

Мы решили определить значение гистеросальпингографии в комплексном обследовании больных с подозрением на туберкулез внутренних половых органов. Серьезными противопоказаниями, ограничивающими применение этого метода, являются острый или подострый воспалительный процесс гениталий, подозрение на беременность, наличие шеечно-вагинальной инфекции, менометроррагия, увеличенная СОЭ (более 20 мм/ч).

Картина туберкулезного поражения женских внутренних половых органов, выявленная с помощью гистеросальпингографии, различна. При описании рентгенологической картины мы придерживались рекомендации А. А. Абрамовой (1983), основанной на выявлении группы вероятных, весьма вероятных и надежных признаков. Вероятные характеризуются сужением истмической части трубы, наличием множественных складок в ампулярном отделе маточных труб, напоминающих фистульные ходы, и отсутствием перистальтики маточных труб. Весьма вероятными признаками служат небольшая деформация полости матки, интравазация, ригидность маточных труб с отсутствием перистальтики и расширением их дистального отдела в виде сактосальпинкса или небольших мешковидных расширений. К надежным признакам относятся обызвествление лимфатических узлов, яичников и маточных труб. Отличительными признаками маточного поражения являются гипоплазия матки с ее извилистым контуром, сращение матки в форме тrefы или пальцеобразной деформации.

У 87 из 510 женщин при гистеросальпингографии обнаружены характерные рентгенологические признаки туберкулеза гениталий: четкообразность и ригидность маточных труб, симптом «булавы» и интравазация, фистулообразные ходы в ампулярных отделах труб, симптом «курительной трубки», сращения в полости матки (сенехин) и участки обызвествления в органах малого таза. При дальнейшем обследовании у 69 больных диагноз был подтвержден дополнительными методами исследования: у 65 на рентгенограммах выявлены поражения маточных труб, причем у 24 в сочетании с туберкулезом матки; у 4 — воспаление матки без вовлечения маточных труб.

Таким образом, гистеросальпингография является ценным методом диагностики туберкулезного процесса половых органов. При подозрении на туберкулез гениталий обследованию подлежат в первую очередь женщины, страдающие хроническими, торпидно текущими воспалительными процессами в половых органах, первичным и вторичным бесплодием и с первичной и вторичной аменореей, не поддающейся гормональной терапии, а также девушки с воспалительным процессом в половых органах, ранее перенесшие туберкулезный процесс другой локализации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова М. М. Атлас гистеросальпингографии. М., 1963.— 2. Бодяжина В. И. Акуш. и гин., 1968, 5.— 3. Гилязутдинова З. Ш., Гордеева Н. К. Диагностика и лечение туберкулеза у женщин. Казань, 1981.— 4. Давыдов С. Н. В кн.: Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. М., 1977.— 5. Колачевская Е. Н. Туберкулез женских половых органов. М., 1975.

Поступила 7 сентября 1984 г.

УДК 616.12—008.—331.1:618.5—039.71

## ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ РОДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*И. И. Стольников*

*Клинический родильный дом № 3 г. Калинина (главврач — Л. И. Кузьмина). Руководитель работы — чл.-корр. АМН СССР В. Н. Серов*

Мы изучали течение беременности и родов у 408 больных с гипертонической болезнью и у 176 соматически здоровых женщин (контрольная группа). Возраст здоровых женщин составлял 16—41 год, больных — 18—44 года. 1-я стадия заболевания (по классификации ВОЗ, 1962) констатирована у 304 (74,5%), 2-я — у 104 (25,5%) женщин. Акушерский анамнез был отягощен в большей степени у больных (аномалии родовой деятельности, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах и др.).

Прелиминарный период, начинающийся с 37-й недели беременности, может протекать с различными осложнениями (дороговое отхождение вод, появление болевых

ощущений внизу живота и в области крестца, не вызывающих структурных изменений в шейке матки, чувство дискомфорта, нарушение сна и другие признаки).

Во второй половине беременности и в подготовительном периоде родов осложнения значительно чаще сопутствовали больным (см. табл.).

Состояние шейки матки на 38-й неделе беременности изучено у 336 больных гипертонической болезнью; на этом сроке у 130 из них произошли роды доношенным плодом. В контрольной группе на 38-й неделе шейка матки осмотрена у 74 женщин. Установлено, что созревание шейки матки у больных гипертонической болезнью начинается в более ранние сроки беременности.

Роды на 29—37-й неделе произошли у 6,9% больных, запоздалые — у 1,0% и срочные — у 89,7%, в контрольной группе — соответственно у 1,1%, 2,8% и у 95,9% женщин.

Родовозбуждение в контрольной группе проводили при дородовом отхождении вод и в связи с перенашиванием беременности. У больных родовозбуждение приме-

#### Осложнения беременности в подготовительном периоде родов и особенности созревания шейки матки у больных гипертонической болезнью

Характер осложнения, степень созревания шейки матки	Больные		Здоровые	
	абс.	%	абс.	%
Нефропатия . . . . .	131	32,1	2	1,1
Угроза прерывания беременности	26	6,4	4	2,3
Предлежание плаценты . . . . .	4	1,0	—	—
Дородовое отхождение вод . . . . .	112	27,4	23	13,1
Патологический прелиминарный период . . . . .	49	12,0	7	4,0
«Зрелая» шейка матки (38-я неделя беременности) . . . . .	166	49,4	2	2,7
«Созревающая» . . . . .	111	33,0	60	81,1
«Незрелая» . . . . .	59	17,6	12	16,2

няли более чем в 2 раза чаще (23,0% и 9,7%) — у 94 женщин по поводу тяжелого состояния, дородового отхождения вод, перенашивания беременности, антенатальной смерти плода (2) и хронической гипоксии плода (4).

Плоский плодный пузырь при родах наблюдался у 11,2% больных и у 4,5% здоровых, что потребовало производства амниотомии.

Для родовозбуждения внутривенно вводили 5 ЕД окситоцина и 40 мг но-шпы с 500 мл 5% раствора глюкозы на фоне предварительного введения эстрогенов и вскрытия плодного пузыря либо назначали дробные дозы хинина и окситоцина на фоне предварительного введения эстрогенов и вскрытия плодного пузыря, либо назначали дробные дозы хинина и окситоцина на фоне эстрогенных гормонов и касторового масла.

У 39 больных гипертонической болезнью и 6 здоровых роды были вызваны только средствами, возбуждающими родовую деятельность. Они продолжались около 9 ч и почти у половины рожениц сопровождались нарушением сократительной функции матки.

При наличии указанных осложнений в подготовительном периоде родов 111 больных и 24 здоровые женщины получили комплекс препаратов, состоящий из 30000 ЕД эстрогенных гормонов (внутримышечно), 40 мг промедола (подкожно), 60 мг тифена и 25 мг пипольфена (внутрь), 50 мл 0,25% теплого раствора новокаина (ректально). Эти препараты вводились одновременно при диагностике дородового отхождения вод или при ложных схваткообразных болях.

После их введения у  $\frac{2}{3}$  больных и здоровых наступал сон или дремотное состояние, которое продолжалось от 1 до 3 ч. В ближайшие 3—5 ч происходило раскрытие зева на величину от 3 до 8—10 см. Родовая деятельность после 2—6 ч латентного периода развилась самостоятельно у 90 больных и у 24 здоровых женщин. Только у 11 больных с дородовым отхождением вод в дальнейшем были применены средства, стимулирующие родовую деятельность. У 10 женщин с прелиминарным периодом прекратились ложные схваткообразные боли. В последующем для подготовки организма беременной к родам им вводился витаминно-энергетический комплекс: эстрогены, АТФ, но-шпа, оротат калия, фолиевая и аскорбиновая кисло-

та, а для снятия эмоционального напряжения легко возбудимые женщины получали мепробомат или седуксен. Указанные средства назначались ежедневно в течение 3 — 5 дней. На фоне отмеченных фармакологических средств родовая деятельность развивалась самостоятельно.

Из осложнений чаще выявлялась слабость родовой деятельности: первичная — в контрольной группе (2,9%) и у больных гипертонической болезнью (4,9%), вторичная — соответственно у 1,7% и 5,3%. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла у 1,4% больных. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах также чаще наблюдались у больных гипертонической болезнью.

Процент осложнений при родах среди наблюдаемых нами больных был меньше, чем по литературным данным, что, безусловно, связано с улучшением методов коррекции осложнений в подготовительном периоде родов и регуляции сократительной функции матки при родах. С целью профилактики кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах в конце 2-го периода родов всем больным внутривенно вводили метилэргометрин (1,0) или 5 ЕД окситоцина с 20 мл 40% раствора глюкозы.

При родах у больных гипертонической болезнью применяли следующие операции: вакуум-экстракцию плода (10), контрольное обследование матки или ручное отделение плаценты (9), кесарево сечение (5), надвлагалищную ампутацию матки (1) при развившейся маточно-плацентарной апоплексии, перфорацию головки мертвого плода (1) и перинеотомию (77), которая больше чем у половины пациенток производилась для сокращения 2-го периода родов, а у остальных — в связи с угрозой разрыва промежности.

В группе соматически здоровых женщин контрольное обследование полости матки было проведено у 2, перинеотомия — у 10 и вакуум-экстракция плода — у одной.

У здоровых женщин стремительные роды наблюдались чаще в начале и конце родов, происходящих в ночное время, а у больных гипертонической болезнью — более чем в 2 раза чаще при наступлении родов днем. Роды длительностью более 15 ч констатированы у 30,4% больных гипертонической болезнью и у 11,4% женщин контрольной группы, если они также начинались ночью.

Следовательно, для больных гипертонической болезнью начало родов в ночное время без достаточного отдыха после предшествующих суток является неблагоприятным. Если в первые 4—6 ч в начале родов ночью не произойдет раскрытия зева до 5—6 см и более, нужно знать, что роды будут продолжительными, а потому незамедлительно предоставить больной сон-отдых.

В группу больных гипертонической болезнью, родивших за 10 — 12 ч, вошли 30 женщин, начавших рожать ночью, и 9 — днем, которые получили сон-отдых.

Для погружения в сон 8 больным назначен эфирный наркоз, 7 — внутривенный наркоз виадрилом «Г», 6 — ГОМК, 14 — комплекс средств: 40 мг промедола (подкожно), 30 мл 1% барбитала (ректально), 40 мг но-шпы, 40 мг димедрола, седуксен и дроперидол. В контрольной группе сон-отдых был дан 8 женщинам, из них 3 — путем дачи эфирного наркоза, 4 — комплекса снотворных, обезболивающих и спазмолитических средств и одной — седуксена с дроперидолом.

Сон продолжался от 1 до 6 ч. После отдыха у 21 больной и у 3 женщин контрольной группы развилась хорошая родовая деятельность, и роды закончились в короткие сроки. Все эти больные получали отдых через 3—6 ч от начала родовой деятельности.

После сна-отдыха 18 больным гипертонической болезнью и 5 соматически здоровым женщинам были назначены средства, стимулирующие родовую деятельность. Отдых был им предоставлен через 8 — 12 ч от начала родовой деятельности.

При вторичной слабости родовой деятельности у 4 больных и у одной женщины из контрольной группы роды закончились вакуум-экстракцией плода.

У больных гипертонической болезнью родилось 413 детей, из них 5 двоен, 13 мертвых; 8 новорожденных умерло в первые 7 дней, один — на 14-й день. В контрольной группе в первые часы после родов умер один ребенок.

У 27,1% матерей, страдающих гипертонической болезнью, дети родились с массой тела от 1 до 2,5 кг, у 20,5% — от 2,5 до 3 кг и у остальных — более 3 кг. У женщин контрольной группы масса тела детей была более 3 кг, у 7,6% — 4 кг и более.

Перинатальная смертность среди обследованных больных гипертонической болезнью составила 22%, в контрольной группе — 5%.

У 20 детей, матери которых страдали гипертонической болезнью, при рождении

была диагностирована пневмония или пневмопатия; состояние 176 детей оценено как постгипоксическое, у 7 выявлена родовая травма и у 2 — внутриутробная инфекция.

У 146 родильниц с гипертонической болезнью АД оставалось повышенным в течение всех дней пребывания в стационаре, но было ниже, чем во время родов.

У 150 в первые дни послеродового периода АД нормализовалось, но к моменту выписки вновь повысилось; у остальных родильниц оно оставалось нормальным.

У 11 (2,7%) больных гипертонической болезнью и у 4 (2,2%) здоровых женщин послеродовой период осложнился серьезным маститом и субинволюцией матки.

Родильницы были выписаны в основном на 7—8-е сутки после родов, 64 женщины — на 9 — 10-е и 30 — в более поздние сроки.

Все больные гипертонической болезнью при выписке из стационара передавались под наблюдение участкового терапевта.

### ВЫВОДЫ

1. В прелиминарном периоде у женщин с гипертонической болезнью высок процент осложнений, которые необходимо своевременно предупреждать и устранять.

2. При гипертонической болезни наблюдается также большой процент осложнений и оперативных вмешательств при родах, особенно когда они начинаются ночью.

3. Если при родах, начавшихся в ночное время, через 4 — 6 ч не произойдет раскрытия зева до 5 — 6 см и более, больной необходимо предоставить сон-отдых, а затем решать вопрос о необходимости коррекции родовой деятельности.

Поступила 25 сентября 1984 г.

УДК 618.11—006.6—089.8—02:618.2

## РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

*Н. Л. Капелюшник, М. И. Слепов, Р. М. Миннибаева, С. И. Катанова*

*Кафедры акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. З. Ш. Гилязутдинова) и № 2 (зав.—проф. Н. Л. Капелюшник) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Доброкачественные опухоли яичников встречаются главным образом в молодом возрасте. Своевременное их удаление служит действенной профилактикой развития рака яичников. Работы, посвященные изучению репродуктивной функции женщин после консервативных операций на яичниках, немногочисленны. Исследования Н. И. Егоровой (1966) свидетельствуют о том, что удаление одного яичника небезразлично для организма женщины, оно может вызвать расстройства нейроэндокринной регуляции с нарушением менструальной и репродуктивной функций. На необходимость максимального консерватизма при операциях на яичниках по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований у женщин репродуктивного возраста указывают и другие авторы [2, 3].

Нами проведен анализ клинических наблюдений на отдаленных сроках (до 10 лет) состояния генеративной функции у 145 женщин в возрасте от 19 до 40 лет, оперированных по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. По морфологической структуре опухоли были разнообразными. Зрелая тератома (дермоидная киста) выявлена у 62 (42,8%) женщин, муцинозная цистаденома и аденофиброма — у 14 (9,7%), серозная цистаденома — у 38 (26,2%), эндометриоидная опухоль яичника — у 11 (7,6%), гранулезоклеточная опухоль — у 3 (2,0%), текома — у 1 (0,7%), липоидоклеточная — у 1 (0,7%), опухолевидные образования — у 15 (10,3%) больных. Односторонняя опухоль была у 56 (38,6%), двусторонняя — у 89 (61,4%).

До операции почти у каждой четвертой пациентки была нарушена менструальная функция (нерегулярные менструации, мено- или метроррагия). У больной с липоидоклеточной опухолью кровянистые выделения из половых путей до овариэктомии продолжались 2,5 года. 12 обследованных не жили половой жизнью, 23 страдали первичным бесплодием, у остальных было от 1 до 12 беременностей.

Удаление придатков матки с одной стороны произведено у 68 больных, удаление их с одной стороны и резекция второго яичника — у 57, резекция одного яичника — у 12, обоих яичников — у 8 женщин. Следовательно, у большой группы женщин,