

ной почве. Воронеж, 1982.— 5. Киселева А. М. Биоэлектрическая активность головного мозга при заболеваниях вегетативной нервной системы. Л., 1971.— 6. Ковалев Н. А. В кн.: Психические заболевания пожилого возраста. Киев, 1981.— 7. Пущай С. А. Там же.— 8. Рыбников А. И. В кн.: Материалы III Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1974, т. 2.— 9. Рыбников А. И., Жирмунская Е. А., Вейн А. М. Воен.-мед. журн., 1978, 5.— 10. Сметанинков П. Г., Игнатович А. А. В кн.: Материалы IV Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1980, т. 1.— 11. Obrist W. D., Busse E. W. In: Applications of EEG in Psych., 1965, 4, 185.

Поступила 6 января 1983 г.

УДК 618.177—08

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Р. А. Осипов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Л. Капелюшник)
Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина*

Хронический сальпингит — наиболее частая причина бесплодия женщин, особенно вторичного [1—3]. Лечение трубного бесплодия должно быть направлено не только на восстановление проходимости, но и на нормализацию других функций маточных труб.

Под наблюдением находилось 300 женщин в возрасте 23—33 лет, которые страдали трубным бесплодием, обусловленным хроническим воспалительным процессом. Длительность бесплодного брака колебалась от 2 до 10 лет. Первичное бесплодие было диагностировано у 68, вторичное — у 232 женщин. С помощью гистерографии или пневмогистеросальпингографии установлено, что интерстициальная или истмическая непроходимость имела у 99, ампулярная — у 143 и перитубарные спайки — у 58 женщин.

Для восстановления проходимости маточных труб применяли гидротубации прокаин-фурациллиновой смесью (прокаин хлористоводородный — 0,5, хлористый натрий — 0,8, фурациллин — 0,01, дистиллированная вода — до 100). С целью повышения их терапевтической эффективности в исходный раствор добавляли гидрокортизон с химотрипсином (0,01) или лидазой (64 ед.). Продолжительность гидротубации в среднем составляла 10—15 мин, давление не превышало 32,9 кПа. Курс лечения состоял из 18—22 процедур. Одновременно с гидротубацией проводили интенсивное противовоспалительное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Проходимость маточных труб удалось восстановить у 123 женщин. В дальнейшем лечение было направлено на регуляцию моторной функции маточных труб.

Контроль за функциональным состоянием яйцеводов осуществляется методом продувания маточных труб с графической записью их сокращений. Продувание делали несколько раз: 1) сразу после восстановления нормальной проходимости труб; 2) после 8—10 дополнительных гидротубаций; 3) после окончания лечения электростимуляцией; 4) после введения окситоцина в один и те же дни менструального цикла, то есть за 2—3 дня до предполагаемой овуляции и к моменту расцвета желтого тела.

В результате исследований было выяснено, что интенсивность сокращений пораженных воспалением труб ослабевала и зависела от глубины и распространенности патологического процесса. На гормональные влияния яичников маточные трубы реагировали неодинаково. В фолликулиновой фазе уменьшалась частота сокращений, в лютеиновой — частота и амплитуда сокращений.

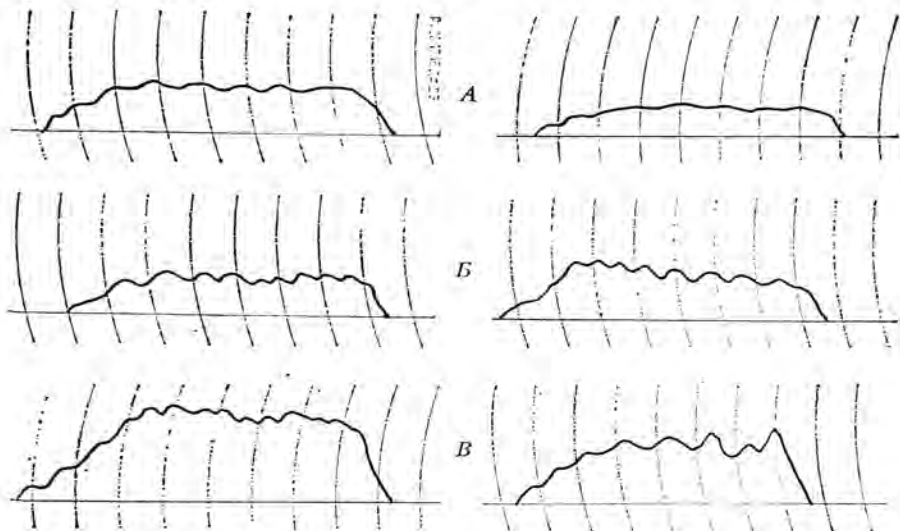
Гидротубации способствовали более быстрой ликвидации воспалительного процесса в трубах, повышению их чувствительности к гормональным влияниям яичников. Существенного воздействия на моторику труб гидротубации не оказывали.

В связи с этим 91 женщине проведено комбинированное лечение гидротубацией и электростимуляцией под действием импульсов прямоугольной формы напряжением 9 В, силой тока 15 мА и частотой 100 Гц. Гидротубацию и электростимуляцию производили одновременно. Лечение начинали с 10—11-го дня цикла.

и заканчивали за 4—5 дней до менструации. Продолжительность процедуры — 15 мин.

В результате такого комбинированного лечения у 38 женщин моторика труб нормализовалась, то есть увеличилась частота сокращений в фолликулиновой фазе цикла, амплитуда и частота — в лютеиновой. У остальных 53 больных чувствительность труб к гормональным влияниям яичников оставалась сниженной, особенно в лютеиновой фазе менструального цикла.

32 женщинам проведено лечение окситоцином, который вводили внутримышечно по 5 ед. 3 раза в сутки с равными интервалами. Лечение начинали за 1—2 дня до предполагаемой овуляции и продолжали в течение 5—6 дней (дни транспорта яйцеклетки из трубы в матку). Окситоцин, не вызывая спазма труб, увеличивал силу, а в ряде случаев и частоту их сокращений как в фолликулиновой, так и в лютеиновой фазах менструального цикла. Большим недостатком окситоцина следует считать кратковременность его действия (см. рис.).



Тубограммы. А. После восстановления проходимости маточных труб гидротубацией в фолликулиновой и лютеиновой фазах менструального цикла. Б. После комбинированного лечения гидротубацией и электростимуляцией в этих же фазах. В. После введения окситоцина (предварительно проведено комбинированное лечение гидротубацией в сочетании с электростимуляцией) в этих же фазах.

В результате проведенного лечения беременность наступила у 52 из 123 женщин. У 36 из них она закончилась срочными, у 1 — преждевременными родами, у 14 — самопроизвольными выкидышами. Внематочная беременность была у 1 пациентки.

Основываясь на результатах исследований, мы предлагаем следующую примерную схему лечения женщин с трубным бесплодием (при наличии ампулярной непроходимости и перитубарных спаек).

1. Ежедневные гидротубации на фоне медикаментозной противовоспалительной терапии с одновременным физиотерапевтическим лечением аппаратами Луч-2 или Луч-58, ИКВ-4, Тонус-1, Амплипульс, УЗ-1 по общепринятой методике.

2. Сразу после восстановления проходимости труб следует оценить их функциональную способность и при необходимости продолжить лечение гидротубациями с одновременными электростимуляциями (в среднем 15 процедур), после окончания лечения дать повторную оценку моторики труб. Если моторика нормализовалась, необходимо рекомендовать циклическую гормонотерапию. Она рассчитана на повышение чувствительности труб к гормональным воздействиям яичников, а также на нормализацию менструального цикла. Если после проведенной циклической гормональной терапии моторная функция труб остается сниженной, то в течение 2—3 последующих менструальных циклов следует назначить электростимуляцию или лечение окситоцином по описанной выше методике. Половая жизнь, особенно перед и в дни

овуляции, обязательна. Лечение препаратами, вызывающими овуляцию, проводят по показаниям.

3. При отсутствии эффекта от лечения следует выполнить лапароскопию или кульдоскопию в сочетании с хромогидротубацией для более точного выяснения состояния придатков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов С. Н. Трубное бесплодие. М., Медицина, 1977.— 2. Uher J. Cs. Gynec., 1980, 2.— 3. Wilhelmsson L., Lindblom B., Vigvist N. Fertil. and Steril., 1979, 3—4.

Поступила 14 июня 1983 г.

УДК 616.127—005.4:616.155.1:577.15.082:[577.152+577.158

ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗНАЯ СИСТЕМА И АЦЕТИЛХОЛИНЭСТЕРАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

В. Н. Фатенков, Н. А. Кленова, Е. И. Селезнев, А. С. Стегунин,
Р. А. Тимирбулатов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— проф. В. Н. Фатенков) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

В механизме гипоксии, развивающейся при ишемической болезни сердца (ИБС), наряду с другими факторами имеют значение структурно-функциональные нарушения организации эритроцитов [1, 8, 12]. В поддержании гомеостаза эритроцитов (эр.) определенную роль играет глутатионредуктазная система, включающая глюкозо-6-фосфатдегидрогеназу (КФ 1.1.1.49), глутатионредуктазу (КФ 1.6.4.2) и восстановленный глутатион [15]. В эксперименте показана взаимосвязь этих систем с активностью мембраносвязанных ферментов и, в частности с ацетилхолинэстеразой (КФ 3.1.1.7.) [4].

Целью данной работы являлось исследование состояния глутатионредуктазной системы и активности ацетилхолинэстеразы эритроцитов у больных с различными формами ишемической болезни сердца, а также оценка их клинического значения.

Обследовано 62 больных крупноочаговым инфарктом миокарда (ИМ), из которых у 43 (1-я группа) он развился впервые и протекал без осложнений, у 19 человек (2-я группа) был повторно. Группу больных со стабильной стенокардией напряжения составили 47 лиц, из которых у 14 по классификации [2] выявлена стенокардия напряжения 1—2-го функциональных классов, у 12—3—4-го, у 21—стенокардия напряжения на фоне постинфарктного миокардиосклероза. Возраст обследованных варьировал от 43 до 62 лет. В контрольную группу вошли 17 здоровых лиц того же возраста.

Кровь брали из срединной локтевой вены. В гемолизатах, отмытых эритроцитах, определяли активность глутатионредуктазы (ГР) [5], глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) [14в], ацетилхолинэстеразы (АХЭ) [9] и содержание свободных SH-групп [14а].

Результаты исследования свидетельствуют о выраженной связи глутатионредуктазной системы с формой ишемической болезни сердца (табл. 1).

Стабильная стенокардия напряжения 1—2-го функциональных классов протекала на фоне нормальных показателей активности ГР, Г-6-ФДГ и содержания свободных SH-групп. Стенокардия напряжения 3—4-го функциональных классов характеризовалась падением активности ГР и низким содержанием восстановленного глутатиона. В то же время скорость Г-6-ФДГ-ной реакции, продуцирующей НАДФ-Н и участвующей в восстановлении глутатиона, превышала контрольные значения. При стенокардии в восстановлении глутатиона, преобладали контрольные значения. При стенокардии на фоне постинфарктного миокардиосклероза активность ГР снижалась в меньшей степени. При инфаркте миокарда наблюдались выраженные изменения активности ГР и уровня SH-групп, которые зависели от характера и стадии патологического процесса.