

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 рефлекс, 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 гинеко., 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 ± 3 года), со вторичным бесплодием — 21 (средняя продолжительность бесплодного периода 8 ± 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.

При истмико-ампулярной непроходимости восстановление наступило после первой процедуры у 3 женщин, после четвертой — у 1, двенадцатой — у 1, двадцать пятой — у 1. У 1 больной истмико-ампулярная непроходимость перешла в ампулярную.

При сактосальпинксах после первой процедуры проходимость восстановилась у 3 больных, после второй — у 1, третьей — у 3, четвертой — у 1, пятой — у 2, шестой — у 1, после двенадцатой — у 1 и не восстановилась у 1.

При ампулярной непроходимости без сактосальпинксов проходимость восстановилась после первой процедуры у 2 больных, после второй — у 2, после одиннадцатой — у 1 и не восстановилась у 2. Следует отметить, что несмотря на восстановление проходимости труб (даже после первой процедуры) гидротубации продолжались обычно до 10 раз.

Таким образом, лечение наиболее эффективно у больных с перитубарными спайками и сактосальпинксами, менее эффективно при истмической или ампулярной непроходимости без сактосальпинксов.

Под влиянием лечения улучшалось самочувствие, исчезали боли, нормализовались менструации, рассасывались спайки вокруг матки и труб. Ранее увеличенные и болезненные придатки уменьшались и не пальпировались. Сведений о наступлении беременности, ввиду малого срока наблюдения, у нас нет.

Начинать лечение целесообразно в стационаре, так как первое попадание раствора, содержащего химотрипсин, в брюшную полость может сопровождаться резкой болезненностью и даже перитонеальными явлениями, которые мы наблюдали у 2 больных. Пантопон, промедол с атропином, опиные клизмочки, анальгин, холод быстро снимают эти явления. В дальнейшем процедуры становятся менее болезненными, и лечение можно продолжить амбулаторно. У одной больной в процессе лечения наблюдалась сильная аллергическая реакция (крапивница, отек, головная боль). Лечение было прекращено. После назначения димедрола, CaCl_2 патологические симптомы исчезли.

УДК 618.12

ИЗУЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ ХРОМОПЕЛЬВИОСКОПИИ¹

А. И. Мацуев, Н. Л. Горovenko и Т. Д. Сулицкая

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. Ф. Панцевич)
Калининского медицинского института*

Идея визуального исследования состояния органов малого таза у женщины принадлежит Д. О. Отту, который в 1901 г. с помощью специальных зеркал впервые осуществил такое исследование во время влагалищного чревосечения. Автор дал высокую оценку визуальному методу исследования тазовых органов в гинекологии. В 1903 г. он писал: «То, что до введения такого метода освещения делалось наощупь и втемную, отныне производится под контролем глаза».

За последние годы интерес к пельвиоскопии в гинекологии возрос [1, 2, 3, 6], к ней чаще стали прибегать при обследовании женщин, страдающих бесплодием [7, 8, 9].

В отечественной литературе мы нашли только единичные сообщения о применении пельвиоскопии для определения состояния маточных труб при бесплодии женщины, чаще она проводилась лишь попутно при исследовании органов малого таза. Это связано, по нашему мнению, с относительной простотой выполнения таких методов определения функционального состояния маточных труб, как пертубация, гидротубация и метросальпингография, которые доступные для широкого круга врачей, в то время как пельвиоскопия может выполняться только квалифицированным специалистом. Между тем пертубация, гидротубация и метросальпингография позволяют установить в большинстве случаев лишь степень проходимости маточных труб и в какой-то мере их функциональное состояние. При пертубации и гидротубации невозможно определить, какая из маточных труб проходима для воздуха или жидкости. Не всегда удается обнаружить наличие перитубарных сращений даже при метросальпингографии. К тому же, прибегая к рентгеновскому исследованию тазовых органов у женщины, не следует забывать об отрицательном воздействии рентгеновых лучей на яичники. Ведь «как бы ни была мала гонадная доза при рентгеновском исследовании, она никогда не бывает равной нулю» [1].

Мы исследовали проходимость маточных труб у 30 женщин, страдающих бесплодием, под визуальным контролем. В возрасте до 25 лет было 3 женщины, 26—30 лет —

¹ Доложено на заседании Калининского научного общества врачей акушеров-гинекологов 25/1 1968 г.