НАШИЯТ ОПИТ В ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА ТУБАРНИЯ СТЕРИЛИТЕТ

Д. Димов, В. Ангелова

Безплодието в семейството, свързано с увеличението на раждаемостта в страната, излиза от рамките на чисто семейните интереси и прераства в обществен и национален проблем, който стои пред акушер-гинеколозите с цялата си тежест.

Точни данни за броя на стерилните семейства в страната все още няма. Стаматов (7) сочи среден процент от 10 на сто от всички бракове Папазов (2) при анкетирани 100 000 души установява 944 жени със стерилитет. Щъркалев и др. (8) сочат около 10—15% безплодни бракове.

Като най-чести етиологични фактори, увреждащи маточните тръби, различните автори сочат стафилококите, стрептококите, гонококите и по-рядко туберкулозния бактерий [Bickenbach и Döring (9), Побединский (5)]. Според Майзел (4) при прекарани възпалителни заболявания непроходимостта на маточните тръби се среща в 67—72% от заболелите. Според Rajhvajn и др. (12) абортите са една от честите причини за вторичния стерилитет.

Диагностицирането на тубарния стерилитет въпреки постиженията на медицинската наука понякога не е съвсем леко. Необходима е преди всичко задълбочена и щателна анамнеза.

Бимануалното изследване на тръбите обикновено показва неголеми изменения на същите. Побединski (5) при 18,8% при първичен стерилитет и при 15,9% при вторичен не намира никакви изменения на тръбите, които по-късно се установяват при инсуфлация или хистеросалпингография.

За определяне на състоянието на маточните тръби в гинекологичната практика широко са разпространени кимографската инсуфлация, хистеросалпингографията, тестът на Speck, способът на Poradowsky, способът на Döderlein — Mestwerdt — Beck и тестът на Hinselmann — Beckmann (HB-тест). Опасност при прилагането на тия способи от усложнения при наличието на съвременните антибиотици и при спазване на правилата на антисептиката и асептиката практически не съществува. J. Meškov (10) съобщава, че при прилагането на HB-теста не е имал нито едно усложнение.

Лапароскопията, комбинирана с едновременна хидротубация с метиленово синьо, според Petrovic (11) е много добър способ за изследване проходимостта на тръбите.

Един от основните фактори при тубарния стерилитет е непроходимостта на тръбите. По данни на Майзел (4), Щъркалев (8) и Побединski (5) непроходимост на тръбите при стерилни жени се среща в 45 до

80,5%. Николов, Папазов (3) съобщават, че в 40 до 50% от безплодните бракове причината е от тубарен произход.

Инсуфлацията и хистеросалпингографията освен като диагностични методи имат и терапевтичен ефект. Майзел (4) съобщава, че след персуфлация на непроходими тръби настъпило забременяване в 7,3%, при проходими — в 23,1%, при спазъм — в 19,6% и при частична непроходимост — в 18, 6%.

По данни на Мажбиц (цитат по Побединski) след балнеотерапия проходимостта на тръбите се възстановява в 15—18%, а забременяване настъпило в 8 до 10% от лекуваните. Лесной (по Побединski) съобщава, че след калолечение в 5% от лекуваните установил забременяване. Атанасов (1) съобщава, че при 70 жени с тубарен стерилитет, лекувани с поморийска кал, не е настъпило нито едно забременяване.

Като крайна мярка в съображение идва оперативното лечение. Siegler (по Майзел) (6) съобщава, че след пластични операции в 22,6% от операциите е настъпило забременяване.

Разглеждайки въпроса за тубарния стерилитет, особено при изграждане на диагнозата и лечебния план, ние сме длъжни да се съобразяваме дали се касае за първичен или вторичен такъв, особено при изграждане плана на лечението. По данни на Щъркалев и др. (3) и на Папазов и др. (2) първичният стерилитет се среща в 70—72% от наблюдаваните от тях случаи, докато Побединский (8) и Розовски (7) съобщават съответно за 43 и 47%.

Ние смятаме, че вторичният стерилитет се среща много по-често, но болшинството от семействата желаят или се задоволяват само с едно дете и не търсят лекарска помощ за повторно забременяване.

Материал

От 800 картотекирани стерилни семейства в кабинета за борба със стерилитета при акушер-гинекологичното отделение — болница Варна, 300 случая са с тубарен стерилитет.

По възраст се разпределят, както следва:

Таблица 1

Група	Брой	%
До 25 г.	71	23,7
От 26 до 30 г.	86	28,6
От 31 до 35 г.	96	32,0
От 36 до 40 г.	45	15,0
Над 40 г.	2	0,7
Всичко:	300	100,0

Продължителност на стерилитета:

Таблица 2

Група	Брой	%
I. До 5 г.	99	33
II. От 6 до 10 г.	96	32
III. От 11 до 15 г.	72	24
IV. Над 15 г.	33	11
Всичко:	300	100

От приведените данни се вижда, че жените от първите три групи съставляват 84,3% от общия брой на картотекираните жени с тубарен стерилитет.

От табл. 2 се вижда, че жените със стерилитет над 5 години са наймного, което поради дълготрайността на етиологичните фактори затруднява лечението и влошава резултатите.

Вид на стерилитета:

Таблица 3

Първичен	141 ж.	47%
Вторичен	159 ж.	53%
Всичко	300 ж.	100%

Аборти:

Таблица 4

Вид	Брой	%
Спонтанни	75	64,0
По желание	42	36,0
Всичко	117	100,0

Нашите данни показват, че процентът на първичния стерилитет е по-малък от тоя на вторичния, което обясняваме с увеличението на броя на абортите, и се потвърждава и от табл. 4. От жените с тубарен стерилитет 39% имат в анамнезата си прекаран аборт, като 36% от абортиралите са по желание.

Степен на измененията на тръбите преди лечението:

Таблица 5

Групи	Брой	%
I. Големи (по-големи от 1 напр. пръст)	1	0,4
II. Средни (колкото 1 напр. пръст)	17	5,6
III. Малки (колкото молив)	207	69,0
IV. Без изменения	75	25,0
Всичко	300	100,0

От данните на табл. 5 се вижда, че жените от трета група са наймного. Сравнително големият брой на измененията от IV гр. потвърждава мнението на Победински, че при голям брой от стерилните жени измененията в тръбите се откриват едва при инсуфлация или хистеросалпингография.

Проходимост на тръбите:

Таблица 6

Група	Случаи	%
I. Непроходими	175	58,3
II. Стеноза и съмнителни	72	24,0
III. Проходими	36	12,0
IV. Неизследвани	17	5,7
Всичко	300	100,0

В нашия материал преобладават жените с обтурация на тръбите, което, съпоставено с данните от табл. 2, е напълно обяснимо, тъй като жените с дълготраен стерилитет са 70%.

Сравнително малкият брой на жените без инсуфлация или хистеросалпингография се дължи на това, че при по-голяма част от тях до момента на обработката на материалите е имало противопоказания за тия изследвания, но във всички случаи е елиминирана друга етиология за безплодието.

В нашата практика при наблюдавания материал като диагностично средство сме направили 283 кимографски инсуфлации, 59 хистеросалпингографии и 39 хидротубации.

ЛЕЧЕНИЕ

Таблица 7

Медик.	Диатерм.	Хелиолеч.	Кало-водолечение	Парафинолеч.	Хидротубации
186 (62%)	192 (64%)	237 (79%)	179 (59%)	192 (64%)	39 (13%)

При лечението на нашите болни сме се съобразявали преди всичко със стадия на заболяването. В острия и подострия стадий прилагахме ударно комбинирано лечение с антибиотици и сулфонамиди и след стихване на процеса преминавахме, без да прекъсваме лечението, към физиотерапевтични процедури, като вида им определяхме според сезона и общото състояние на болните. В студените месеци назначавахме диатермия, парафинови влагалищни апликации, УВЛ, а през топлите сезони — слънце-кало-водолечение с минерална или затоплена морска вода.

Диатермия назначавахме — 20 последователни процедури. Хидротубациите правехме 3 месеца наред по 3—5 впръсквания, като паузите запълвахме с УВЛ. Поради благоприятните условия в нашия град през топлите месеци болните имаха възможност да правят до 40—50 слънчеви озарявания, но не по-малко от 20, по 12 калови апликации във форма на гащета, комбинирани едновременно с влагалищни калови тампони, и 6 водни процедури, по 1 след 2 калови апликации. Парафиновите влагалищни тампони назначавахме 20 дни наред. Хидротубациите правехме с антибиотици, дехидрокортизон и хилаза.

Редувайки отделните методи и средства или прилагайки според случая няколко едновременно, ние се стремяхме лечението да бъде непрекъснато и да не оставяме болната без терапия до получаване на забременяване или чувствително подобрение в гинекологичния статус. В последно време прилагаме и йонофореза, но малкият брой случаи не ни позволява да правим още изводи от нашия опит.

Резултати

Таблица 8

Забременели 71 жени — 23,6% от лекуваните

Група	случаи	%
I. Нормална бременност	42	59,1
II. Абортирали	9	12,7
III. Извънматочна бременност	20	28,2
Всичко	71	100,0

Публикуваните в литературата данни за резултатите от прилагането на отделни видове лечение, общо взето, са по-ниски от резултатите при прилагане на комплексно лечение. Като вземем предвид, че 42 жени от нашия контингент по една или друга причина прекъснаха лечението си, то резултатите фактически са по-високи.

Сравнително големия брой на извънматочните забременявания отдаваме на големия брой жени с дълготраен стерилитет, при които изменения в тръбите са по-значителни.

Изводи

1. Тубарният стерилитет у жената с нетуберкулозна етиология заема голям дял от стерилитета въобще.
2. Продължителността на стерилитета намалява възможността за излекуване и забременяване.
3. За предотвратяване на вторичния тубарен стерилитет е абсолютно необходимо прилагането на медикаментозна профилактика след абразио на маточната кухина.
4. Комплексното без прекъсване лечение дава много по-добри резултати, отколкото прилагането само на един вид лечение с големи паузи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанасов, Ат. Нашият опит от лекуването на тубарното безплодие с поморийска кал. — *Акуш. и гинек.*, С., 1965, 1.
2. Папазов Бр., Ат. Атанасов. Проучвания върху стерилитета у нас. — *Акуш. и гинек.*, С., 1965, 3.
3. Николов, Н., Бр. Папазов. Безплодието в семейството. Медицина и физкултура, С., 1960.
4. Майзель, Е. П. Клиника и терапия безплодия женщин, Л., 1965.
5. Побединский, М. Н. Бесплодие женщин. Медгиз, М., 1949.
6. Розовский, И. С. Диагностика бесплодия. Медгиз, М., 1961.
7. Стаматов, Д. Гинекология, 1956.
8. Щъркалев, Ил., Т. Ананиев, К. Мирков. 14 години отдел „Стерилитет" при Акушер-гинекологичната клиника на ВМИ „Майчин дом", София. — *Акуш. и гинек.*, С., 1964, 3.

9. Bickenbach, Werner — Gerd, K, Döring. Die sterilität der Frau, 1964.
10. Meškov, J. Ispitivanje pasaže tuba promocu Hinselmann — Beckmann — ovog testa. Deveta ginekoloska-akuserska nedelja SLD. Beograd, 1965.
11. Ğ. Petrovič, Milan. Mestoendoscopije u izučavanlu sterilitetа kod žene. Deveta ginekolosko-akušerska nedelja SLD. Beograd, 1965.
2. Rajhvajn. Simposij o sterilitetu. Zagreb, 1963.

НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБАРНОГО СТЕРИЛИТЕТА

Д. Димов, В. Ангелова

РЕЗЮМЕ

Авторы обработывают материал, касающийся 300 женщин с тубарным стерилитетом нетуберкулезной этиологии. Первичный стерилитет составляет 47%, а вторичный — 53%. Из общего числа находящихся под наблюдением женщин 39% имеют в анамнезе перенесенный выкидыш причем 36% — с абортом по их желанию. При бимануальном исследовании перед лечением, 25% женщин не имели никаких изменений в маточных трубах. Авторы проводят комплексное медикаментозное и физиолечение, непрерывно, применяя, в зависимости от сезона гелио-, грязе- и водолечение во время теплых месяцев, а во время холодных парафиновые аппликации, УФМ, диатермию и гидротубацию, применяя эти способы и методы в отдельности или комбинированно. Результаты являются очень хорошими: забеременело 23,6% леченных, причем 59,1% — нормальной беременностью, 12,7% окончились выкидышем и 28,2% — внематочной беременностью.

OUR EXPERIENCE IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF UTERINE TUBE STERILITY

D. Dimov, V. Angelova

SUMMARY

An analysis is made of case material comprising 300 women with uterine tube sterility (of non-tuberculous etiology). Primary sterility amounts to 47 per cent, and secondary — to 53 per cent. Of the total number of women investigated, 30% have a past history of abortion; in 36% it concerns an induced abortion. The bimanual examination prior to treatment proves that 25% of the patients are with no changes at all in the tubes. A complex medical and physical treatment is embarked on, consisting in the continuous application (depending on the season) of helio-and fangotherapy during the warm months and paraffin applications, ultraviolet rays, diathermy and hydrotubation — during the cold months; all procedures and methods are applied alone or in combination. The results are estimated as very good: 23.6% of the treated became pregnant; of them 59.1% — normal pregnancy, 12.7% — with abortion and 28.2% — with extrauterine pregnancy.