

С. А. КУРДИЯН

О ЛЕЧЕБНОМ ДЕЙСТВИИ ЙОДЛИПОЛА И ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ ПРИ БЕСПЛОДИИ ЖЕНЩИН

В работе приведены данные клинического наблюдения лечебного действия 30%-ного йодлипола при бесплодии женщин и, в частности, при непроходимости маточных труб. Йодлипол применяли методом гидротубации по видоизмененной автором методике. Одновременно приводятся данные о терапевтическом эффекте гистеросальпингографии.

Основным и наиболее точным методом выявления причин женского бесплодия, дающим достаточно полные сведения об анатомическом и функциональном состоянии матки и маточных труб, является гистеросальпингография.

Согласно данным большинства авторов [1, 9, 12, 13, 15—18, 25 и др.], основной причиной женского бесплодия является непроходимость маточных труб (65—92%).

Широкое применение гистеросальпингографии позволяет не только определить проходимость маточных труб, но и выяснить, какая труба и в какой части непроходима, иными словами дает точную локализацию непроходимого участка, от чего во многом зависит выбор метода лечения.

Необходимость применения метода гистеросальпингографии при бесплодии женщин диктуется еще и тем, что ряд авторов [6, 7, 10, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 28 и др.] приписывают ему терапевтический эффект. Так, по некоторым данным [7, 13, 15, 21, 26, 27 и др.], беременность наступает в 10—35% случаев, по данным Крезе [24] — в 40%. Я Маршалек и Л. Женишек [20] отмечают наступление беременности после гистеросальпингографии в 5% случаев.

Механизм лечебного действия гистеросальпингографии основывается на сочетании факторов: расширение канала шейки матки, удаление слизистой пробки из цервикального канала. Некоторые авторы [16, 17, 19, 23, 27, 29 и др.] эффект действия сальпингографии объясняют механическим действием контрастного масла, способного разъединять небольшие рыхлые спайки.

Определенное значение имеет противомикробное и противовоспалительное действие йодсодержащих веществ, которые в небольших дозах оказывают свое влияние на функцию яичников нейрогуморальным путем. Терапевтический эффект обуславливается также рентгеновскими лучами. Йодлипол, оказывая раздражающее влияние на многочисленные баро-, хемо-, термо- и механорецепторы, находящиеся в слизистой оболочке стенки матки и маточных трубах, вызывает тем самым

повышение нервномышечного тонуса женского полового аппарата, усиливая его рефлекторную возбудимость [2, 5, 11, 14 и др.].

В условиях амбулатории нами произведена гистеросальпингография у 224 больных с применением 30%-ного йодлипола. Исходя из того, что в первой фазе менструального цикла (до 10—15 дней) бывает спазм маточных труб [1, 25], создающий впечатление непроходимости, чаще всего у первично бесплодных, мы проводили гистеросальпингографию на 18—20-й день менструального цикла. В некоторых случаях за 5 дней до гистеросальпингографии вводили ежедневно в/м 10 мг прогестерона.

До гистеросальпингографии с целью исключения противопоказаний все больные подвергались клиническому и лабораторному обследованию.

Первично бесплодными из числа обследованных нами больных оказалось 132 (58,3%), вторично — 92 (41,1%). Возраст больных: до 20 лет — 28, от 21 до 25 — 58, от 31 до 35 — 82, от 36 до 40 — 53, старше 40 — 3 больных. Бесплодием страдали до 3 лет — 44 (19,7%) женщины, от 4 до 7 лет — 96 (42,9%), от 8 до 10 — 67 (29,9%) и свыше 10 лет — 17 (7,5%). Часть больных (72; 36,6%) отмечала боли в пояснице и нарушение менструального цикла.

Среди прошедших гистеросальпингографию из 224 у 21 обнаружена затрудненная проходимость обеих труб и у 14 — одной трубы. Трубы оказались проходимы с обеих сторон у 44 больных, причем у 8 трубы были удлинены, извиты и подтянуты кверху за матку. Таким образом, число случаев с проходимостью маточных труб на нашем материале составляет 79 (35,1%). Полная двухсторонняя непроходимость оказалась у 108 (48,2%). Непроходимость труб локализовалась в ампулярном отделе в 43 (39,8%) случаях, из них в 19 обнаружен гидросальпинкс в интерстициальном — в 42 (38,8%), в истмическом — в 7 (6,4%). У 16 (15%) непроходимость одной трубы локализовалась в ампулярном, другой в интерстициальном или истмическом отделе. У 37 больных отмечалась односторонняя непроходимость, чаще в интерстициальной части.

При трубном бесплодии в последние годы применяют гидротубацию лекарственной смесью из антибиотиков (пенициллин, стрептомицин), гидрокортизона, лидазы. Однако имеются данные о том, что при использовании высоких концентраций антибиотиков создаются условия для образования спаек [3, 5, 8].

При непроходимости маточных труб у 82 больных мы применили гидротубацию 30%-ным йодлиполом по следующей методике. Захватив переднюю губу шейки матки пулевыми щипцами и наложив шелковую лигатуру на шейку матки между внутренним и наружным зевом, в полость матки шприцем «Рекорд» со специальной насадкой вводили йодлипол в количестве 6—10 мл. После гидротубации лигатуру на шейке матки затягивали в узел, который снимали через 5—12 ч. Гидротубацию проводили с интервалом 2—3 дня. 22 женщинам было прове-

дено по 5 гидротубаций, 36 — по 6—7, 16 — по 8—9, 10 больным гидротубацию производили в течение двух менструальных циклов.

В результате проведенного лечения из 82 больных проходимость маточных труб выявлена у 46 (56,1%). У 36 (43,9%) женщин, несмотря на лечение, проходимость маточных труб не была восстановлена.

После лечения больные находились под наблюдением в течение 1—3 лет. Из 46 женщин имели беременность 28 (60,9%). У 19 беременность закончилась срочными родами, у 9 имели место преждевременные роды и самопроизвольный выкидыш.

Мы проводили наблюдение за 79 больными с проходимыми и частично непроходимыми маточными трубами в течение 3 лет после гистеросальпингографии. Беременность наступила у 13 (16,4%) женщин: у 5 беременность наступила спустя 3—4 месяца, у 6 — до года и 2 женщины забеременели на втором году после гистеросальпингографии. Беременность закончилась нормальными срочными родами у 9 женщин, 2 имели роды недоношенным плодом и у 2 женщин беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в первом триместре.

Наши наблюдения позволяют заключить, что гистеросальпингография является одним из точных методов выявления причин женского бесплодия.

Применение гидротубации с использованием 30%-ного йодлипола является достаточно эффективным видом терапии у больных с трубным бесплодием.

Гистеросальпингография благотворно влияет при затрудненной проходимости маточных труб и в ряде случаев (16,4%) оказывает терапевтический эффект, способствуя наступлению беременности.

Абовянская районная больница

Поступила 12/IV 1972 г.

У. А. ՔՈՒՐԵԱՆ

ՅՈՒՐԻՊՈՒԻ ԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱԶԻԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԵՎ
ՀԻՍՏԵՐՈՍԱԼՊԻՆԳՐԱՖԻԱՅԻ ՔԵՐԱՊԵՎՏԻԿ ԷՖԵԿՏԸ ԿՆՈՋ
ԱՆՊՏՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. Ա. Ք Ո Ւ Ր Ե Ա Ն

Հոդվածում շարադրված հիստերոսալպինգոգրաֆիայի փորձերը նպատակ ունեն պարզաբանելու կնոջ անպտղության պատճառները: Այդ նպատակով 224 անպտուղ կանանց կատարվել է սալպինգոգրաֆիա: Արգանդային փողերը անցանելի են եղել 79 (35,1%) կանանց մոտ, լրիվ երկկողմանի անանցանելիություն եղել է 108 (48,2%) դեպքերում: Մնացած դեպքերում առկա է եղել արգանդային փողերի տարբեր հատվածների միակողմանի անանցանելիություն: Արգանդային փողերի անանցանելիության ժամանակ հեղինակը 82 հիվանդների մոտ օգտագործել է 30%-անոց յոդլիպոլ իր մշակած մեթոդով: Արգանդային փողի անանցանելիություն եղել է նրանցից 46-ի մոտ (56,1%), իսկ 36 կանանց մոտ (43,9%), չնայած տարված բուժ-

մանը, արգանդային փողերի անցանելիությունը չի վերականգնվել, կանանցից 28-ը հղիացել են և ծննդաբերել:

Հաշվի առնելով հիստերոսալպինգոգրաֆիայի թերապևտիկ արդյունքները, հեղինակը բերում է իր 3 տարվա հսկողության տվյալները 79 դեպքերում (35,1%), Հետագա ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ 13 կանայք (16,4%) հղիացել են, որոնցից 5-ը՝ մոտակա 3—4 ամսում, 6-ը՝ մինչև 1 տարի և 2-ը՝ հիստերոսալպինգոգրաֆիայից 2 տարի հետո: Հղիությունն ավարտվել է վաղաժամ ծննդաբերությամբ 2-ի, շուտափուլի՝ 9-ի մոտ, իսկ 2-ի մոտ վերջացել է ինքնուրույն վիժումով առաջին եռամսյակում:

30%-անոց յոդալպալի օգտագործումը հիդրոստոմալաֆիայի նպատակով, արգանդային փողերի անանցանելիության դեպքերում համարվում է թերապևտիկ բավարար էֆեկտիվ միջոցներից մեկը:

Հիստերոսալպինգոգրաֆիան ունի թերապևտիկ էֆեկտ և շատ դեպքերում նպաստում է հղիանալուն:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамова М. М. Атлас гистеросальпингографии. М., 1963.
2. Айрапетянц Э. Ш., Крижановская Е. Ф. Сборник научных трудов Центрального института акушерства и гинекологии. М., 1947, 10, стр. 33.
3. Вартапетов Р. А. Акушерство и гинекология, 1953, 5, стр. 66.
4. Васильев Б. М. Вестник хирургии, 1959, 8, стр. 101.
5. Гамбашидзе С. К. Материалы к физиологии нейрорецепторов половой сферы. Тбилиси, 1951.
6. Енгоян А. Е. Вопросы практической медицины. Орел, 1962, стр. 238.
7. Иванов А. А. Акушерство и гинекология, 1948, 3, стр. 41.
8. Кац С. А. Вестник хирургии, 1962, 7, стр. 69.
9. Курдиян С. А. Вопросы охраны материнства и детства, 1971, 9, стр. 89.
10. Курдиян С. А. Журнал экспериментальной и клинической медицины АН АрмССР, 1972, 12, 3, стр. 59.
11. Лотис В. М. Автореферат дисс. докт. М., 1955.
12. Майзель Е. П. Клиника и терапия бесплодия женщины. Л., 1965.
13. Мандельштам А. Э. Функциональная диагностика в гинекологии. Л., 1947.
14. Нешиков Н. С., Кукурекин Ю. В. Врачебное дело, 1972, 2, стр. 49.
15. Побединский М. Н. Бесплодие женщины. М., 1949.
16. Русин Я. И. Труды Воронежского медицинского института, 1935, 4, стр. 65.
17. Русин Я. И. Контрастная рентгенография в гинекологии. М., 1953.
18. Сердюков М. Г. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, 1, стр. 23.
19. Томенко К. Т. Тезисы докладов молодых научных работников Куйбышевского медицинского института, 1957, стр. 51.
20. Маршалек Я. и Женишек Л. Рентгенодиагностика заболеваний женской половой сферы. Прага, 1963.
21. Bonnet L. Gynec. et obstet., 1934, 53, 4, 491.
22. Jezková Z., Svoboda M. Fortscher. Rontgenstr., 87, 57, 1957.
23. Fuchs U., Mschr F. Geburtsh. u. Gynec., 1927, 15, 1—2.
24. Krese H. Zbl. Gynäkol., 1951, 38, 1473.
25. Möblus W. Zbl. Gynäkol., 1959, 39, 1537.
26. Palmer A. Fertile and sterile., 1960, 11, 3, 311.
27. Rubin J. Uterotubal insuffection, 1947.
28. Rieppi G., Tosobiani G. C., Tasini T. Monit obstet. gynec., 1965, 36, 6, 789.
29. Selehelm H. Geburtsh u. Gynec., 1927, 1, 17.