

вого периода в норме и при слабости родовой деятельности. Автореф. канд. дисс., Л., 1962.—4. Чунхнна Н. А. Третий период родов у женщин при аномалиях сократительной деятельности матки. Сб. научных трудов кафедры акушерства и гинекологии I ЛМИ, вып. 1, Л., 1957.—5. Alvarez H., Caldeyro R. Surg. Gynec. Obstet., 1950, 91, 1—13.—6. Moir C. H. Lancet, 1936, 22, 133—137.

УДК 618.177—616—007.272—618.12

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

И. Ф. Панцевич и А. И. Мацуев

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

Мы диагностировали бесплодие, связанное с непроходимостью маточных труб, у 375 женщин. В возрасте до 30 лет было 207 женщин, 31—35 лет—101 и старше—67. У 150 женщин бесплодие было первичным и у 225—вторичным.

Брак мы считали бесплодным, если беременность не наступала после 2 и более лет регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств. К моменту начала лечения длительность бесплодия до 3 лет была у 95 женщин, 4—6 лет—у 129, 7—10 лет—у 101 и свыше 10 лет—у 50. У 160 женщин непроходимость маточных труб возникла после аборта, у 135—после воспаления придатков матки, у 34—в результате развития доброкачественных опухолей (фибромиома матки, киста яичника), у 27—после операции по поводу внематочной беременности и у 19—после других причин.

Ведущей причиной трубного бесплодия оказался аборт, несмотря на то, что у 131 женщины из 160 его производили в лечебном учреждении, послеоперационное течение было «гладким». Это свидетельствует о большой травматичности искусственного прерывания беременности для полового аппарата женщины.

Клиническое обследование и лечение женщин начинали после исключения бесплодия, зависящего от мужа или от неполноценной функции яичников.

Состояние маточных труб определяли аппаратом для пертубации с кимографической записью. У 86,4% женщин была установлена полная непроходимость маточных труб и у 13,6% выраженный стеноз.

У 160 женщин данные пертубации были проверены методом гидротубации (Т. Я. Калининченко, Ш. И. Шлиндман, 1958), причем получены идентичные результаты.

Для уточнения локализации непроходимого участка трубы у 117 женщин произведена метросальпингография и у 50—хромопельвиоскопия.

Всем женщинам назначали рассасывающую терапию, включавшую медикаментозные средства (ФИБС, лидазу, гидрокортизон, эрвит), физиотерапевтические (диатермию, нонтофорез) и физические методы (горячее спринцевание, грязевые тампоны, гинекологический массаж). Комплекс терапевтических средств в каждом случае определяли индивидуально и проводили как амбулаторно, так и в условиях стационара курсами по 14 дней. Эффективность проводимого лечения контролировали пертубацией, гидротубацией, метросальпингографией или хромопельвиоскопией. Количество курсов лечения колебалось от 1 до 6. Часть женщин за это время получала курортное лечение. Мы наблюдали женщин от года до 8 лет. Проходимость маточных труб была восстановлена у 79 женщин, беременность наступила у 38.

У 160 женщин после безуспешной рассасывающей терапии дополнительно проведено лечение гидротубацией с одновременным внутриматочным электрофорезом. Жидкость для гидротубации включала 20—40 мл 0,5% раствора новокаина, 65 мг гидрокортизона, 150 000 ед. стрептомицина и 3 мл 10% раствора хлористого кальция. Ее вводили в полость матки с помощью гидротубатора (А. И. Мацуев, 1967) под давлением до 300 мм рт. ст. При этом предполагалось, что гидравлическое бужирование маточных труб сочетается с лечебным действием медикаментозных средств. Однако при наличии плотных рубцов лекарственные вещества не могут проникнуть глубоко в ткани, что делает оправданным дополнительное и одновременное использование гальванического тока (электрофореза), который сам по себе обладает способностью улучшать кровообращение в тканях. Источником постоянного тока служил настенный аппарат для гальванизации (АГН), положительным электродом—маточный наконечник гидротубатора, отрицательным—свинцовая пластинка, подкладываемая под крестец. Сила тока не превышала 15 ма, длительность процедуры—25 мин. С отрицательного электрода дополнительно вводили пенициллин (250 000 ЕД) через буферную систему с 5% раствором глюкозы, которая снимает действие паразитарных ионов.

Курс лечения состоял из 3 туров по 5—6 гидротубаций в каждом. Один тур лечения прошли 97 женщин, два—39, три—24. Проходимость маточных труб после

гидротубации восстановлена у 42 женщин, беременность наступила у 17, из них у 2 — внематочная.

У 98 женщин произведено оперативное восстановление проходимости маточных труб: у 33 — сальпингостомия, у 24 — консервативная миомэктомия и цистэктомия с одновременным восстановлением проходимости маточных труб, у 22 — имплантация труб в матку, у 13 — пересадка яичников в матку и у 6 — сальпингоанастомоз.

С целью предупреждения возможного зарастания просвета маточных труб после операции нами у 72 женщин применялись временные полихлорвиниловые протезы диаметром 4 мм. Один конец трубочки вводили в просвет маточной трубы, а второй с помощью металлического проводника выводили во влагалище. Трубочки удаляли на 5-й неделе после операции.

Пройодимость маточных труб определяли через 3—6 месяцев после операции. Она оказалась сохранившейся у 65 женщин. Длительность наблюдения — от года до 6 лет. Беременность наступила у 23 женщин, у 2 — внематочная.

Таким образом, после рассасывающей терапии, гидротубаций и оперативного вмешательства проходимость маточных труб восстановлена у 186 (49,6%) женщин, беременность наступила у 78 (20,8%). У 63 женщин беременность наступила в течение первого года после лечения и у 15 — через 1—3 года. Чаще женщины беременели в возрасте до 25 лет (31 из 54). В возрасте 26—35 лет беременность наступала в 3,3 раза реже, а в возрасте старше 35 лет — в 4 раза.

При длительности бесплодия до 3 лет беременность наступила у 35 из 84 женщин (41,6%), до 4—6 лет — у 30 из 111 (27,0%), до 7—10 лет — у 10 из 81 (12,3%) и свыше 10 лет — у 3 из 49 (6,1%).

У 61 (78,2%) женщины беременность закончилась родами и у 13 (16,7%) — самопроизвольным выкидышем. У 4 (5,1%) женщин была внематочная беременность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин Т. Я. Тр. III съезда акушеров-гинекологов УССР. Госмедиздат УССР, Киев, 1962.— 2. Мацуев А. И. Акуш. и гинек., 1967, 2.— 3. Шлинман Ш. И. Акуш. и гинек., 1958, 3.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.361.366.367—616—089

СОСТОЯНИЕ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

К. А. Дрягин, К. Я. Сильченко и Ю. И. Строев

Кафедра госпитальной терапии (зав.— проф. К. А. Дрягин) Ленинградского педиатрического медицинского института

Значительной части больных желчнокаменной болезнью с момента возникновения холецистита угрожают такие осложнения, как обтурация общего желчного протока камнем, развитие хронического панкреатита, активного перихолецистита с вовлечением в процесс соседних органов, переход в деструктивную форму холецистита, перфорация желчного пузыря, пузырно-дуоденальные свищи и другие. Из наших 250 больных, перенесших холецистэктомию, в связи с этими осложнениями оперировано 93, т. е. 37,2%. Естественно, что в этих условиях оперативное вмешательство не может быть этапом, завершающим лечение рецидивирующего и хронического холецистита.

Анализ отдаленных результатов холецистэктомии позволил нам выделить несколько групп больных, у которых после операции истинное выздоровление не наступило. Большую часть составили лица, у которых процесс в гепато-панкреатической системе как в функциональном, так и в морфологическом отношении был слишком велик, чтобы всю постхолецистэктомиическую клинику связывать с хирургическим вмешательством и с удалением желчного пузыря, у меньшей части отсутствие выздоровления можно отнести за счет неудач хирурга и погрешностей техники операции, еще у меньшей — за счет развития спаечной болезни и спаечной стриктуры внепеченочных желчных протоков. И, наконец, у большой группы больных холецистэктомия не дала ожидаемых результатов вследствие нарушения здоровья по другим причинам.

У больных, которые обратились к нам после холецистэктомии, было диагностировано 27 различных заболеваний; 143 больных (57,2%) страдали двумя-тремя взаимно отягчающими заболеваниями (желчнокаменная болезнь — коронаросклероз; желчнокаменная болезнь — гипертоническая болезнь; язвенная болезнь — хронический колит — желчнокаменная болезнь; желчнокаменная болезнь — хронический