

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. Горовенко 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.

18, 31—35 лет — 7 и старше — 2; первичное бесплодие было у 14, вторичное — у 16. Пертубация показала частичную проходимость маточных труб (стеноз) у 4 женщин и отсутствие проходимости у 26. Результаты пертубации подтверждены метросальпингографией у 4 женщин со стенозом маточных труб и у 12 с отсутствием проходимости труб. У 14 женщин метросальпингография не производилась.

Визуальное исследование проходимости маточных труб (хромопельвиоскопию) мы осуществляем по следующей методике. Накануне кишечника подготавливают как для чревосечения. За 15 мин. перед пельвиоскопией вводят 2 мл 1% раствора (или 1 мл 2% раствора) промедола подкожно. В обычном положении больной на гинекологическом кресле влагалище обрабатывают спиртом. В боковые своды влагалища вводят по 5 мл 0,5% раствора новокаина. После этого женщина самостоятельно принимает коленно-грудное положение. С помощью влагалищного зеркала обнажают задний свод влагалища, который позади шейки по средней линии прокалывают иглой для пункции. При правильном попадании в брюшную полость через иглу засасывается воздух и создается пневмоперитонеум в малом тазу. Дополнительно по игле узким скальпелем (5—6 мм) делают разрез в поперечном направлении заднего свода влагалища и в образованное отверстие вводят троакар. Стilet удаляют и через цилиндр троакара вставляют троакоскоп завода «Красногвардеец».

Оптическая система троакоскопа позволяет произвести общий осмотр тазовых органов. Наиболее часто мы пользовались боковой оптикой. Различная степень васкуляризации тазовых органов создает характерные оттенки при их осмотре. Так, тело матки обычно розовое, яичники — белые, маточные трубы — синюшно-красные, петли кишечника — бледно-синюшные (при отложении в их стенке жировой клетчатки — желтоватые). Спайки имеют вид белесоватых тяжей различной величины и формы.

После первичного осмотра тазовых органов в полость матки через шейный канал вводят наконечник гидротубатора с манометром [4], который фиксируют в шейке матки эластическим зажимом или двузубцами Мюзо. Под контролируемым по манометру давлением через гидротубатор вводят 5 мл 0,5% раствора новокаина вместе с 5 мл 0,4% стерильного раствора индигокармина. Прохождение жидкости через маточные трубы контролируют визуально с помощью находящегося в малом тазу троакоскопа (рис. 1).

Такая методика позволяет детально изучить состояние маточных труб. В ряде случаев мы наблюдали прохождение жидкости, окрашенной индигокармином, в свободную брюшную полость (у 3), скопление ее в широких перитубарных сращениях

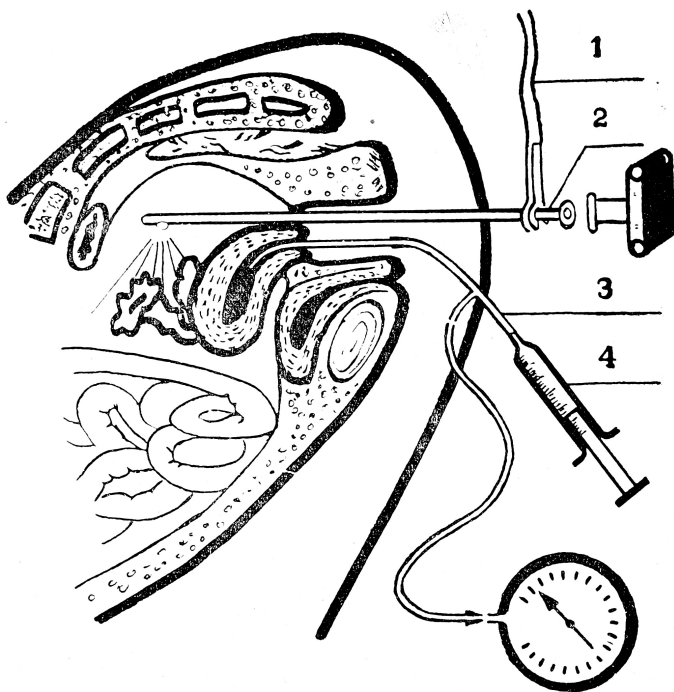


Рис. 1. Визуальный контроль проходимости маточных труб при бесплодии женщин (хромопельвиоскопия).

1 — шнур к трансформатору напряжения; 2 — троакоскоп завода «Красногвардеец», введенный в полость малого таза через задний свод влагалища; 3 — гидротубатор с манометром, наконечник которого введен в полость матки; 4 — шприц 10 мл.

(у 5) и сактосальпинксах (у 8). Кроме того, при пельвиоскопии выявлялись кисты яичников, склеро-кистозное их перерождение (у 4) и другие изменения.

У 17 женщин при хромопельвиоскопии был подтвержден поставленный ранее диагноз, у 10 характер поражения маточных труб был уточнен (наличие гидросальпинксов), у 3 первоначальный диагноз был отвергнут. Хорошая проходимость маточных труб отмечена у 3 женщин, частичная — у 5, трубы были непроходимы у 22.

Вскоре после хромопельвиоскопии у 9 женщин с лечебной целью было произведено чревосечение, при котором был подтвержден диагноз, поставленный после хромопельвиоскопии.

Осложнений, связанных с хромопельвиоскопией, мы не отмечали.

Таким образом, хромопельвиоскопия является объективным и ценным методом исследования проходимости маточных труб у женщин, страдающих бесплодием, и может быть рекомендована для более широкого использования ее в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грязнова И. М. Рентгенопельвиография, флебография, эндоскопия в гинекологии. Медицина, М., 1965.
2. Дерябина Е. Я. Акуш. и гинек., 1947, 5.
3. Дорофеев Н. М. Пельвиоскопия и ее диагностическое значение в гинекологии. Кемеровское книжн. изд-во, 1965.
4. Мацуев А. И. Акуш. и гинек., 1967, 2.
5. Отт Д. О. Журнал акуш. и жен. бол., 1901, 7—8; О непосредственном освещении брюшной полости, пузыря, толстой кишки и матки для целей диагностики и оперативных. СПб, 1903.
6. Селезнева Н. Д. Сб. научн. тр. ин-та акуш. и гинек. Минздрава СССР. М., 1961.
7. Glauss J. Dtsch. med. Wschr., 1954, 22, 886—888.
8. Palmer R. La Sterilité involontaire. Masson. Paris, 1950.
9. Wepner R. Gynaecologia, 1948, 125, 264—267.

УДК 618.146—006—615.849—616—089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ КУРСА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Э. Б. Розентул

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— доц. Ф. И. Шаропова)
Архангельского медицинского института*

Современные методы сочетанной лучевой терапии рака шейки матки II ст. дают не более 50% излечения. Неудовлетворительность отдаленных результатов побуждает прибегать к комбинированному лечению больных этой группы [1, 2, 4, 5, 6, 7]. Цель этого метода — улучшить результативность двух видов лечения: облучения и операции.

Известно, что одна лучевая терапия не всегда подавляет злокачественный процесс в шейке матки, не говоря уже о том, что она не в состоянии ликвидировать все метастазы. Применение хирургического вмешательства без предварительного облучения может способствовать диссеминации ракового процесса и раннему появлению местных рецидивов [3, 8]. Комбинированный метод, при котором лучевая терапия предшествует хирургическому вмешательству, позволяет добиться лучших результатов. По данным литературы, после комбинированного лечения при II ст. излечение наступает в 67,3—74,6%.

Этот метод был применен нами у 130 больных раком шейки матки II ст. (возраст — от 30 до 60 лет). До операции больные получали 10000—12000 p глубокой рентгенотерапии (или телегамматерапии аппаратом ГУТ-Со-400. Облучение проводилось с 4 полей (2 подвздошных и 2 крестцовых). Напряжение 180 kv, сила тока 10 Ma, фильтр 1 мм Cu, кожно-фокусное расстояние 40 см, доза в один сеанс 250 p. Кроме этого, применялись аппликации Co^{60} к шейке и в полость матки (на курс лечения 7—8 тыс. мг/час). Суммарная доза при сочетанном лечении составляла от 6000 до 10000 p на точку А и от 2500—5000 p на точку В. Через 4—6 недель после окончания курса лучевой терапии производилась расширенная экстирпация матки. Такой срок считается достаточным для реализации лучевого воздействия на пораженные ткани.

Гистологически у 96% больных выявлен плоскоклеточный рак шейки матки. С параметральной формой поражения было 105 больных, с влагиалищной — 8, с влагиалищно-параметральной — 17; с экзофитной формой роста — 99, с эндофитной — 8 и смешанной — 23.

Операция заключалась в полном удалении матки с придатками, части влагиалища и клетчатки малого таза по ходу подвздошных сосудов, маточных артерий