

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского гос. университета и Гинекологического отделения курорта Сергиевские минеральные воды. (Директор-клиники и консультант курорта—проф. В. С. Груздев).

Продувание фаллопиевых труб в условиях грязелечения. Усовершенствование методики продувания и новый наконечник.

Д-ра Ю. А. Лейбчика,

ассистента клиники и завед. Гинекологическим отделением курорта С. М. В.

(С 3 рис.).

Несмотря на введение в диагностику трубной проходимости метода утеро-сальпингографии и усовершенствования техники последней с применением липиодоля и нодипина, воздушная проба Rubin'a все же несколько не потеряла своего значения. Ценность пертубации, как метода менее сложного и более доступного широкой врачебной массе, до сих пор сохраняется, тем более что вводимые в полость матки и труб контрастирующие вещества, по мнению некоторых авторов (Dyrgoff, Hoffmann, Haselhorst, Odenthal и др.), нередко вызывают в них явления раздражения, большие чем при обыкновенной пертубации. Если мы еще примем во внимание, что опыт последних лет определенно доказывает и существенный терапевтический эффект от продувания труб, именно в смысле восстановления их проходимости и наступления вскоре после этой операции беременности, то метод Rubin'a является поэтому, пожалуй, более выгодным и даже предпочтительным.

В виду этих соображений нам казалось особенно заманчивым применение данного способа непосредственно по окончании курса грязелечения, а также вскоре после него, в первые 2—3 месяца, когда эффект от грязелечения является максимальным. Правда, мы учитывали возражения, которые мы могли бы встретить, что гиперэмированные ткани и органы малого таза могут дать нам ложные результаты, а главное те или иные осложнения во время пертубации или непосредственно вслед за нею. Но нам казалось, что в течение периода грязелечения, именно в конце его, когда часть спаек нередко рассасывается, а другая разрыхляется, пертубация может скорее и в большем проценте случаев, чем при обычных условиях, дать лечебный эффект в смысле раскрытия просвета труб. Само собой понятно, что в тех случаях, где желаемого эффекта от продувания мы бы не получили, в нашем распоряжении все же в результате этого вмешательства остался бы ряд данных для диагноза, прогноза и дальнейшего плана лечения больной.

Первые мои наблюдения, в бальнеологическом сезоне 1927 года, на 5 больных, дали мне уверенность в безопасности и возможности дальнейшего применения этого метода в условиях грязелечения. Однако наличие гиперэмии половых органов послужила для меня стимулом к усовершенствованию методики продувания труб как с целью избежания возможных осложнений, так и с целью получения более правильных и отвечающих действительности результатов.

До сего времени наша клиника придерживалась методики Sellheim'a—Gerbert'a, упрощенной Легенченко исключением из аппарата для продувания труб манометра и снижения емкости шприца.

до 10 см³. Вместо постоянно портящегося от кипячения и по большей части пропускающего воздух между канюлей и каналом резинового конуса, мною, независимо от Оппо еще до опубликования его работы, был сконструирован наконечник*) из польского серебра, верхняя часть которого делается из олова и принимает по желанию любой изгиб, причем конус, выточенный из алюминия, перемещается по длине наконечника и может быть прочно и мягко закреплен на любом месте по длине последнего—в зависимости от длины полости матки.

Второе и наиболее существенное отличие нашей методики—это введение в полость матки перед продуванием 2% раствора кокаина с адреналином (1 капля раствора адреналина 1:1000 на 1,0 раствора кокаина), долженствующего, с одной стороны, притупить чувствительность матки к механическим раздражениям, а с другой—анемизировать слизистую оболочку матки и тем самым устранить возможность ложного закрытия маточного просвета фаллопиевых труб, которое может иметь место вследствие гиперемии и набухания слизистой в течение курса грязелечения.

Вся наша техника основана, главным образом, на учете источников ошибок и возможных псевдопрепятствий, а также исключении грубых манипуляций в половой сфере, которые могли бы повести к сокращению матки и маточных устьев труб.

Разумеется, в отношении устранения спазма матки и маточных отверстий яйцепроводов наилучшим средством является глубокий хлороформный наркоз; однако от применения последнего мы, как и многие другие авторы (Мандельштам, Черток и др.), в виду связанного с ним риска (случ. Мандельштама) принципиально отказались. Точно также мы перестали применять и параметранную анестезию, так как она отчасти затягивает операцию, а с другой стороны те 2—3 укола, которые приходится при ней делать, причиняют больной нередко больше боли, чем вся операция продувания в целом.

Итак, после исследования флоры влагалища и обычной подготовки больной, *portio vaginalis* осторожно обнажается ложкообразными зеркалами и захватывается пулевыми щипцами; при помощи шприца Брауна с тонким наконечником в полость матки вводится 0,5 см³ 2% раствора кокаина с адреналином, после чего, выждав 3—5 минут, мы производим осторожное зондирование полости матки и, в зависимости от длины полости и кривизны ее передней стенки, придаем изгиб мягкой части наконечника, устанавливая запирающий конус наконечника таким образом, чтобы при введении последнего в полость матки конец его отстоял на 1—1½ сант. от дна и, благодаря этому, не упирался бы ни в дно, ни в стенку матки, исключая тем самым возможность ложного диагноза непроходимости; затем к наконечнику присоединяется 10-граммовый Люэровский шприц; давлением на поршень его производится медленное нагнетание воздуха в полость матки, и одновременно помощник производит аускультацию при помощи фонендоскопа. При известном навыке уже по количеству введенного воздуха и сопротивлению поршня можно судить не только о проходимости труб или отсутствии таковой, но даже и о

*) Наконечник изготовлен механиком П. В. Марковым, Казань, 1-я Подлужная, 26.

месте зарращения. Именно: при наличии зарращения в интерстициальной части труб в полость матки можно бывает ввести не более 4—6 см³ воздуха, и с прекращением давления на поршень, последний быстро отходит назад; если же продолжать нагнетание воздуха, то, не находя

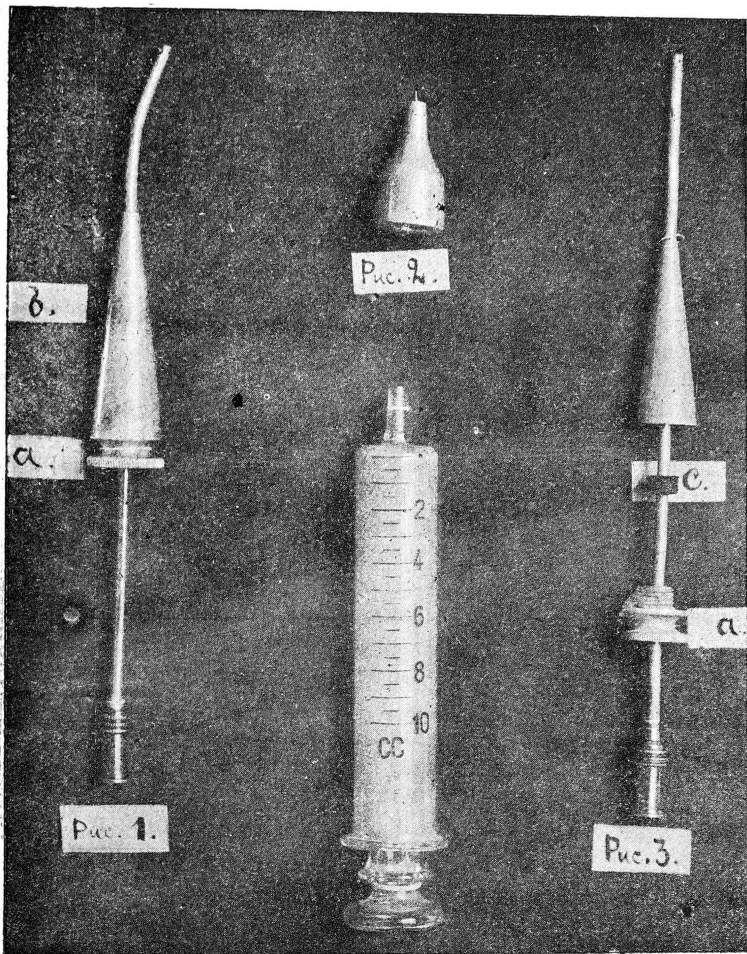


Рис. 1. Наконечник в собранном виде: а) основание конуса, являющееся в то же время частью фиксирующего механизма; б) самый конус, пригодный во всех случаях, особенно у рожавших и с надрывами наружного зева. Рис. 2. Дополнительный конус, несколько более удобный при узком круглом зеве у нерожавших. Рис. 3. Наконечник в разобранном виде: а) основание конуса,—часть фиксирующего механизма; б) резиновая шайбочка, помещающаяся в основании конуса (б), сжимается винтом (а), тем самым конус прочно укрепляется по длине канюли.

себе выхода в трубы, он оттесняет наконечник, вырываясь с шумом и пеной из полости матки. При наличии препятствия в истмической части воздух входит в пределах 6—7 см³, наконечник в случаях зарращения ампулярной части труб удается ввести воздуха не более 7—8 см³. В тех случаях, когда трубы проходимы, поршень идет мягко и плавно и с прекращением давления не отскакивает обратно.

Между прочим интересно отметить из практики нашей клиники, что в 2 случаях, где аускультаторно был поставлен диагноз проходимости труб,—при чревосечении, которое следовало за пертубацией, было обнаружено заращение абдоминальных концов труб с наличием двустороннего пневмосальпинкса. Из этого следует, что указанные нами границы объемов могущего быть введенным воздуха являются до известной степени относительными—в зависимости от величины полости матки и растяжимости труб, и аускультаторные данные не всегда бывают достоверные. Но комбинация этих данных и правильная оценка их в огромном большинстве случаев дает нам все же верное суждение о состоянии просвета фаллопиевых труб. Почти всегда проделанная таким образом тубоинсуффляция является почти совершенно безболезненной и дает нам определенные результаты в том или ином смысле.

Очень хорошо, как это советуют Laurentie и Moussali, вставлять большой перед продуванием свечи с опиум или белладонной,—мы же рекомендуем применяемое нами за последнее время подкожное впрыскивание атропина за $\frac{1}{2}$ —1 час до начала операции. Нам это кажется особенно уместным, так как большинство больных, подвергаемых пертубации, страдают инфантилизмом и нередко спазмофилией по Opitz'y, так что введение атропина, успокаивая и уменьшая гипертонус („Spannung“ немецких авторов) гладкой мускулатуры полового аппарата, также, как и кокаин-адреналин, будет способствовать сухости слизистой оболочки и понижению возбудимости матки, предотвращая тем самым спазм и ложное закрытие маточных устьев труб.

Есть и еще одна выгодная сторона от применения нашей методики: именно, благодаря резкому анэмизированию эндометрия, мы имеем возможность при ней расширить время пертубации, не ограничиваясь сроком, напр. от 4-го до 7-го дня после окончания месячных, рекомендуемым Rubin'ом, Окинчицем и др., или временем в середине межменструального периода, как это предлагает Pribram.

Предлагаемый мною наконечник может одновременно служить и для введения липиодия и иодирина, причем наша методика с предварительным введением атропина и кокаин адреналина в значительной мере облегчает также и наполнение труб контрастирующими веществами.

В течение 1927/28 уч. года предлагаемая мною техника была проверена на материале нашей клиники и в бальнеологическом сезоне 1928 года с успехом применена проф. В. С. Груздевым и мною в ряде случаев у санаторных и поликлинических больных курорта „Сергиевские минеральные воды“.

Всего нами произведено продувание труб 31 раз, из них, как уже отмечено выше, 5 раз по обычной методике в сезоне 1927 года и 26—по новой методике в курортном сезоне 1928 г.

В 17 случаях операция была предпринята по поводу первичного бесплодия (инфантилизм разных степеней, ретроверзии и проч.) и в 14 случаях—по поводу вторичного бесплодия на почве гонорреи, аборт, родов и профилактических инъекций йода. У 5 из этих больных вслед за пертубацией было произведено расширение цервикального канала. У 5 больных сезона 1927 г. во всех случаях трубы оказались непроходимыми. Что же касается 26 больных сезона 1928 года, то из этого числа проходимость труб нам удалось констатировать лишь у 4. Здесь

следует отметить, что у двух из этих больных проходимость была установлена после повторного введения воздуха, причем создано впечатление преодоленного препятствия. Быть может в данном случае мы как раз имели лечебный эффект от пертубации. Интересно отметить, что в обоих случаях наблюдался Phrenicus-Symptom—в 1 случае в довольно резкой форме. Это объясняется тем, что отчасти с целью совершенно убедиться в проходимости труб, а отчасти, чтобы окончательно их расправить, было введено воздуха несколько больше, чем это практикуется нами обычно.

Кроме того у 3 наших больных при исследовании проходимости труб результат воздушной пробы оказался сомнительным. Далее, из числа 5 больных прошлого сезона две подверглись повторной пертубации, причем у одной из них результат, бывший ранее отрицательным, на этот раз оказался сомнительным с большей трактовкой в положительную сторону. У другой больной, с инфантилизмом и ретроверзией матки, обе трубы были заращены в ампулярной части. При вторичном продувании трубы оказались заращенными в интерстициальной части, что, несомненно, явилось результатом перенесенного больной прошедшей зимою острого заболевания, длившегося в течение 2 месяцев и возникшего на почве травмы—поднятия значительной тяжести.

Опираясь на литературу (Vogt, Fuchs, Беляев, Schwarzwaller, Sellheim, Мандельштамм, Länsimäki и в особенности Lange, Graff и многие друг.), где приводится значительный казуистический материал успешной терапии бесплодия тубоинсуфляцией, а также на повседневный значительный опыт нашей клиники в этом вопросе, мы приходим к убеждению в ценности, простоте и безопасности метода пертубации при строгом соблюдении показаний и индивидуализации каждого случая. Разумеется, как и при всякой операции, никто не застрахован и при этой от несчастных случаев (случаи Мандельштамма, Frommolt'a, Horalek'a, Traugott'a, Macias de Torres'a и др.).

Наш скромный опыт в применении данного метода в условиях грязелечения говорит за то, что при условии строгого соблюдения показаний и предлагаемой нами техники, он может быть смело рекомендован не только с целью диагностической и прогностической, но главным образом с целью терапевтической, причем шансы на успех пертубации, в условиях грязелечения, по нашему мнению, являются несомненно повышенными.

Литература. 1) Hoffmann. Zentr. f. Gynäk., 1928, Nr. 19. 2) Sellheim. Bericht. üb. d. Ges. Gynäk. u. Geb., Bd. XIII, H. 1, 1927.—3) Příbram. Ibid. Bd. XIII, H. 3, 1927.—4) Laurentie et Moussali. Ibid.—5) Lange. Ibid. Bd. XIII, H. 11.—6) Traugott. Ibid. Bd. XIV, H. 5.—7) Macias de Torres. Ibid.—8) Mandelstamm. Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 78, H. 4/5, 1928; Zentr. f. Gynäk. 1926, Nr. 23.—9) Länsimäki. Bericht. Bd. XIII, H. 9, 1928.—10) Fuchs. Ref. Zentr. f. Gynäk. 1927, Nr. 9.—11) Graff. Ref. ibid. 1927, Nr. 15.—12) Черток. Ibid. 1927, Nr. 16.—13) Ohno. Ibid. 1927, Nr. 4.—14) Schwarzwaller. Ibid. 1926, Nr. 35.—15) Horalek. Ibid. 1926, Nr. 41.—16) Frommolt. Ibid. 1925, Nr. 3.—17) Легенченко. Каз. м. ж., 1925. № 8-9.—18) Беляев. Ibid. № 11.—19) Окинчиц. Кр. курс оперативной гинекол., 1929.—20) Dyroff. Deutsche med. Woch. 1926, Nr. 10.