

нения в слизистой влагалища показывали высокую эстрогенную стимуляцию, а уровни эстрогенов были низкими.

На основании проведенных исследований мы полагаем, что по влагалищным мазкам с полихромным окрашиванием и графическим изображением кариопикнотического и ацидофильного индексов можно составить представление о характере нарушения эндокринной функции яичников у больных дисфункциональными маточными кровотечениями, но нельзя сделать заключение о количестве эстрогенов, продуцируемых в организме.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арсеньева М. Г. Основы гормональной цитологической диагностики в гинекологии. Медгиз, 1963.— 2. Добротин С. С., Добротина А. Ф. Тезисы докл. II съезда акушеров-гинекологов РСФСР, М., 1965.— 3. Добротина А. Ф. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Горький, 1966, вып. 20.

УДК 618.4—616—009.7

## ПОРОГИ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИНЫ В РОДАХ

В. А. Кулавский

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— и. о. доц. М. А. Возова) Башкирского медицинского института им. XV-летия ВЛКСМ  
Научный руководитель — проф. В. В. Третьяков*

Мы изучали динамику порогов кожной болевой чувствительности в различные периоды родового акта, их связь с интенсивностью боли. Методика оценки интенсивности болевых ощущений нами подробно была описана в предыдущем сообщении [5].

У каждой женщины пятикратно измеряли тактильный порог, порог боли, порог предела выносливости в периоде раскрытия шейки матки, во втором периоде родов, в раннем послеродовом периоде. Величину порогов определяли в абсолютных цифрах — вольты, а путем статистической обработки были вычислены средние показатели.

Пороги болевой чувствительности на коже пальцев были исследованы у 76 первородящих и 57 повторнородящих. Электроды мы подводили к коже указательного и среднего пальцев правой руки. Сенсографический метод исследования применяли при раскрытии шейки матки на два поперечных пальца и более при выраженной родовой деятельности и болезненности схваток. Одновременно у 37 женщин при помощи специальных электродов изучали пороги на коже передней брюшной стенки (у 25) и поясничной области (у 12).

При умеренной болезненности схваток тактильный порог в периоде раскрытия шейки матки в среднем составил  $19,4 \pm 0,81$  в, порог боли —  $32,6 \pm 1,27$  в и предела выносливости —  $46,2 \pm 1,6$  в. Во втором периоде родов пороги были равны соответственно  $19,8 \pm 0,96$ ,  $28,3 \pm 1,44$  и  $38,5 \pm 1,02$  в.

В потужном периоде родов порог боли и порог предела выносливости снижаются. Особенно выражено снижение интервала выносливости (промежуток между порогом боли и предела выносливости). При умеренной болезненности интервал выносливости в среднем уменьшился на 4,3 в. В раннем послеродовом периоде тактильный порог был равен  $18,9 \pm 1,1$  в, порог боли —  $31,8 \pm 0,74$  в и предела выносливости —  $45,1 \pm 0,12$  в. Как правило, в большинстве случаев в послеродовом периоде пороги болевой чувствительности возвращаются к исходным уровням.

При родах с резким болевым синдромом пороги значительно отличаются по величине и в динамике от наблюдаемых при умеренной болезненности схваток. Тактильный порог в периоде раскрытия равнялся  $15,5 \pm 0,86$  в, порог боли —  $24 \pm 1,9$  в, порог предела выносливости —  $30 \pm 1,87$  в. Особенно существенные статистически достоверные различия в первом периоде родов выявлены в отношении порога боли и предела выносливости. Во втором периоде родов величина порогов составляла соответственно  $18,2 \pm 0,92$ ;  $25,4 \pm 2,5$  и  $29,2 \pm 1,23$  в, в послеродовом периоде —  $14,2 \pm 0,16$ ;  $21,4 \pm 1,2$ ;  $29,8 \pm 0,64$  в.

Большую практическую ценность представляет определение амплитуд индивидуальных колебаний порогов болевой чувствительности в различные периоды родового акта. При умеренной болезненности индивидуальные колебания мало выражены и нарастают ко второму периоду родов, а в послеродовом периоде резко уменьшаются. При резких болезненных схватках в первом периоде родов особенно выражены колебания порога боли и предела выносливости. Только лишь в раннем послеродовом периоде эти колебания значительно уменьшались.

В периоде раскрытия шейки матки тактильный порог в среднем был равен  $11,1 \pm 0,17$ , порог боли —  $21,08 \pm 1,3$ , порог предела выносливости —  $27,4 \pm 1,2$  в; во втором

периоде родов — соответственно  $18,7 \pm 0,46$ ;  $28,6 \pm 1,4$  и  $39,1 \pm 0,64$  в. В третьем периоде родов наблюдалось некоторое снижение порога, однако это различие статистически не достоверно. В раннем послеродовом периоде тактильный порог составил  $18,64 \pm 0,42$ , порог боли —  $27,2 \pm 0,98$  и предела выносливости —  $36,9 \pm 1,4$  в. Исследования показали, что пороги в зонах кожной гипералгезии держатся на низких уровнях на всем протяжении первого периода родов, лишь с началом потужного периода они достигают высоких цифр. По мере усиления родовой деятельности, продвижения подлежащей части, раскрытия шейки матки в абсолютных цифрах все пороги повышались. При выборе методов болеутоления родов, местом приложения которых могут быть зоны отраженных болей, это необходимо учитывать.

Индивидуальные колебания порогов чувствительности на коже передней брюшной стенки и в поясничной области в первом периоде родов выражены резко, в раннем послеродовом периоде их размахи уменьшаются.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриева О. Ф. Сосудистые рефлексy, дыхательные движения и клиническое течение родов при психопрофилактической подготовке к родам. Автореф. канд. дисс., Куйбышев, 1959.— 2. Змановский Ю. Ф. В кн.: Обезболивание родов. Медицина, Л.— М., 1964.— 3. Кленицкий Я. С. В кн.: Тр. I съезда акушеров-гинекологов РСФСР. М., 1961.— 4. Кузнецов Ф. Д. В кн.: Сб. научн. тр. Черновицкого мед. ин-та, 1953.— 5. Кулавский В. А. Акуш. и гинек., 1967, 11.

УДК 618.177—618.12—615.7

## К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТРУБНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Р. А. Осипов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Гидротубажия применяется не только как метод диагностики непроходимости яйцеводов, но и как эффективное средство терапии облитерации труб. Для усиления ее лечебного действия стали использовать различные химиотерапевтические средства, обладающие противовоспалительным, протеолитическим и рассасывающим действием.

В 1966—1967 гг. 35 женщинам в возрасте от 21 до 40 лет в нашей клинике применили гидротубажия с раствором следующего состава: фурациллина 0,05, хлористоводородного проканна — 2,5, NaCl — 4,5, дистиллированной воды — 500 мл; химотрипсин (10 мг) и гидрокортизон (25 мг) для большей их концентрации в первой порции раствора вливали непосредственно в трубку, идущую к пациентке.

Химотрипсин при местном воздействии расщепляет некротизированные ткани и фиброзные образования, разжижает вязкие секреты и экссудаты, а при парентеральном введении оказывает противовоспалительное действие.

С первичным бесплодием было 14 женщин (средняя продолжительность бесплодного периода  $7 \pm 3$  года), со вторичным бесплодием — 21 (средняя продолжительность бесплодного периода  $8 \pm 4$  года). Все больные в прошлом безрезультатно получали медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, включая санаторно-курортное грязелечение. Всем женщинам до начала лечения и большинству после окончания произведена кимографическая пертубация и гистеросальпингография. Предварительно исключены другие причины бесплодия. При гистеросальпингографии перитубарные спайки обнаружены у 8 женщин, истмико-ампулярная непроходимость — у 7, сактосальпинксы — у 13, ампулярная непроходимость без образования сактосальпинксов — у 7. При продувании трубы оказались непроходимыми у 26 женщин и частично проходимыми у 9.

Лечение начинали сразу после окончания менструации (при отсутствии противопоказаний к данным препаратам и при нормальных анализах крови и мочи) и заканчивали за 3—4 дня до очередной менструации. Ежедневно с помощью системы, смонтированной по типу аппарата Боброва и аппарата для продувания труб завода «Красногвардеец» (можно воспользоваться аппаратом для измерения АД), производили гидротубажия стерильным раствором указанного состава. За одну процедуру вводили не более 100 мл при давлении до 200 мм рт. ст. Продолжительность процедуры в зависимости от степени проходимости труб — до 20—30 мин. В среднем курс лечения включал 10 процедур. При неуспехе курс можно повторить после очередной менструации.

В результате лечения проходимость труб восстановилась у 31 женщины. При перитубарных спайках проходимость труб восстановилась после первой процедуры у 1 женщины, после второй — у 2, третьей — у 2, четвертой — у 1, пятой — у 1, после седьмой — у 1.