

Из Акуш.-гинекологич. клиники Воронежского мед. института (дир. проф. Г. А. Бакшт).

Аутогемотерапия в шейку матки при женской гонорее.

А. И. Петченко.

Аутогемотерапию начали применять в медицине американские врачи Эльфстром и Грефстром в 1888 г. Аутогемотерапия гонорейных заболеваний впервые была применена Нурнеем в 1922 г. В русской литературе вопрос об аутогемотерапии при гонорее разработан Заиграевым, Эйнштейном, Мартичаном, Харитоновым и др.

Несмотря на значительную литературу по вопросу об аутогемотерапии при гонорее—нет еще окончательно выработанного взгляда на сущность ее действия. Проф. Г. А. Башкт объясняет действие аутогемотерапии стимулирующим влиянием на работу вегетативной нервной системы и на функцию сосудистой системы. Голубин, Златогоров, Розенталь, Поспелов рассматривают аутогемотерапию как разновидность неспецифической терапии. Заиграев, Хажинский и Константинов усматривают в аутогемотерапии З метода—протеино-вакцино- и серотерапию, так как в сложном комплексе крови мы имеем в качестве составных частей белки, токсины и антитела. Безредка в 1924 г. прямо высказался, что иммунитет обязан своим существованием не антителам в крови, а вырабатывается здоровыми клетками, расположенными по соседству с зараженными клетками. На этом основании Белоновский, Букура, Елкин, Бурлаков, Дембская и др. применяли вакцинатерапию тем же путем, которым проникает инфекция, т. е. в шейку. Акуш.-гинек. клиника ВГМИ считает, что иммунитет слагается из сочетанного действия клеточных и гуморальных факторов защиты, причем, как правильно указывает Зильбер, в вопросе иммунитета необходимо учитывать реакции нервной системы на токсические процессы.

Аутогемотерапию в шейку матки при лечении гонорейных эндопрэвиков впервые применили Кватер, Трахтенберг и Каганович (1934 г.) у 31 б-ной, из которых у 19 в прошлом имелись „женские болезни“. Авторы решили использовать метод для воздействия непосредственно на местный процесс, причем был отмечен хороший результат в 31 случае (100%).

Вскоре после появления статьи Кватера в печати аутогемотерапия в шейку матки была применена на группе гонорейных больных консервативного отделения Акуш.-гинекологич. клиники ВГМИ с целью испытания метода. Аутогемотерапия в шейку была применена у 30 стационарных больных, страдающих гонорейным эндопрэвиком в сочетании с различными поражениями придатков. Первая группа (14) из этих больных была назначена для одной только аутогемотерапии; вторая группа (16) была взята на лечение аутокровью после безуспешно проведенного курса вакцинатерапии в сочетании с местными процедурами (мойка влагалища по Иванову, влагалищные ванночки из 2% протаргола или ляписа, смазывание цервикального канала 5% колларголом).

В первой группе эндоцервицитов, осложненных в трех случаях мешотчатыми опухолями труб и в 11 случаях более или менее выраженными аднекситами, хороший результат от лечения аутокровью получен только у четырех больных (28,5%), с небольшими явлениями в придатках, протекавшими по типу—endosalpingitis incipiens. В остальных 10 случаях аутогемотерапия в шейку результатов не дала, и больные были переведены на процедуры и вакциноптерапию. В двух случаях лечение осложнилось затяжным кровотечением ациклического порядка и в одном случае повышением температуры и кратковременным обострением процесса в придатках.

Вторая группа больных, уже леченных не менее 6 недель (местное лечение + вакциноптерапия), но с неисчезнувшим гонококком в шейке, гораздо успешнее лечилась по новому методу. Из 16 случаев гонорейных эндоцервицитов, осложненных в 13 случ. аднекситами и в 3 случ. сакто-сальпинксами, в 9 случ. получен быстрый перелом (2—3 недели) в сторону улучшения с конечным исходом в выздоровление; в 2 случ. результат был также хороший, но не столь быстрый, и в 5 случ. не отмечено каких-либо сдвигов в сторону улучшения, почему после 8—12 инъекций аутокрови больные были переведены на прежний курс лечения. Итого благоприятный результат отмечен в 68,7%. Не отмечая в этой группе сколько-нибудь значительных экзацербаций, мы в 2 случ. вслед за инъекцией крови имели ациклическое кровотечение затяжного характера. Лучший эффект в этой группе больных получался в случаях с менее резким поражением придатков и у лиц конституционально-полнопрочных. Особенно успешно проявлялось действие аутогемотерапии в шейку после предварительного и законченного курса вакциноптерапии, что можно полагать закономерным, если считать, что в аутогемотерапии заключается элемент протеинотерапии. На благоприятное же сочетание вакциноптерапии с протеинотерапией уже давно указывали многие авторы (Хольцов, Махлин, Иссерлис, Дембская, Вагнер, Кан и др.).

В процессе применения аутогемотерапии в шейку матки клиникой были изучены изменения в составе крови, изменения цитобактериоскопических картин в мазках из шейки матки и некоторые патологические изменения слизистой цервикального канала до и после применения метода.

При исследовании крови больных, подвергнутых аутогемотерапии в шейку матки, мы обнаружили, что через 24 часа после инъекции аутокрови в шейку в 90% случ. происходит увеличение числа лейкоцитов, иногда значительное; в 80% случ. возрастает количество эозинофилов; в большинстве случаев возрастает число нейтрофилов и моноцитов (60%) и падает количество лимфоцитов (в 70% случ.). Что касается РОЭ, то мы получили, как это бывает и при введении вакцины в шейку матки, ускорение оседания эритроцитов в 90%. Однако уже через 2 суток РОЭ постепенно и стойко замедляется. Таким образом после введения аутокрови в шейку матки мы имеем в картине белой крови много общего с картиной после интрамускулярной аутогемотерапии, а именно временное раздражение воспалительного очага и клеток рет.-эндол. системы (на что указывает ускорение РОЭ, моноцитоз) с одновременным усилением защитных реакций организма (эозинофilia).

Перейдем к рассмотрению цитологических и бактериоскопических картин после аутогемотерапии в шейку. Уже после первых инъекций крови замечается, наряду с уменьшением количества нейтрофилов в мазке из цервикального канала, появление в большом количестве плоскоэпителиальных клеток, что, очевидно, говорит о каком-то усиление процессов метаплазии. Вопрос о метаплазии цервикального эпителия в связи с местным иммунитетом представляет собой наиболее неясную и сложную проблему патологии женской гонореи. Исследования Шредера и Иензена доказали, что в случаях гоноройного цервицита эпителий канала шейки метаплазируется в плоский эпителий, причем плоский эпителий образуется не только на поверхности цервикального канала, но в глубине желез и даже на дне желез.

Обычная картина мазков у наших больных до лечения заключалась в значительном количестве сегментированных лейкоцитов, в единичных плоско-эпителиальных клетках и лимфоцитах и в отсутствии посторонней флоры, заглушенной гонококком. Во многих случаях мы не находили при той же цитологической картине гонококка, но его легко удавалось обнаружить при повторных исследованиях после месячных или послеprovokacii.

Уже первые 1—2 инъекции вызывают некоторое обострение процессов выражющееся в изменении бактериоскопической и цитологической картины, которая напоминает реактивное воспаление в начале гоноройной инфекции: увеличивается отделяемое из шейки, сегментированные лейкоциты находятся в большом числе, в изобилии появляются эпителиальные клетки и слизь, в большом количестве появляются гонококки. Это явление подмечено Кватером и было использовано им с успехом как новый метод провокации. Подобное же явление наблюдается при регионарном применении гоновакцины для диагностики по Бурлакову, чем клиника и пользуется при провокации для получения гонококка в мазках.

Через несколько дней от начала аутогемотерапии число сегментированных лейкоцитов возрастает еще больше, количество слизи и плоско-эпителиальных клеток уменьшается, гонококк встречается изредка. Иногда в этой стадии появляется посторонняя флора в виде рассеянных скоплений кокковых форм. С применением следующих инъекций (4—8) количество слизи и плоского эпителия снова возрастает, сегментированных лейкоцитов становится меньше, гонококк исчезает и одновременно появляется в изобилии посторонняя флора — кокковая, диплобацилы, грамположительные диплококки и, наконец, палочковидные формы. Появление палочковидных форм бактерий мы считаем признаком наступающего излечения. С течением времени количество плоского эпителия уменьшается снова, в мазках надолго остается небольшое количество нейтрофилов и посторонняя флора (постгонорейный катар). В этой стадии метаплазированный плоский эпителий снова превращается в цилиндрический, причем, как отмечал еще Опиц, вновь образовавшийся цилиндрический эпителий, повидимому, является плохой почвой для существования гонококка.

Процесс смены многослойного эпителия цилиндрическим был изучен нами на 4-х препаратах слизистой цервикального канала, взятых при

осторожной экскизии до и после курса аутогемотерапии. В этих случаях отмечено, что значительный по толщине и непрерывный слой плоского эпителия уже через 5—7 недель становится тонким, местами исчезает вовсе и заменяется островками цилиндрического эпителия; инфильтрация стромы слизистой оболочки, субэпителиальные и перигляндулярные инфильтраты исчезают, желез становятся меньше.

Перейдем к обзору клинической картины в результате лечения аутогемотерапией на материале наших стационарных больных. Бригадой Кватера был получен хороший результат после аутогемотерапии в шейку во всех (31) отобранных им для лечения случаях цервикальной гонореи. К сожалению, авторы не отмечают характера и интенсивности поражения придатков, упоминая лишь о том, что большинство (19) лечилось от „женских болезней“. В результате аутогемотерапии на материале Кватера во всех случаях достигнуто уменьшение белей, а также отечности и цианоза шейки; изменений же со стороны придатков не отмечено.

На нашем материале у значительного числа больных (24—80%) мы можем отметить улучшения со стороны шейки (уменьшение отечности, цианоза, белей); мы приписываем эти изменения усилинию рассасывания субэпителиальных гонорейных инфильтратов, что и ведет к быстрому уменьшению отечности, уплотнению и формированию шейки. Улучшение со стороны воспалительных изменений придатков мы констатировали в 22 из 30 случаев (71,4%), причем сюда вошли все случаи с излечением гонорейного эндоцервицита и 6 случаев, где этого излечения с помощью аутогемотерапии не получилось.

Реакция после аутогемотерапии в шейку матки незначительна. У большинства отмечается небольшое повышение температуры на 0,5—0,8° при незначительном усилении болей в очаге заболевания.

Со стороны техники надо отметить трудность инъекций при короткой или высоко расположенной шейке, при значительных эрозиях и разрывах; часто свертывается кровь в шприце и пр. Инъекции необходимо производить недалеко от цервикального канала, строго параллельно, добиваясь появления слизи из цервикального канала, т. е. механического опорожнения цервикальных желез, как при вакцинотерапии по способу Бурлакова.

Резюмируя данные, полученные при применении способа Кватера на стационарном материале нашей клиники, мы можем сделать следующие выводы:

1. Аутогемотерапия в шейку матки является новым, простым и оригинальным методом терапии гонорейных эндоцервицитов и аднекситов.

2. Аутогемотерапия в шейку матки, как и вакцинотерапия, не может считаться самостоятельным методом. Наиболее целесообразно применение ее в качестве добавочного метода после отрицательного результата курсового лечения местными процедурами и гоновакциной.

3. Особенно ценно применение аутогемотерапии в шейку матки после предварительного курса вакцинотерапии, не давшего успеха. В этих случаях создается быстрый перелом в сторону улучшения с исходом в выздоровление, которое наступает почти в 70% случаев.

4. Менее успешно применение аутогемотерапии без комбинаций с другими методами; здесь успех наступает в 25—30% случ., у лиц с незна-

чительными поражениями придатков и безупречных по конституциональным данным.

5. Успех действия аутогемотерапии можно видеть в повышении иммунных свойств шейки, выражющихся в усилении процессов метаплазии эпителия с уменьшением воспалительной реакции тканей; не без значения остается при этом и механический фактор—выдавливание введенной аутокровью секрета глубоких цервикальных желез (массаж желез).

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. П. В. Маненков).

Один из безопасных способов отделения последа.

Л. С. Сидорова.

Одним из наиболее тяжелых и опасных осложнений при родах является задержка последа. Задержка последа часто вызывает сильное кровотечение, с которым, большую частью, приходится бороться при помощи ручного отделения плаценты. Это связано с риском занесения инфекции из нижележащих отделов полового канала и отсюда с возможностью последующего сепсиса.

Смертность при применении ручного отделения плаценты по Будимличу доходит до 13%, между тем как смертность при кесарском сечении достигает лишь 8%. По Розенталю, только $\frac{1}{3}$ родильниц, у которых применен способ ручного отделения плаценты, остается без ежедневных повышений температуры в послеродовом периоде.

Нормально отделение последа происходит вскоре после изгнания плода. В тех случаях, когда плацента не отделяется вскоре после рождения плода и задерживается надолго в полости матки, мы имеем дело с задержкой плаценты.

В силу опасности применения способа ручного отделения плаценты, всякое предложение отделить плаценту без введения руки в родовые пути заслуживает большого внимания практического врача.

Способ Креде, применяющийся 70 с лишним лет, является небезопасным, т. к. связан с осложнениями—inversio uteri, отрыв частей последа и коллапс. Кроме того, при форсированном способе Креде необходим глубокий наркоз, что является опасным для обескровленных рожениц. И, наконец, способ Креде не всегда достигает цели.

В 1914 году Габбастоном был предложен новый метод искусственного отделения плаценты путем введения в v. umbilicalis стерильного физиологического раствора до 2-х литров. Однако при этом очень часто плацента не отделяется и кровотечение вынуждает все же производить ручное отделение ее.

В последнее время в иностранной литературе доктором Будимличем (Zbl. f. Gyn. № 31, 1935 г.) рекомендуется другой способ отделения, практически доступный каждому врачу в любых условиях и давший автору хорошие результаты.