

После 3-кратного внутриматочного введения эфира просветы желез уменьшались, эпителий желез становился более низким, хотя многорядность его сохранялась. Строма сморщивалась, появлялись очаги некроза. В сосудах обнаруживались тромбы.

Таким образом, тромбоз сосудов и сморщивание стромы, по-видимому, ускоряют процесс отторжения функционального слоя эндометрия и уменьшают гиперпластические процессы в нем. Это, вероятно, и является одним из основных механизмов в остановке маточного кровотечения при воздействии паров эфира на слизистую матки.

О рефлекторном воздействии паров эфира при внутриматочном его введении мы судили по изменению цитологической реакции влагалищного эпителия через сутки после процедуры. Клеточная реакция влагалищного мазка изменилась после раздражения рецепторов матки парами эфира у 31 из 47 обследованных больных. В большинстве случаев изменения указывали на понижение содержания эстрогенов в организме. Уменьшалось количество поверхностных клеток, расположение клеток становилось компактным, контуры клеток — менее четкими. Рефлекторное действие эфира проявлялось также в изменении АД и пульса после процедуры по сравнению с исходными. Изменения АД прослежено у 29 больных. У 12 из них после процедуры произошло повышение АД на 5—10 мм рт. ст., у 16 — понижение на 5—10 мм рт. ст. У 1 больной АД не изменилось. Счет пульса производили до и после процедуры у 15 больных. У всех отмечено урежение пульса после процедуры на 12—14 ударов.

Быстрый кровоостанавливающий эффект внутриматочного введения эфира дает возможность детально обследовать больных.

В зависимости от данных обследования после гемостаза нашим методом мы назначали больным психотерапию, терапию седативными средствами, витаминотерапию, ионотерапию по Щербаку. Больным, перенесшим ранее воспалительные заболевания половых органов, для ликвидации следовых реакций проводили УВЧ-, УФО-терапию, ионотерапию с 2% раствором новокаина и йодистым калием.

Гормонотерапию мы старались применять после выяснения характера овариально-менструальной функции. С этой целью мы подвергали больных кольпоцитологическому исследованию, наблюдали за феноменом зрачка, измеряли ректальную температуру. Обследование проведено 53 больным. У 29 больных установлен двухфазный цикл, у 24 — однофазный. Для предупреждения повторного кровотечения у больных с однофазным циклом мы успешно применяли прогестеронотерапию по 10 мг в течение 6 дней с учетом бывшего ранее менструального цикла. Больным, возраст которых превышал 45 лет, проводили андрогенотерапию.

У 3 из 70 больных наступили повторные кровотечения в результате нерегулярного лечения.

3 больных забеременели, 2 из них произвели искусственное прерывание беременности из-за нежелания иметь ребенка, у 1 наступили нормальные срочные роды.

ВЫВОДЫ

1. Внутриматочное введение эфира является простым и эффективным средством для остановки дисфункциональных маточных кровотечений.

2. Гемостаз наступает быстро независимо от возраста больных, этиологии, длительности и клинического проявления заболевания.

3. Кровоостанавливающий эффект от введения эфира в полость матки объясняется непосредственным воздействием паров эфира на слизистую и мускулатуру матки, а также на маточно-гипофизарный рефлекс.

УДК 616—089.888.15

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭФОЗИНА В РОДАХ

Л. Г. Ляйфер

Акушерско-гинекологическая клиника лечфака (зав.—проф. А. М. Фой) Саратовского медицинского института

В последние годы в периодической печати появились сообщения об успешном использовании в родах препарата спазмолитического действия эфозина, представляющего собой сочетание 1,1-дефенил-3-пиперидино-пропан-гидрохлорида и 2,2-дифенил-4-пиперидино-бутирамид-гидрохлорида в отношении 1:40 (Казанова Ленти, Шильдбах, Штейнмани, Ценцен). Препарат у 60% сокращает длительность физиологических родов у перво- и повторнородящих женщин и снимает функциональный спазм шейки матки; под влиянием эфозина схватки становятся регулярными и более интенсивными.

В 1969—1970 гг. эфозин был использован нами у 109 первородящих женщин (у 69 — при физиологических родах и у 40 — при родах, осложненных ригидностью маточного зева). 53 роженицам мы вводили эфозин в мышцу по 1 мл раствора, содержащего 10 мг 1,1-дифенил-3-пиперидино-пропан-гидрохлорида и 0,25 мг 2,2-дифенил-4-пиперидино-бутирамид-гидрохлорида, а 56 роженицам — в виде свечей, содержащих удвоенные дозы этих ингредиентов.

Назначая эфозин, мы избегали одновременного использования других спазмолитиков, а также промедола, обладающего, как известно, определенным спазмолитическим действием. Наши наблюдения согласуются с данными литературы об отсутствии заметного анальгезирующего действия эфозина. Это обстоятельство побудило нас после регистрации результатов влияния эфозина на шейку матки, в соответствии с принятыми в нашей клинике установками, по мере необходимости применять анальгетические препараты в чистом виде или в сочетании с известными спазмолитиками. Контроль за действием препарата мы осуществляли путем повторных влагалищных исследований, а также наружной непрямой гистерографии.

Спазмолитический эффект можно было обнаружить уже через 30 мин. после внутримышечного введения препарата и через 45 мин.—1 час после ректального введения его. Из 40 рожениц с ригидностью маточного зева у 33 удалось добиться желаемого результата, однако у 6 из них спустя 2—3 часа после введения эфозина зев вновь стал ригидным.

Представляет определенный интерес скорость раскрытия маточного зева после введения эфозина, которую мы исчисляли делением разницы в показателях раскрытия маточного зева до и после введения препарата на время в часах.

При ригидности маточного зева ($n=40$) этот показатель был равным $0,64 \pm 0,12$ поперечного пальца в один час ($M \pm m$). Если принять среднюю продолжительность родового акта у первородящих равной 18 часам, то для них этот показатель составит $0,31$ поперечного пальца в час (т. е. около одного поперечного пальца за 3 часа).

При неосложненных родах ($n=69$) скорость раскрытия маточного зева оказалась равной $0,57 \pm 0,09$ поперечного пальца в час ($M \pm m$). Разница по сравнению с родами, осложнившимися ригидностью маточного зева, незначительна ($P=62\%$ по Петерсу). При ригидности маточного зева благодаря эфозину нам удалось снять спазматическое состояние мускулатуры шейки матки и добиться такой скорости раскрытия зева, которая существенно не превышает таковую при неосложненных родах. Необходимо отметить, что если эфозин не ликвидировал ригидности маточного зева, использование других спазмолитических средств (тифен, атропин, но-шпа) далеко не всегда и, главное, не скоро приводит к желаемым результатам.

Из 23 рожениц, которые в процессе родового акта не получали других препаратов спазмолитического действия, кроме эфозина, у 18 роды продолжались менее 12 часов, а у остальных — менее 18 часов. В этой же группе рожениц скорость раскрытия маточного зева оказалась равной $0,40 \pm 0,08$ поперечного пальца в час ($M \pm m$), т. е. меньшей, чем в группе рожениц, получавших и другие спазмолитические препараты ($0,63 \pm 0,05$). Различия между этими группами статистически достоверны ($P=1,6\%$ по Петерсу). Изложенное диктует весьма сдержанную общую оценку спазмолитического действия изучавшегося нами препарата.

Анализ гистерограмм, полученных у наших рожениц, позволяет с достоверностью утверждать об отсутствии отрицательного влияния эфозина на сократительную деятельность матки. Несмотря на то, что в подавляющем большинстве гистерограмм (21 из 25) было зафиксировано увеличение длительности и амплитуды сокращений после введения эфозина, эти данные надо оценивать с осторожностью, помня об обычной тенденции к постепенному усилению сократительной деятельности матки в ходе физиологических родов.

* В наших наблюдениях не отмечалось кровопотерь в родах, превышающих физиологические границы (400 мл), так же как и повышенного процента асфиксий новорожденных (у нас — 2,8%). При оценке этих показателей следует учитывать, что они получены у первородящих с преимущественно неотягощенным анамнезом и неосложненным течением родового акта.

ВЫВОДЫ

1. Эфозин обладает спазмолитическим действием на мускулатуру шейки матки и ускоряет процесс раскрытия маточного зева. По влиянию на шейку матки уступает таким препаратам, как тифен, апрофен, ГОМК.

2. Мы не наблюдали отрицательного влияния эфозина как на родовую деятельность, так и на мать и плод.

УДК 618—006—612.35

ФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

М. И. Слепов и Ю. А. Уханова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и горнокодиспансер (главрач—И. Б. Нагимов)

В настоящее время одним из причинных факторов возникновения опухолей гениталий считают нарушение гормонального баланса. Содержание гормона в крови, его эффективность определяются функциональным состоянием не только эндокринной