

Эти данные послужили нам достаточным основанием для терапевтического применения мочи беременной при аменорреях и олигоменорреях. С этой целью мы брали мочу беременной женщины во 2-й половине беременности и подвергали ее кипячению в продолжение 5 минут. По остывании эта моча вводилась в теплом виде *per rectum* по 50 куб. см два раза в день, утром и вечером. Как известно, гормон передней доли гипофиза—пролан, имеющийся в моче беременной, разрушается уже при температуре 60°, тогда как фолликулин переносит нагревание выше 200°. Таким образом после кипячения в моче остается лишь фолликулин, обуславливающий прилив крови к половым органам, в частности к матке.

Мы наблюдали лишь 5 женщин, страдавших в различные сроки аменорреей и олигоменорреей, леченных мочей беременных женщин. В одном случае, с 3-летней вторичной аменорреей, кровь показалась из половых органов после 38 клизм, в 1 сл., с 2-летней, тоже вторичной аменорреей менструация пришла после 50 клизм, и в 2 случаях олигоменорреи после 40 клизм менструация стала более обильной, чем она была до заболевания. Во всех случаях в дальнейшем менструация приходила в срок и в нормальном количестве. Интересно отметить, что явления выпадения ослабевали после 20—25 клизм, и к концу лечения все больные отмечали усиление сексуального чувства. Две женщины, страдавшие до лечения состоянием гипестезии, к концу лечения отмечали появление полового влечения.

В нашем случае первичной аменорреи лечение мочей беременной не дало никаких результатов; то же самое отмечают Tachezy, Гуревич.

Итак, мы имеем в моче беременных, вводимой *per rectum*, простое и довольно мощное средство для лечения расстройств овариально-менструального цикла. Введение мочи беременной после 5-минутного кипячения совершенно безвредно, если моча взята у совершенно здоровой женщины, не имеющей венерических заболеваний. В случае неполучения эффекта в смысле устранения аменорреи после 52 клизм по 50 куб. см мочи беременной—рекомендуется повторить курс лечения через 1 месяц.

Введение мочи беременной, обработанной эфиром, должно продолжаться до 10 клизм и после получения гемостатического успеха.

Из акушерско-гинекологической клиники Харьк. мед. института
(директор проф. А. Э. Мандельштам).

О ректальном применении мочи беременных при некоторых расстройствах регул.

Доц. Ф. А. Варшавский.

С тех пор, как удалось выделить самостоятельные женские половые гормоны, мы находим в литературе, особенно в последние годы, многочисленные указания о более или менее успешном применении фолликулина, пролана и лютина—самостоятельно или же в комбинированном виде.

Но лишь в 1930 г. гормонотерапия может считаться научно-обоснованной, т. к. до экспериментальных работ Цондека относительно гипо- и гипергормонального состояния женщины, каждая аменоррея рассматрива-

лась как (первичный или вторичный) симптом пониженной функции яичников.

Школою Шредера (Siebke, Schuchania) внесена ясность в смысле определения количественных соотношений гормон. продукции (т. е. секреции) при расстройствах регул, и благодаря этому мы имеем ценные указания для применения гормонов в качестве терапев. средств при лечении некоторых заболеваний женской половой сферы. Широкое применение половых гормонов при гинекологических заболеваниях представляет некоторые затруднения, вследствие трудности получения действительно полноценного препарата. Эти обстоятельства побудили меня, по предложению проф. Мандельштама, применить с лечебной целью мочу беременных, которая вводится в прямую кишку клизмой.

О применении мочи беременных имеется в литературе очень мало указаний.

Насколько нам известно, уротерапия была впервые применена в 1929 г. Замковым (Москва), причем им было с успехом произведено подкожное впрыскивание мочи. В клинике проф. Писемского (Киев) эти опыты видоизменялись, причем моча была введена при помощи клизмы (с настоем ромашки) (Изаков).

В немецкой литературе можно найти лишь доклад Schildberg'a (Zbl. f. g. 1932, № 12), который считает себя основателем этого метода. Schildberg впрыскивал под кожу ежедневно 0,5—2,0 куб. см мочи беременных (взятой при помощи катетера) при oligomenorrhoe, hypermenorrhoe и Metrorrhagie и этим достигал хороших результатов по истечении 4—6 недель.

Применение мочи беременной женщины при метрорагиях после гонор. поражений придатков матки дало благоприятный результат. Schildberg отмечает значительные изменения самочувствия, повышение работоспособности и ослабление явлений выпадения.

Как уже было указано, мы выбрали для применения мочи беременных—прямую кишку. Этим значительно упрощается способ применения, так как 1) отпадает надобность в моче, взятой при помощи катетера, 2) можно ввести значительно большее количество мочи (до 50 см одновременно).

Мы глубоко убеждены, что введение гормонов (как и многих других лекарств) под кожу и в кишку не равноценно, и поэтому вводимое количество не должно быть одинаково. По Цондеку—дозу приема per os нужно прописывать в 15 раз большую, чем при подкожной инъекции.

Но при ректальном применении условия совершенно другие, чем per os, в том отношении, что (на это справедливо указывает Bardeuhauer) вещество, вводимое через *plexus haemorrhoidalis*, т. е. *v. hypogastricae*, попадает прямо в *v. cava* (значит в общее кровообращение), не проходя печени (*vena portae*).

Хотя в настоящее время мы располагаем небольшим количеством случаев, все же нам кажется, что ввиду новизны вопроса и превосходных результатов, достигнутых нами, опубликование их может представить значительный интерес.

При выборе случаев мы ограничились лишь теми, где, руководствуясь настоящим уровнем наших знаний, мы клинически имели право говорить о пониженной функции яичников, иначе говоря, где могла быть речь о

субституциональной терапии. Таковы случаи вторичной гипоменорреи (oligomenorrhoe) с явлениями выпадения у более пожилых женщин.

Мы применяли с терапевтической целью кипяченую мочу беременных (от 9—10 лун. месяцев), следовательно, такую, где пролан был разрушен нагреванием. Это проводилось по двум соображениям: при введении кипяченой мочи исключена всякая возможность инфекции (гонорея, туберкулез). С другой стороны, мы не можем считать твердо установленными и проверенными указания о применении пролана, а это имеет очень важное значение. По исследованиям проф. Мавдельштама и Чайковского терапевтические дозы пролана (430—1100 мышин. единиц) могут служить причиной тяжелых изменений в яичниках.

Техника лечения была очень проста: при хорошо опорожненном кишечном канале ставились 2 раза в день (утром и вечером) клизмы из 25 куб. см. подогретой мочи (1—2 дня), затем, в дальнейшем по 50 куб. см. Таким образом вводилось около 1.000—2.000 мышиных единиц фолликулина ежедневно. Как правило, такие клизмы хорошо переносились больными и не вызывали никаких явлений раздражения.

В целях наблюдения, в первых четырех случаях больные находились в клинике в продолжение всего времени лечения, в дальнейших случаях—проводилось амбулаторное лечение, и больные были повторно исследованы проф. Мавдельштамом.

Привожу краткое описание историй болезни:

1-й случай. Больная А., 51 г., жалуется на неправильные регулы (приходят с опозданием на 2—3 месяца), постоянные головные боли, приливы крови к голове, ощущение жара, бессонницу, боль в пояснице и т. д. Больна в течение года. Клинический диагноз: фибромиома матки (величиной с кулак) climax. Лечение. Клизмы из мочи в прямую кишку (первые 2 дня по 25, далее по 50 куб. см). В продолжение 2 месяцев больной было сделано 40 клизм. После 6-ой клизмы—значительное улучшение самочувствия. Сон—нормальный. После 8-ой клизмы головные боли уменьшились и вскоре совершенно исчезли; приливы крови прекратились, так же как и ощущение жара; хорошее настроение и некоторый подъем характеризуют результат лечения. Регулы 1 раз после 18 клизм, 5-дневные, немного слабее, чем обычно. Находилась под наблюдением 2½ месяца.

2-й случай. Л., 25 лет, жалуется на сильные выделения, слабые регулы (hypomenorrhoe), половую холодность, бесплодие, бессонницу и подавленное настроение. Больна 2 года, 6 лет замужем (родов не было), 1 искусственный аборт с лихорадочным послеабортным периодом (2½ мес.), после этого бесплодна. Грязелечение и диатермия не дали благоприятного результата. Клинический диагноз: Kolpitis chr., Periadnex. dur. Нуроменорге. Лечение: ректальные клизмы из мочи и специальное лечение кольпита. После 7-ой клизмы сон стал глубже и спокойней. Боли в пояснице исчезли. Пациентка отмечает сильное возбуждение и чувствует сильное половое влечение. Регулы пришли в обычный срок, и хотя продолжались (как обычно) всего 2 дня, но в первый день были обильны. Лечение продолжалось почти 3 недели (30 клизм) и началось за 5 дней до регул. Время наблюдения—2 месяца. Очень хорошее самочувствие.

3-й случай. Больная Ш., 24 лет, жалуется на совершенное прекращение месячных. В течение 6 лет больная чувствует каждые 3½ недели боли в животе (militina), головные боли, тошноту. Все время страдает бессонницей; плохое настроение, замужем 4 года. Libido слабо, оргазм отсутствует. Стерильна.

Клинический диагноз: гипопластическая матка, amenorrhoe, левосторонняя, тубо-вариаальная киста плотная в области рога матки.

Для того, чтобы изучить действие мочи беременных на слизистую оболочку матки, было решено произвести пробное выскабливание.

Операция: трудное расширение канала. Длина матки—5 см. Выскабливание не удалось. Назначены клизмы из мочи сначала по 25 кс первые 4 дня, затем по 50 кс. Спустя 10 дней самочувствие значительно улучшилось, крепкий сон, весе-

лое настроение, хороший аппетит. При исследовании обнаружено увеличение кисты. На 14-й день чревосечения (проф. А. Э. Мандельштам) Опухоль оказалась шоколадной кистой левого яичника, кроме того имеется Salping. isthmica nod, правый яичник небольшой, твердый, без признаков желтого тела. Удаление левых придатков. Гистологическое исследование: эндометриома яичника.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Клизмы в течение еще 5 дней. Через 16 дней выписалась из клиники (отпущена в хорошем состоянии). Никаких дальнейших сведений не получено.

4-й случай. В. О., 22 лет, девушка, жалуется на первичную аменоррею и периодичные *molimina* (каждые 4 недели), головные боли, вялость, плохой сон; 6 лет тому назад удаление червеобразного отростка. 2 года спустя операция по причине аппендициита. С тех пор иногда появлялись неправильные серозно-кровоистые выделения. Клинический диагноз: рубцовая атрезия влагалища, гипоплазия матки. *Hypoovarismus*.

Операция (проф. А. Э. Мандельштам): Разъединение массивного рубца влагалища, длиной около 4 см. Верхняя часть влагалища, длиной около 4 см, покрыта атрофической слизистой оболочкой. Трудное соединение остатка слизистой оболочки вагины со слизистой оболочкой вульвы. Через 3 дня была назначена ректальная уротерапия: 26 клизм в течение 14 дней; уже через неделю значительное улучшение самочувствия, хороший сон, веселое настроение, повышенная возбудимость. Через 3 недели выписалась из клиники в хорошем состоянии.

В следующих случаях проводилось амбулаторное лечение.

5-й случай. М. А., 42 лет, замужем 20 лет, 3 родов, последние—2 года тому назад, самостоятельные. С тех пор неправильные обильные месячные, головные боли, приливы крови, ощущение жара, бессонница, тремор, слабая память и т. п. Клинический диагноз: климакс—II по Пондеку. Половые органы в нормальном состоянии. Лечение: В течение месяца 20 клизм, на 5-й день головные боли прекратились, через неделю нормальный сон, через 2 недели правильные регулы. В течение месяца было проведено 16 клизм. Очень хорошее самочувствие. Все болезненные явления исчезли. В течение 2-х последующих месяцев нормальные регулы.

6-й случай. Больная П. Р., 37 лет; *hypomenorrhoe* в продолжение 2 лет после искусственного аборта, воспаление придатков, червная возбудимость, *libido* уменьшилось, головные боли, раздражительность, плохой сон, ожирение. Клинический диагноз: *Residua perimebridilis posticae et sin. Periadnexitis sin.*

Лечение: ректальная уротерапия (15 клизм). С 5 дня после последних регул значительное усиление полового влечения, спокойный сон, хорошее настроение. После лечения 2 раза нормальные регулы, по 3 дня в обычное время.

7-й случай. Б. н. А. Р., 38 лет; *oligo-hypomenorrhoe* в продолжение трех месяцев после родов (щипцы, мертвый ребенок), после родов 5 недель была больна, *libido* нет. Матка и придатки нормальны. Лечение: первый месяц 15 клизм, 2-ой—12 клизм. 2 раза нормальные 3-дневные регулы, хорошее самочувствие.

8-й случай. Больная В. Р., 47 лет. Уже 10 месяцев ярко выраженные явления выпадения. Регулы нормальной силы, запаздывают на два месяца. Половые органы—*norma*. Диагноз: климакс II. Лечение: уротерапия 17 клизм, значительное улучшение. Вскоре совершенное исчезновение всех беспокоящих явлений, хороший сон, усиление памяти и т. д. Время наблюдения—2½ месяца.

9-й случай. Больная Б. Ж., 53 лет; в продолжение 2 лет неправильные менструации, последний промежуток 6 месяцев. Резкие явления выпадения. Больная должна часто целые дни проводить в постели и почти неработоспособна. Половые органы нормальны. Диагноз: климакс II. Лечение: 1-ый месяц 30 клизм. После 3-й клизмы значительное улучшение самочувствия, 2-ой месяц 15 клизм. Больная чувствует себя превосходно, как много лет тому назад.

10-й случай. Больная Б. Х., 34 лет, *hypoligomenorrhoe* в течение 6 лет, двое родов (последние 9 лет тому назад). Вторичное бесплодие. *Libido* отсутствует. Постоянное раздражение, познабливание. Последние регулы—2 месяца тому назад. Половые органы нормальны. Лечение: 1-ый месяц 24 клизмы; превосходный эффект, головные боли прекратились, познабливание исчезло, настроение хорошее. 2-ой месяц—16 клизм, трехдневные регулы, обильные, как много лет назад.

11-й случай. Больная Л. М., 39 лет, боль в пояснице, месячные уже три года сильно запаздывают. Приливы крови к голове, шум в ушах, ощущение жара. 22 клизмы дали хороший терапевтический эффект. Во время лечения все болезнен-

ные явления значительно уменьшились. Больная чувствует себя бодро, и появилось желание работать.

12-й случай. Больная Б., 32 лет, два года жалуется на гипоменопрохе и ожирение. Libido отсутствует. Родов не было. Аборты без осложнений, последние два года тому назад. Грязелечение и диатермия не дали никакого результата. Улучшения не последовало от впрыскивания фолликулина в продолжение 2 месяцев ежедневно по 40 мышинных единиц. Объективное состояние: слегка уменьшенная матка, придатки не представляют никаких особенностей. Больная получила 38 клизм. Бледная, апатичная больная расцвела: прекрасный цвет лица, веселое настроение, состояние возбуждения, уменьшение веса (почти на 3 кило), регулы 2 дня. В первый день значительно обильней, чем до лечения.

Можно еще указать на 7 случаев лечения расстройства регул при помощи клизм из мочи беременных (3 гипо-, 1 аменоррея и 3 с явлениями климактерия). Во всех случаях, кроме одного, который остался без изменений, лечение дало превосходный результат. У одной, вторично аменоррхойной больной, с сильным ожирением, несмотря на имеющуюся аменоррею, можно было установить значительное снижение веса. У более пожилой женщины (50 лет) с долгое время продолжающейся гипертензией (кровенное давление 210 мм) наблюдалось значительное понижение кровяного давления (до 180 мм) при одновременном развитии климактерических болезненных явлений.

Несмотря на небольшое количество случаев и непродолжительное время наблюдения, нельзя не признать действия ректальной уротерапии. В большинстве случаев замечалось значительное влияние на сон, настроение, на общий тонус всего организма. Лечение благоприятно влияло на явления выпадения. В некоторых случаях наблюдалось ясное половое возбуждение при бывшем раньше пониженном половом влечении. Можно также указать на усиление регул при гипоменопрохее. Случай 3-й и 4-й, где речь шла о первичной аменоррее и гипоплазии, не совсем подходят к выбранным нами случаям, т. к. здесь есть указания на раньше проведенное лечение проланом (или продолжительное лечение фолликулинлютином), и подобные случаи вообще имеют небольшие лечебные перспективы. Интерес в 3-м случае представляет то, что во время лечения было установлено увеличение овариальной кисты.

Возможно, что при ректальном применении мочи, кроме фолликулина действуют еще и другие составные части ее, напр., гормон сна и пр., т. к. действие мочи отличается от действия чистого фолликулина. Как уже упомянуто, лечение не представляет ни малейших затруднений. Поэтому мы полагаем, что имеет смысл испробовать действие ректальной уротерапии на большем количестве больных, т. к. доступность, экономичность и легкость этого лечения позволяют рассчитывать на возможность его широкого применения.
