

Из акушерско-гинекологической клиники ДМИ (директор проф. В. К. Чайковский) и женской консультации гор. Махач-Кала (зав. С. П. Бадилова).

Применение органического Са для лечения маточных кровотечений.

(1-ое сообщение).

В. К. Чайковский и Н. А. Клычева.

Мысль о применении кальция из скорлупы яиц при различных эндокринопатиях женской половой сферы вытекала из данных, полученных в результате применения этого препарата для сенсбилизации мышцей к женскому половому гормону (Чайковский, Бондаренко). В этом эксперименте кастрированным мышам до и параллельно с введением фолликулина впрыскивались кальций из скорлупы яиц и химический кальций в одинаковых дозах. В результате многократных экспериментов получалось, что кальций из скорлупы яиц закономерно способствовал повышению чувствительности мышцей к фолликулину, в то время как химический препарат кальция, употребляемый в мед. практике для внутривенных вливаний, понижал чувствительность этих животных к тому же гормону. Так, для получения реакции (течки) у мышцей на фолликулин, после подготовки их организма органическим кальцием, достаточно было им ввести $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ минимальной дозы (мышинная единица) гормона; при подготовке же мышцей препаратом химического кальция, введенным в таких же дозах (исчисляя на Са) и при тех же условиях, требовалось для получения течки $1\frac{1}{2}$ —2 минимальных дозы (мышинных единиц) фолликулина. Естественно было думать, что при различных гормональных расстройствах функции яичников и в первую очередь при так называемых функциональных маточных кровотечениях можно было попытаться применить кальций из скорлупы яиц.

В птицеводстве давно уже подмечено, что цыплята лучше всего усваивают кальций из скорлупы яиц. Проф. Коган-Ясный в одном безнадежном случае маточного кровотечения применил толченую и растертую скорлупу яиц с хорошим результатом. С этого времени пациентка периодически, несколько раз в год, возвращается к терапии скорлупой, получая от нее желанный, положительный эффект.

Увеличение в организме, даже временное, того или иного катиона называется на биотонусе клеточного состава. Накопление, выделение, понижение минеральных веществ находятся под непосредственным воздействием вегетативной нервной системы. Последняя влияет и на эндокринные железы и постоянно подвергается стимулирующему раздражению выделяемых ими гормонов. По воззрениям Дизинга каждая железа внутренней секреции оказывает регулирующее действие на обмен определенного неорганического вещества, конечно, через посредство нервной системы.

Результаты, получаемые от раздражения той или иной части вегетативной нервной системы и от введения того или иного неорганического катиона, физиологически почти подобны, чтобы не сказать, идентичны. Так, например, электрическое раздражение вагуса замедляет сердцебиение,

усиливает перистальтику кишечника и производит остановку сердца в диастоле. Такой же эффект получается и от введения солей калия. Введение адреналина, раздражающего симпатическую нервную систему, вызывает учащение сердцебиения, расширение сосудов малого круга, атонию кишечника и остановку сердца в систоле. Такой же эффект получается после введения солей кальция. С другой стороны „гормоны существуют не сами по себе; они обнаруживают приписываемое им специфическое действие лишь в границах определенной группировки электролитов“ (Цондек Э., Рейтер). Надо полагать, что и половые гормоны в этом отношении не являются исключением. По данным Бенгейма препараты яичника резко увеличивают количество хлоридов в крови и значительно повышают их в выделяемой моче (Вейль, Бок). По данным Хайлига, во время менструаций количество хлоридов уменьшено. При менопаузе уровень кальция в крови понижен (Мальянум, Магго). Инъекции препаратов яичника, по данным Неймана, Ваза, способствуют увеличению кальция в крови и моче, а по данным Сильвестра—увеличению и магния. При метрорпатии тина Шредера, по Казакову, количество кальция достигает в крови 12—14 мг⁰/₀.

Раздражение вегетативной нервной системы вызывает накопление катионов кальция или калия на клеточных мембранах. Препараты кальция, введенные в организм, тонизируют симпатическую нервную систему, в результате чего, надо полагать, в избыточном количестве накапливается кальций на клеточных мембранах. Накопление кальция, уплотняющего мембраны, способствует более полному и совершенному ассимиляционно-диссимиляционному процессу в клетках, отчего повышается функция клетки.

Введение солей органического кальция, согласно данным эксперимента, сенсibiliзирует организм к половому гормону. При различных эндокринопатиях полового аппарата функция яичников неполноценна; в частности, при маточных кровотечениях на почве воспаления, как правило, в организме циркулирует пониженное количество полового гормона (Чайковский, Вартапетов). В известные периоды и при метрорпатиях типа Шредера уровень полового гормона (фолликулина) может быть низким (Гофман, Тиде). При таком состоянии сенсibilизация клеток к половому гормону может повести к более полноценной их функции, следствием чего наступит уменьшение или приостановка патологического процесса.

Руководствуясь такими мотивами, мы произвели в акушерско-гинекологической клинике ДМИ предварительный опыт применения препарата органического кальция для лечения маточных кровотечений.

Препарат готовился таким образом: порошок скорлупы яиц прокаливался в муфельной печи до окончательного сжигания находящихся там органических веществ. Минеральный остаток, представлявший белый порошок, растворялся в соляной кислоте, разведенной дистиллированной водой в отношении 1:1. (Наличие нерастворенного остатка на дне указывает, что соляная кислота вся вступила в реакцию, и в данном растворе нет свободной соляной кислоты).

В полученном основном растворе определялось количество кальция и магния (по Астанину в скорлупе яиц содержится незначительное количество магния и свыше 90% солей кальция). Согласно данным химического определения, из основного раствора приготавливался препарат для инъекции,

представлявший собой полупроцентный раствор хлористого кальция с минимальным количеством магния (0,0036%).

Инъекции производились ежедневно внутримышечно в количестве 5—10 *кс.* Максимальное количество инъекций, полученных больными, было 10. Некоторым больным достаточно было 2—3-х введений для остановки кровотечений.

Применялась кальциотерапия у 31 больной. У 17 из них до начала лечения бралась слизистая матки для гистологического исследования; у 12 больных бралась кровь до лечения и после лечения для определения количества кальция и магния в ней.

По возрасту больные распределялись следующим образом: 20—30 лет—18 чел., 30—40 лет—11 чел., выше 40 лет—2 чел.

Из 31, 10 больных страдали метропатией типа Шредера, 21 больная страдала маточным кровотечением на почве воспалительных изменений придатков матки и парамеральной клетчатки (1 случай).

Из 10 больных, у которых клинически установлен диагноз—персистирующий фолликул, у 9 диагноз проверен гистологическим исследованием соскоба слизистой матки (кистозная гиперплазия желез эндометрия).

Нужно отметить, что ярко выраженная картина гиперплазии эндометрия, наблюдаемая как в компактном, так и в спонгиозном слоях, имела у 6 чел.; у 3 больных явления гиперплазии констатированы по преимуществу в спонгиозном слое. По данным Покровского явления кистозной гиперплазии эндометрия могут быть выражены также и в отдельных участках эндометрия.

По возрасту больные с явлениями персистирующего фолликула распределялись так: от 20 до 30 лет—2 больные и от 30 до 40 лет—8 б-ных.

Длительными, непрерывными кровотечениями в течение 3—4 месяцев до применения кальциотерапии страдали 3 больных, кровотечениями от 3 недель до 2 месяцев—2 больных, а остальные—до 3-х недель.

В анамнезе у большинства больных отмечена задержка менструаций, у некоторых из них длительностью в 3 мес., у большинства же в 2—3 недели. У одной больной с ярко выраженными явлениями персистенции фолликула задержка месячных была только несколько дней.

Две больных получили по 10 инъекций хлористого кальция, две больных—по 8 инъекций, одна больная—2 инъекции; остальные—по 5—6 инъекций.

Маточное кровотечение прекратилось у одной больной после 2-х инъекций, у 3-х больных после 3-х инъекций, у 3-х больных после 4-х инъекций. Две больные, получив по 10 инъекций, продолжали кровоточить. Эффект лечения продолжается в течение 5—5½ месяцев у 3-х больных; 4—4½ месяца у 4-х больных, и до 3½ месяцев—у 1 больной.

Сведений о менструальной функции не получено от одной больной, у остальных 7 оварио-менструальные циклы почти правильные, если не считать, что у некоторых из них были задержки всего на несколько дней.

Следует отметить, что несколько больных до применения препарата органического кальция подвергались почти всем видам лечения, в том числе и кальциотерапии (внутривенно и перорально).

Так, больная М., 36 лет, русская, домохозяйка, замужем 18 лет, 8 родов, 3 аборта. Маточное кровотечение началось с начала 1935 года. В апреле подвергалась выскабливанию, после которого 1½ месяца не было кровотечения. С августа 1935 г.

кровотечение—беспрерывно. Вискабливание, протеинотерапия, введение внутривенно кальция, аутогемотерапия, светолечение не дали улучшения. Поступила 1/XII 1935 г. в клинику. Гинекологический статус: матка несколько увеличена, плотная, подвижная, в положении антефлексии-верзии; справа придатки—норма, слева имеется овальной формы эластическая опухоль, подвижная, болезненная, величиною в куриное яйцо; во влагалище имеется значительное количество кровянистых выделений. Взят соскоб слизистой матки. После 4-х введений кальция заметное улучшение. После 5-й инъекции органич. кальция выделения крови прекратились. Для стойкости эффекта дополнительно сделано еще 3 инъекции. Гистологический диагноз: кистозная гиперплазия эндометрия (консультация И. И. Лисункина, патолого-анатомическая кафедра ДМИ). После 5-го введения органического кальция больная отмечала чувство некоторого онемения в нижних конечностях, которое продолжалось сутки. Ввиду такого явления, дальнейшие инъекции делались через 1—2 дня. 16/I 1936 г.—матка нормальной величины, слева опухоль не определяется.

Маточных кровотечений, на почве воспалительных заболеваний, под-вергшихся кальциотерапии, было 21; из них 1 случай кровотечения при параметрите, а остальные имели воспалительные изменения придатков. В 8 случаях был взят соскоб слизистой для гистологического исследования. Последним констатирован во всех случаях эндометрит в той или иной форме. У одной больной после взятия соскоба произошло обострение воспалительного процесса.

Маточные кровотечения ритмического характера были у 8 больных; длительность их была различная, начиная от 11 до 20 дней. У двух больных кровотечения такого характера были на протяжении 1 года, у двух—несколько месяцев и у 4 последняя менструация перешла в кровотечение.

Потеря ритма наблюдалась у 13 больных. Три больных страдали кровотечением с небольшими светлыми промежутками; у 7 больных кровотечение длилось от 2 до 5 месяцев, у остальных меньше двух месяцев. Задержка месячных предшествовала маточному кровотечению у 3-х больных.

Применение органического кальция дало положительный эффект у 15 больных; не дало результатов у 6 больных. Обострения имеющихся воспалительных процессов не наблюдалось ни у одной больной. Параллельно с остановкой кровотечения отмечалось изменение и уменьшение воспалительных явлений. У одной больной из этой группы всякий раз, вскоре после инъекции, наступало потение ступней с мраморесценцией кожи нижних конечностей, ниже колен—явления, исчезающие спустя $1\frac{1}{2}$ —1 час.

В дальнейшем маточные кровотечения во всех положительных случаях этой группы не рецидивировали до последнего времени. Сроки наблюдения у пяти больных—5—5 $\frac{1}{2}$ месяцев, у 6 больных—4—5 месяцев, одна больная—3 $\frac{1}{2}$ месяца и одна больная—1 $\frac{1}{2}$ месяца.

Из 12 больных, у которых бралась кровь для определения количества кальция и магния до лечения и после лечения,—6 относились к группе с персистирующим фолликулом и 6—к группе воспалительных заболеваний. Кальций и магний определялись в сыворотке крови: кальций определялся по методу де-Ваарда, магний по Гадигенту. 4 больных с персистирующим фолликулом содержали в крови несколько повышенное количество кальция—11,3—13,7 мг⁰/о; 2 больные—в пределах нормы 9,9—10,4 мг⁰/о.

По литературным данным, при метростазиях количество кальция повышено—12,0—14,0 мг⁰/о (Казаков). У двух наших больных содержание кальция в крови было в пределах нормы, что несколько противоречит этим данным. После лечения у 3-х больных из этой группы количество

кальция было незначительно повышено—11,3—11,6 мг⁰/о, у остальных 3 больных—в пределах нормы 9,5—10,8 мг⁰/о.

У шести больных, страдающих маточным кровотечением на почве воспалительного процесса, количество кальция в крови было нормальное или несколько понижено—7,9—9,2 мг⁰/о. После лечения, у 2 больных количество кальция осталось пониженное—8,5—8,9 мг⁰/о (эффект лечения у них отрицательный), у остальных 4-х количество кальция в нормальных границах—9,4—11,1 мг⁰/о. По данным Пешарской, при эндометритах и параметритах количество кальция в крови понижено.

Количество магния у всех 12 больных, определенное до и после лечения, особыми резкими колебаниями не отличается. Цифры самые разнообразные—2,4—3,3 мг⁰/о—в пределах нормы. Установить какую-либо закономерность не представляется возможным.

Кальций применяется для лечения самых разнообразных процессов, и литература по этому вопросу имеется огромная. Из литературных данных известно, что введенный внутривенно кальций довольно быстро выделяется из организма—так обстоит с препаратом химического кальция. Сказать же что-нибудь определенное на основании небольшого количества исследований относительно органического кальция не представляется возможным. Нужно только отметить, что количество кальция в крови почти всегда возвращалось к норме в наших положительных в смысле лечения случаях, независимо от того, было ли оно до лечения повышено или понижено.

Представленный в данном сообщении сравнительно небольшой материал (31 случай) по лечению маточных кровотечений органическим кальцием не дает права делать какие-либо категорические выводы, однако полученные результаты—из 31 случая 23 положительных в смысле лечения—позволяют допускать, что при широкой апробации этого вида терапии маточных кровотечений, органический кальций займет не последнее место среди уже имеющегося арсенала лечебных средств.

На основании эффекта, полученного при лечении маточных кровотечений на почве персистирующего фолликула, надо полагать, что особенно показано его применение при всех заболеваниях, связанных с дисфункцией яичников.

Отдельно следует отметить, что комбинация органического кальция с другими средствами, во многих случаях, вошедших в данную работу, давала хороший лечебный эффект.

Из клиники кожных и венерических болезней Свердловского медицинского института.

О вегетирующей язвенной хронической стафилодермии.

Проф. С. Я. Голосовкер.

Стрептококк и стафилококк являются возбудителями ряда кожных заболеваний. В последние годы различные авторы остановили свое внимание на тех процессах, которые протекают под видом экзематiformных поражений. Это дало нам право значительно сузить диагностику экземы. Стафилодермия кожи, располагаясь вокруг волосяных фолликулов, имеет следующие особенности: воспалительный инфильтрат выражен довольно резко, процесс имеет склонность к образованию пустул (импетигиозная форма). Течение процесса в ряде случаев является хроническим.