

жали гидротубацию через протектор, который затем удалялся. После снятия брюшностеночных швов на восьмые сутки приступали к проведению гидротубаций через матку. При удовлетворительном состоянии больных на 18—24 сутки после операции была произведена гистеросальпингография, на которой у 10 больных выявлена проходимость маточной трубы.

Следовательно, операции при придатковых воспалительных опухолях, с оставлением вторых придатков и затем проведении гидротубаций через протектор, позволяють сохранить проходимость маточной трубы, тем самым в определенной степени осуществить реабилитацию генеративной функции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Акуиц К. Б. Сов. медицина, 1966, № 11, с. 125—128.
2. Акуиц К. Б. Акуш. и гин., 1965, № 4, с. 120—124.
3. Григорьев Б. А. Акуш. и гин., 1968, № 2, с. 76—79.
4. Давыдов С. Н. Трубное бесплодие, М., 1977.
5. Мацуев А. И., Акуш. и гин., 1965, № 4, с. 147—148.
6. Мацуев А. И. Казанский мед. журн., 1966, № 3, с. 55—56.
7. Comel V.—J. reprod. Med., 1977, 18, 4, 181—190.
8. Stromme W. B.—Obstetr. and Gynecol., 1973, 41, 2, 215—223.

*С. А. ЗАЙКОВ, В. И. КОПОВАЛОВ*

### ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ КАК РЕЗУЛЬТАТ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАВШИХ БЕСПЛОДИЕМ

На фоне наметившейся тенденции к стабилизации рождаемости огромное значение имеет реабилитация больных бесплодием, а также лечебные мероприятия, направленные на сохранение беременности, оптимально благоприятное родоразрешение беременных женщин, страдавших бесплодием [10, 11, 12, 13, 14]. В г. Свердловске, в одном из немногих городов РСФСР, для этой цели организован специализированный медицинский центр, условно названный кабинетом «Семья и брак». О его организационных основах и работе сообщал И. И. Бенедиктов [2].

Нами проведен анализ течения беременности и родов у 63

женщин, лечившихся от бесплодия различной этиологии. В возрасте до 30 лет было 35 женщин, старше — 28. Наступление беременности в позднем возрасте связано с тем, что продолжительность бесплодия у большинства была от 5 до 10 лет. 38 женщин страдали первичным бесплодием и 25 — вторичным. С начала лечения до наступления беременности прошло от 2 до 5 лет у 40 женщин и более 5 — у 23.

Становление менструальной функции было нормальным у 42 больных. В дальнейшем, через 2—4 года, у них стали появляться нарушения полового цикла различного характера: ановуляторные циклы были у 11 больных, недостаточность первой фазы — у 5, второй фазы у 6 больных. У 20 женщин этой группы имели место различные клинические проявления патологии половых циклов — гиперполименорея, олигоопсоменорея, нерегулярные менструации и т. д. У 21 женщины имело место запоздалое появление менструаций.

Причиной бесплодия у 34 больных были гипофункция яичников, у 12 — непроходимость труб, у 14 — фибромиома матки, у 9 — общая эндокринная патология.

Обследование и лечение больных различными формами бесплодия проводилось по методикам, применяемым в нашем гинекологическом эндокринологическом центре [2, 3, 4, 5, 6, 7, 9]. Подробно об этом сказано в других статьях данного сборника трудов. Большинство женщин лечились консервативным методом. Операции перенесли 6 больных склерокистозом яичников и 2 — фибромиомой матки.

Течение беременности в первой половине ее у 24 больных сопровождалось явлениями угрожающего выкидыша. Во второй половине беременности 48 женщин поступили в стационар с угрозой преждевременных родов. 15 беременных перенесли токсикоз. Наибольшая частота осложнений наблюдалась в группе больных фибромиомой матки и гипофункцией яичников.

Роды начались спонтанно у 57 женщин, у 6 произведено родовозбуждение по Бечбуку в комбинации с рефлексотерапией. Трех женщинам проведено оперативное родоразрешение в плановом порядке по комплексным показаниям. Четыре роженицы разрешены кесаревым сечением в связи со слабостью родовой деятельности и пять — вследствие угрожающей асфиксии плода. Самостоятельно закончились роды у 51 роженицы. Кровопотеря в родах у большинства не превышала 0,5% к массе тела и только при кесаревом сечении у 3 женщин, страдавших

гипофункцией яичников, и у 3 с фибромиомой матки кровопотеря составила 0,8—1% к массе тела.

Статистический анализ массы тела плода, состояния новорожденных с оценкой по Апгар в связи с продолжительностью родов и по группам женщин, ранее имевших ту или иную патологию, определившую бесплодие, не выявил достоверных различий изучаемых показателей. Фактическое снижение массы тела новорожденных в группе страдавших эндокринными заболеваниями (зоб, гипотиреоз, Адиссонова болезнь), является закономерным и обусловлено тяжестью основных заболеваний.

Перинатальной и ранней детской смертности в наблюдаемой группе не было.

По данным К. Б. Акунц и Ф. Л. Хайрулиной [1] наиболее частой причиной бесплодия были воспалительные заболевания, по нашим данным — гипофункция яичников. Возможно это связано со спецификой работы центра по бесплодию и более детальной топической диагностикой причин бесплодия. Анализируя течение беременности и родов у женщин, страдавших бесплодием, Ф. Л. Хайрулина [8] отметила перинатальную смертность в 5,7% или в 4 раза выше, чем в контрольной группе. У наблюдаемых нами рожениц перинатальной смертности не было. Этот факт можно объяснить следующим. Снижение перинатальной смертности в нашей клинике произошло в результате расширения показаний к кесареву сечению, особенно у больных, страдавших бесплодием. Операции проводились по комплексным показаниям. Это такие показания со стороны матери и плода, которые в «отдельности не были бы достаточны, и только в сочетании друг с другом диктуют необходимость оперативного родоразрешения. Так, например, дородовое отхождение вод, отсутствие эффекта от родовозбуждения, пожилой возраст первородящей, имевшей бесплодие и лечившейся от него, могут быть показанием к операции» [4].

В клинике существует установка решать вопрос об оперативном родоразрешении при отсутствии эффекта от одного тура родовозбуждения или родоусиления. Подобная тактика ведения родов у страдавших бесплодием привела не только к отсутствию смертности среди новорожденных, но и исключила такие операции, как наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора. Если раньше затяжные роды встречались в 8,7% [1], то мы имеем только 2%. Это связано с проведением реабилитационных мер во время беременности, о чем подробно сказано в других статьях данного сборника трудов. Беременные женщины,

страдавшие бесплодием, нуждаются в проведении реабилитационного лечения в женской консультации и периодической госпитализации, особенно в угрожаемые сроки и независимо от причины бесплодия. Оперативное родоразрешение кесаревым сечением у женщин, страдавших бесплодием, должно быть значительно расширено. Кесарево сечение при гипофункции яичников, фибромиоме матки, экстрагенитальных эндокринных заболеваниях сопровождается повышенной кровопотерей, поэтому эта операция должна проводиться врачами, хорошо владеющими ее техникой, и обязательно в сочетании с гемотранфузией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Акунц К. Б., Хайрулина Ф. Л. *Вопр. охр. мат.*, т. 14, 1969, № 6, с. 65—67.
2. Бенедиктов И. И. *Акуш. и гин.*, 1977, № 10, с. 57.
3. Бенедиктов И. И. *Лечение больных фибромиомой матки. Метод. руковод.*, Свердловск, 1979.
4. Бенедиктов И. И. *Кесарево сечение. Метод. рекоменд.*, Свердловск, 1979.
5. Карасев В. А., Коновалов В. И. В кн.: *Тезисы докладов второй научно-практической конференции врачей Городской клинической больницы № 40, Свердловск, 1980, с. 54—55.*
6. Позина В. Н., В кн.: *Тезисы докладов второй научно-практической конференции врачей Городской клинической больницы № 40, Свердловск, 1980, с. 63—64.*
7. Скорнякова М. Н. и соавт. В кн.: *Тезисы докладов второй научно-практической конференции врачей Городской клинической больницы № 40, Свердловск, 1980, с. 42—43.*
8. Хайрулина Ф. Л. *Течение беременности и родов у женщин, страдавших бесплодием. Автореф. канд. диссертации, М., 1969.*
9. Цуцор В. Б., Бенедиктов Д. И. В кн.: *Тезисы докладов второй научно-практической конференции врачей Городской клинической больницы № 40, Свердловск, 1980, с. 52—53.*
10. Döring G. E. et al.—*Fortschr. Med.*, 1974, 92, 6, 225—228.
11. Georgiades E. et al. *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, 1973, 33, 12, 983—987.
12. Zuch M. et al.—*Wiad. Lek.*, 1978, 31, N 22, 1593—1596.
13. Pavalka R. et al.—*Wien. med. Wschr.*, 1980, 130, N 6, 214—217.
14. Poulson A. M., Bryner W. A.—*Obstet. a. Gynec.*, 1977, 49, 2, 174—179.