечения был получен у 4. Самочувствие этих больных стало лучше, особенно во время приема препаратов брома и валерианы, приливы крови к голове — реже, но периодические головные боли или сердцебиение остались. У двух больных явления климактерического невроза исчезали только в период комплексного лечения и возобновлялись вновь, как только лечение прекращалось. У 4 больных в результате лечения не наступило никакого улучшения, причем у одной позднее был получен положительный эффект после гормональной терапии.

За больными с отрицательным результатом лечения ведется дальнейшее наблюдение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. М., 1956; Тез. докл. I съезда акушеров-гинекологов РСФСР, 1960. — 2. Крымская М. Л., Соловьева А. Д. и Уголева С. В. Там же. — 3. Шифман Л. М. Акуш. и гинек., 1958, 6.

Поступила 11 октября 1961 г.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЙСТВИЯ РАДИОЛУЧЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Проф. Х. Х. Мещеров

(Казань)

В своих клинических наблюдениях¹ мы смогли констатировать, что первое кратковременное радиооблучение вызывает небольшое повышение эритропоза, и отнесди действие лучей в таких условиях к стимулирующим факторам.

В дальнейшем, и очень быстро, наступало «ухудшение» морфологического состава красной крови. Обращает на себя внимание, что процентное содержание гемоглобина и количество эритроцитов изменялись сравнительно мало как в легких, так и в тяжелых случаях. Наиболее ценным показателем напряженности функции эритробластической ткани является количество ретикулоцитов. Изменения количества ретикулоцитов в связи с радиооблучением могут быть использованы как показатель потенциальных возможностей функции эритропоза. Результаты исследования крови непосредственно после первого, кратковременного сеанса показали, что в группах особенно тяжелых больных прирост ретикулоцитов был наименьшим, но он наблюдался у всех раковых больных. Наибольший прирост ретикулоцитов наблюдался у больных с рецидивами после радикальной операции.

Белая кровь отвечала на первичное, кратковременное облучение нарастанием нейтрофильных лейкоцитов, вместе с углублением сдвига влево. Количество дегенеративных форм также увеличивалось.

Гематологические показатели костного мозга и периферической крови после облучения обнаруживали почти полный параллелизм. По-видимому, непосредственное действие кратковременного облучения [заключается в стимуляции эритро- и лейкопоэтической функции, но степень раздражения не одинакова в отдельных группах больных и находится в связи с общей реакцией организма на радиотерапию.

Прежде всего, возникала необходимость разграничения особенностей гематологической динамики, в связи с радиотерапией, у больных при измененной реактивности, вследствие ракового процесса, от тех сдвигов в морфологии крови, которые можно было бы поставить в прямую связь с общебиологическим действием радиооблучения. Известное представление о такого рода влиянии радиопрепарата мы получили при анализе гематологических изменений в группе больных с предраковым состоянием шейки матки. Однако лишь при сопоставлении соответствующих данных, полученных в клинике и эксперименте, нами могла быть хотя бы приблизительно найдена та грань, которая отличает характер воздействия лучистой энергии на кровь в условиях нормы и патологии. Конечно, результаты экспериментальных исследований не могут быть полностью перенесены на человека. Здесь может идти речь лишь об установлении тех закономерностей, которые характеризуют специфику влияния лучистой энергии вообще на высокоорганизованный животный организм.

¹ См. «Казанский мед. ж.», 1960, № 2 и 6.