

ЛИТЕРАТУРА

1. Арендт А. А. Вопросы нейрохирургии, 1950, кн. 1, стр. 17—26.— 2. Борзунова А. С. Сб. трудов Уфимского мед. ин-та по невропатологии и психиатрии, 1939, вып. I—II.— 3. Бурденко Н. Н. Проблемы теор. и практ. медицины. М., 1938, стр. 266—282.— 4. Бабаджанян С. Б. Труды психоневрол. ин-та, т. XVI, ч. 2, 1946, стр. 70—71.— 5. Вяземский Н. М. Невр. и псих. 1941, кн. 10, стр. 7—8, 16—25.— 6. Гращенко Н. И. Вопросы нейрохирургии, 1943, кн. 4.— 7. Карцовник Н. И., Батурина Е. М. Сб. трудов Новосибирского ГИДУВа, 1950, т. 26, стр. 155—168.— 8. Минц Н. И. Труды Киевского психоневр. ин-та, т. XI, стр. 75—78, 1947.— 9. Омороков Л. И. Труды Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов. М., 1936, 2.— 10. Подгорная А. Н. Вопросы нейрохирургии, 1948, кн. 6.— 11. Раппопорт М. Ю. и Подгорная И. А. Опыт сов. медицины в войне 1941—1945, т. 4, стр. 516—520.— 12. Рохлин Л. Л. Травматическая эпилепсия, 1948, изд. АМН СССР.— 13. Столбов Д. Д. Проблемы эпилепсии. М., 1936, стр. 28—35.— 14. Старицына Е. С. Невр. и псих., т. XIX, 5, 1950.— 15. Серейский М. Я. Новые пути диагностики и лечения эпилепсии. М., 1950.— 16. Шаргородский Л. Я. Труды клиники нервн. бол. 1-го Москов. мед. ин-та, сб. 11, Эпилепсия, 1937, стр. 213—244.

Поступила в июне 1957 г.

К ЛЕЧЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ КОРТИНОМ

Доц. Я. Е. Кривицкий

Из кафедры акушерства и гинекологии (зав.— проф. М. В. Дубнов) Оренбургского
медицинского института

Функциональные маточные кровотечения представляют собой один из наименее разработанных вопросов гинекологии. До настоящего времени этиология и патогенез этого страдания во многом еще не ясны.

Для лечения функциональных маточных кровотечений предложены: инъекции крови беременных, введение аскорбиновой кислоты и витамина К, вливание глюкозы и инсулина, выскабливание матки, гормонотерапия. Этот перечень является далеко не полным. Однако, наибольшее распространение за последнее время получила гормонотерапия.

В 1947 г. П. Г. Шушания для лечения геморрагической метрорапии применил мужской половой гормон — тестостерон. А данные А. П. Преображенского и М. Л. Крымской, сообщивших в 1949 г. о благоприятных результатах лечения функциональных кровотечений прогестероном и прегнином, дополнены за последние годы работами Г. Л. Дозорцевой (1952), Я. Д. Киршенблат и Соловьевым (1954), Г. П. Пронь (1955), С. К. Лесной (1955), Я. Е. Кривицким (1955) и другими авторами.

Наиболее полное описание принципов рациональной терапии функциональных кровотечений, главным образом, гормонотерапии дается в работах проф. Е. И. Кватера (1951—1955—1956). По мнению Е. И. Кватера, гормонотерапия не должна быть заместительной и не может быть рассчитана на какие-то антагонистические свойства по отношению к другим гормонам, а должна быть регулирующей и стимулирующей. Построение гормональной терапии надо базировать на создании циклического ритма, а не на получении временного эффекта.

Занимаясь с 1952 г. лечением функциональных маточных кровотечений прогестероном и прегнином в комбинации с другими лечебными мероприятиями, мы получили результаты, совпадающие с данными вышеназванных авторов.

Уже в процессе разработки литературных данных о физиологии и патологии овариально-менструального цикла мы обратили внимание на многочисленные подтверждения тесной связи коры надпочечника с функ-

цией половых желез [Сердюков (1934), Агаронов (1941), Медведева (1946), Калантарова и другие].

Е. К. Калантарова (1950) приводит ряд данных о связи коры надпочечника с желтым телом, которые сводятся к следующему:

1. Сходство строения клеток коры надпочечника и лютеиновых клеток желтого тела.

2. Увеличение коры надпочечника во время беременности.

3. Увеличение содержания аскорбиновой кислоты в желтом теле и надпочечниках, по мере прогрессирования беременности.

Еще в 1947 г. Е. И. Кватеру и И. И. Каганович удалось модифицировать опыт Клауберга путем замены гормона желтого тела кортикостероном. Инфантильным крольчихам, предварительно подготовленным фолликулином, вводился вместо прогестерона дезоксикортикостеронацетат. При этом в слизистой матки была получена явная секреторная фаза.

С. М. Беккер (1952) с успехом применил гормон коры надпочечника для лечения угрожающего прерывания беременности, пользуясь как синтетическим препаратом дезоксикортикостеронацетат, так и нативным кортином.

Учитывая вышеизложенные литературные данные, мы с ноября 1953 г. начали применять для лечения функциональных маточных кровотечений препарат коры надпочечников — кортин. Наблюдения проведены в гинекологическом отделении роддома гор. Ферганы и акушерско-гинекологической клинике Оренбургского медицинского института.

Наши наблюдения касаются 54 больных, страдавших функциональными маточными кровотечениями, которые распределялись следующим образом: ювенильные кровотечения — 4, геморрагическая метрпатия — 37, климактерические кровотечения — 13. Возраст больных: от 20 лет — 4, от 21 до 45 лет — 37, свыше 45 лет — 13.

Кортин вводился по 1 ампуле внутримышечно ежедневно, в течение 6—8 дней после предварительного измерения кровяного давления.

Произведено у 12 больных выскабливание матки с целью лечения и оценки функционального состояния яичников. Во всех этих случаях имелась железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. В 26 случаях цитологически исследовались мазки из влагалища, в которых преобладали поверхностные ороговевшие клетки, что указывало на повышение содержания эстрогенов.

В 42 случаях лечение кортином начато во время кровотечения. Из этого числа в 32 случаях кровотечение, как правило, прекратилось после 3-й и 4-й инъекций. При этом только в 4 случаях кровотечение в ответ на инъекции вначале усилилось, а затем прекратилось.

В 9 случаях инъекции кортина назначались через 15—20 дней после предварительного выскабливания матки, причем в 5 случаях появилось кровотечение типа менструации, в 4 — наступила аменорея, длившаяся в течение двух месяцев, а затем появились нормальные месячные.

Отдаленные результаты прослежены у 27 больных; длительность наблюдения от 8 месяцев до 2—2,5 лет. 16 больных менструируют нормально, у 11 в разные сроки наступили рецидивы заболевания, потребовавшие повторного лечения.

Из анализа результатов наших исследований, а также данных других авторов, проводивших гормонотерапию функциональных маточных кровотечений, следует, что ни один из гормонопрепаратов не является «специфическим» при лечении данного вида кровотечений.

Применение кортина при функциональных маточных кровотечениях представляет несомненный научный интерес и имеет практическое значение. При применении кортина кровотечение, как правило, прекращалось. Нам кажется, что кортин заслуживает внимания не только как возможный заменитель прогестерона, но и как гормон, имеющий в своем составе

ве вещества типа эстрогенов, андрогенов и гормона желтого тела, что заставляет предполагать более многообразное действие при лечении данного страдания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаронов А. М. Влияние тимуса и коры надпочечника на развитие матки. Уфа, 1941.—2. Беккер С. М. Лечение угрожающего прерывания беременности дезоксикортикостеронацетатом. Новости медицины, 1952, 32.—3. Труевцева Г. В. О применении метил-тестостерона при некоторых гинекологических заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1950, 5.—4. Шущания П. Г. Лечение геморрагической метростазии мужским сексуальным гормоном. Акушерство и гинекология, 1947, 7.

Поступила 4 марта 1958 г.

ЛЕЧЕНИЕ НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЯСНИЧНОЙ БЛОКАДОЙ ПО А. В. ВИШНЕВСКОМУ

Г. М. Газеева

Из кафедры акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа

Одной из важных проблем современного акушерства является борьба с преждевременным прерыванием беременности. Выявление причин прерывания беременности и лечения этого заболевания до настоящего времени остаются еще не вполне решенными.

При лечении беременных с угрожающим и начинающимся выкидышами мы применили поясничную новокаиновую блокаду по методике, рекомендованной А. В. Вишневым.

Вводился 1/4 % раствор новокаина в количестве 80—100 мл с каждой стороны. При недостаточном эффекте блокада повторялась на 4—5-й день.

Клинические наблюдения были проведены на 210 больных. В зависимости от стадии нарушения беременности, все больные были распределены на 2 группы, а именно: группа с угрожающим выкидышем и группа с начинающимся выкидышем.

В группе с угрожающим выкидышем (163 беременных) было со сроком беременности от 6 до 12 недель — 58, от 13 до 27 недель — 70, от 28 до 38 недель — 35; из них первобеременных было 59, повторобеременных — 104. В группе с начинающимся выкидышем (47 женщин) было со сроком беременности от 6 до 12 недель 33, от 13 до 28 — 14; первобеременных было 19, повторобеременных 29.

При лечении угрожающего выкидыша нам удалось сохранить беременность у 161 беременной из 163, а у двух беременность закончилась выкидышем. Из двух последних одной блокада была проведена на 2-й день после операции вылущивания фиброматозного узла при 16-недельной беременности, а другой на 25—26 неделе седьмой беременности, причем все предыдущие заканчивались самопроизвольным выкидышем.

Приводим выписки из историй болезни, когда удавалось сохранить беременность.

I. Б-ная С., 29 лет, беременность 3-я, поступила в клинику по поводу угрожающего позднего выкидыша со схваткообразными болями, при сроке беременности в 24 недели. Первые две беременности закончились самопроизвольными выкидышами по неизвестной причине.

В результате двух блокад беременность была сохранена и закончилась родами живым младенцем весом 3 200 г, длиной 52 см.

II. Б-ная К., 36 лет, беременность 3-я, поступила в клинику по поводу угрожающего позднего выкидыша при сроке беременности в 20 недель. Первые две беременности закончились самопроизвольным выкидышем в 14 и 26 недель. Проведенной поясничной новокаиновой блокадой преждевременное прерывание беременности было