

С. А. КУРДИЯН

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ И ГИДРОТУБАЦИИ ПРИ БЕСПЛОДИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

224 больным в условиях амбулатории проведена гистеросальпингография и 63 больным с непроходимостью маточных труб—лечение гидротубацией. Результаты лечения оценивались на основании данных контрольной гистеросальпингографии. Проприходимость маточных труб восстановилась в 42,8% случаев. Высказывается мнение о том, что гистеросальпингография и гидротубация доступны в условиях амбулатории и при правильной технике проведения безопасны.

Одним из наиболее точных методов диагностики трубного бесплодия является гистеросальпингография, диагностическая ценность которой состоит не только в определении наличия проприходимости маточных труб, но и в возможности определения точной локализации непроходимого участка, от чего во многом зависит выбор метода лечения. В некоторых случаях благодаря гистеросальпингографии удается выявить изменение формы и положения матки, уродства и аномалии развития внутренних половых органов, субмукозные новообразования полости матки, могущие быть причиной бесплодия, и др. Повторное применение гистеросальпингографии позволяет учитывать результаты лечения при трубном бесплодии.

Учитывая, что более половины всех причин бесплодия женщин зависит от непроходимости маточных труб: М. Г. Сердюков [10]—65%, М. Н. Побединский [8]—77,5%, Я. И. Русин [9]—83%, А. Э. Мандельштам [5]—92%, применение гистеросальпингографии в условиях женской консультации позволит разгрузить стационары и даст возможность оказать помощь многочисленному контингенту бесплодных женщин.

Проприходимость маточных труб у женщин, страдающих бесплодием, варьирует в широких пределах. Так, в исследованиях Мебиуса по гистеросальпингографии [13] она составляет 72,3%, М. М. Абрамовой [1]—36,7%, Я. И. Русина [9]—16%.

Начиная с 1956 г. нами производилась гистеросальпингография в условиях амбулатории с применением 30%-ного йодолипола.

Принимая во внимание, что в первой фазе менструального цикла (до 10—15 дней) бывает спазм маточных труб [1, 13], создающий впечатление непроходимости, особенно у первично бесплодных, мы на 18—20-й день менструального цикла проводили гистеросальпингографию с введением в некоторых случаях ежедневно внутримышечно за 5 дней до исследования 10 мг прогестерона.

Все больные подвергались клиническому и лабораторному обследованию в условиях женской консультации, что позволяло исключить противопоказания к гистеросальпингографии. Осложнений не наблюдали.

Нами произведена гистеросальпингография у 224 больных, из них первичное бесплодие отмечено у 132 (58,9%), вторичное—у 92 (41,1%). В возрасте до 20 лет было 28 больных, от 21 года до 25 лет—58, от 31 до 35—82, от 36 до 40 лет—53, старше 40—3.

Длительность бесплодного брака составляла: до 3 лет—44 женщины (19,7%), от 4 до 7 лет—96 (42,9%), от 8 до 10 лет—67 (29,9%) и свыше 10 лет—17 (7,5%). 72 женщины (36,6%), кроме жалоб на бесплодие, отмечали боли в пояснице и нарушение менструальной функции.

Среди 224 обследованных у 21 из них обнаружена затрудненная проходимость обеих труб и у 14—одной трубы. Трубы оказались проходимыми с обеих сторон у 44 больных, у 8 из них были удлинены, извиты и подтянуты кверху или за матку, у остальных в большинстве отмечались инфантильные или гипопластичные матки. Таким образом, проходимость труб на нашем материале наблюдалась в 79 случаях (35,1%). Полная двусторонняя непроходимость оказалась у 108 (48,2%). Непроходимость труб локализовалась в ампулярном отделе в 43 случаях (39,8%), из них в 19 обнаружен гидросальпингс, в интерстициальном—в 42 (38,8%), истмическом—в 7 (6,4%). У 16 больных (15%) непроходимость одной трубы локализовалась в ампулярном, другой в интерстициальном или истмическом отделах. У 37 больных отмечалась односторонняя непроходимость, чаще в интерстициальной части.

В ряде случаев (134) в целях диагностики проводилась также пертубация. При этом выяснилось, что методом гистеросальпингографии проходимость маточных труб была обнаружена чаще, чем пертубацией.

Успех лечения женского бесплодия во многом зависит от правильной и своевременной диагностики, а также от своевременного лечения. К сожалению, как это выявлено из данных анамнеза, большинство больных получали то или иное противовоспалительное лечение без своевременной гистеросальпингографии.

Обычные консервативные методы лечения недостаточно эффективны, в особенности при непроходимости в абдоминальном отделе. При непроходимости труб в абдоминальном отделе с обеих сторон или интерстициальном отделе с одной стороны мы в условиях женской консультации проводили лечение гидротубацией, т. е. введением в матку лечебных жидкостей под давлением. В литературе [2, 3] имеются указания о возможности применения гидротубации в амбулаторных условиях. Для гидротубации большинство авторов [2, 10] пользуется аппаратом для продувания труб системы «Красногвардеец» с некоторыми модификациями. В последние годы применяют гидротубацию антибиотиками в сочетании с лидазой (для усиления проницаемости тканей), с гидрокортизоном, которому приписывают противовоспалительное действие.

В отечественной и зарубежной литературе имеется ряд сообщений об эффективности этого вида лечения при некоторых видах непроходимости

маточных труб [2, 3, 6, 7, 11, 12, 14 и др.]. Чаще всего при гидротубации пользуются следующим составом лекарственных веществ: пенициллин 200—300 тыс. ед., стрептомицин—250 тыс. ед., лидаза—64 ед., гидрокортизон—25 мг на 4—5 мл физиологического раствора или 0,25%-ного раствора новокаина.

Мы начинали лечение с инстиляции в полость матки шприцем «Рекорд» со специальной насадкой указанной выше смеси антибиотиков, лидазы, гидрокортизона в растворе 0,25%-ного новокаина (чтобы не вызвать сокращения маточных труб). Затем с помощью аппарата для продувания труб вводили те же лечебные препараты, увеличивая дозу до 40—50 мл и постепенно повышая давление до 80—100 мм рт. ст.

Применяя гидротубацию, необходимо учитывать противопоказания (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, выраженная гипертония).

Указанная методика гидротубации применялась нами в 63 случаях непроходимости труб в абдоминальном и частично интерстициальном отделах. Проводили 3—4, а иногда и 5 гидротубаций через два—три дня. Критерием оценки проходимости маточных труб явилась повторная гистеросальпингография, которую мы производили после окончания второго курса лечения. Пройодимость восстановлена в 27 случаях (42,8%). Осложнений не наблюдалось.

Восстановление проходимости маточных труб, по данным отдельных авторов [2, 6, 8, 11, 14 и др.], отмечалось в 20—48%, а частота наступления беременности при непроходимости труб в 11 случаях (40,7%).

Следует отметить, что гистеросальпингография благотворно влияет при затрудненной проходимости маточных труб [4]. В ряде случаев после гистеросальпингографии у наших больных наступала беременность.

В ы в о д ы

1. Гистеросальпингография является наиболее точным методом диагностики женского бесплодия, дающим представление об анатомическом состоянии матки и функциональном состоянии маточных труб.

2. Метод гистеросальпингографии доступен в условиях женской консультации и при правильной технике проведения безопасен.

3. По нашим и литературным данным, в результате лечения непроходимости труб гидротубацией восстанавливается или значительно улучшается проходимость маточных труб, что создает предпосылку для наступления беременности.

Ս. Ա. ՔՈՒՐԴՅԱՆ

ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ՀԻՍՏԵՐՈՍԱԼՊԻՆԳՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ԵՎ
ՀԻՐՐՈՏՈՒՐԱՅԻԱՅԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՓՈՐՁԸ

Ա մ փ ո ւ մ

Հոգվածում շարադրված է ըբերության ժամանակ կանանց կոնսուլտացիայում ամբուլատոր պայմաններում հիստերոսալպինգոգրաֆիայի և հիդրոտուրացիայի կիրառման փորձը:

Հիստերոսալպինգոգրաֆիայի է ենթարկվել 224 հիվանդ, 79 հիվանդի մոտ (35.1%) հղել է արգանդի փողերի անանցանելիություն, 108 հիվանդի մոտ (48.2%)՝ լրիվ երկկողմանի անանցանելիություն, մնացած դեպքերում դիտվել է փողերի տարբեր մասերի միակողմանի անանցանելիություն:

Համեմատական ախտորոշման համար որոշ կանանց մոտ (134) կատարվել է պերետուրացիա:

Փողերի անանցանելիության 63 դեպքերի ժամանակ արմինալ շրջանում կատարվել է հիդրոտուրացիա: Բուժման կուրսը վերջացնելուց հետո 52 դեպքում կատարվել է կրկնակի հիստոսալպինգոգրաֆիա. անանցանելիությունը վերականգնվել է 27 դեպքում (42,8%), 11 հիվանդներ (40,7%), որոնք ունեցել են փողերի անանցանելիություն, հիդրոտուրացիայից հետո հղիացել են:

Համապատասխան պայմանների առկայության դեպքում, կանանց կոնսուլտացիայում ամբուլատոր պայմաններում հիվանդներին հիստոսալպինգոգրաֆիա և հիդրոտուրացիա կատարելը թույլատրելի է և անվտանգ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамова М. М. Атлас гистеросальпингографии. М., 1963.
2. Иванов А. А. Труды Государственного научно-исследовательского института физиологии и патологии женщины, т. I. Тбилиси, 1960, стр. 432.
3. Кошелева Н. Г. Вопросы охраны материнства и детства, 1966, 3, стр. 58.
4. Маршалек Я. и Женишек Л. Рентгенодиагностика заболеваний женской половой сферы. Прага, 1963, стр. 243.
5. Мандельштам А. Э. Функциональная диагностика в гинекологии. Л., 1947.
6. Никулин П. П. Сборник трудов Института акушерства и гинекологии МЗ РСФСР. М., 1960, стр. 227.
7. Никулин П. П. Акушерство и гинекология, 1967, 7, стр. 22.
8. Побединский М. Н. Бесплодие женщин. М., 1949.
9. Русин Я. И. Контрастная рентгенография в гинекологии. М., 1959, стр. 93.
10. Сердюков М. Г. Акушерство и женские болезни, 1927, 1, стр. 29.
11. Эрисави Э. А. Тезисы докладов I научной конференции Института акушерства и гинекологии Грузинской ССР. Тбилиси, 1962, стр. 122.
12. Moraes A. Gynec. et obstet., 1958, 57, 3, 244.
13. Möbius W. Zbl. Gynäk., 1959, 39, 1537.
14. Sorment H., Felca A., Guerry. Bull. Féd. Soc. Gynec. Obstet. franc., 1970, 22, 1, 76.