

Через 1 год 6 месяцев от начала заболевания больная погибла от нарастающей анемии и лейкоемической интоксикации.

Сочетание острого лейкоза с беременностью неблагоприятно в смысле прогноза и для матери, и для плода. В приведенных наблюдениях беременность присоединилась к уже имеющемуся лейкозу. Прерывание беременности в ранние сроки мало влияло на течение острого лейкоза. Медицинские аборт, сделанные в начале беременности, даже при критически низком содержании тромбоцитов в крови, не сопровождались маточными кровотечениями.

Особенно неблагоприятно для прогноза, когда развернутая картина острого лейкоза возникает со второй половины беременности, то же относится и к геморрагической алейкии. Мы наблюдали больную 29 лет с тяжелой формой геморрагической алейкии. При беременности 20 недель плод погиб, произошел самопроизвольный выкидыш. Смерть наступила через 3 часа после извлечения плода и последа при явлениях резко выраженного геморрагического синдрома.

Создается впечатление, что при остром лейкозе прерывание беременности показано в возможно ранние сроки; в более поздние сроки оно грозит гибелью для матери.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аккерман В. В. Клин. мед., 1960, 1.— 2. Бургсдорф М. Е. с сотр. Научн. тр. Челябинской обл. больницы, 1964, Сб. II.— 3. Даштаянц Г. А. Сов. мед., 1956, 12; В кн.: Клиническая гематология. Медицина, 1965.— 4. Мясников Н. Н. Вопр. окр. мат. и дет., 1963, 10.— 5. Шнейдер М. С. и Костенко О. В. Тер. арх., 1959, 8.— 6. Яворковский Л. И. и Фонарев Г. А. Probl. hemat. i pereliv. krvi, 1958, 6.— 7. Яновский Д. Н. Клин. мед., 1958, 7.

УДК 618.176—618.14—005.1

ПРИМЕНЕНИЕ ПАРА-АМИНОМЕТИЛБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

И. М. Мазитов

*II кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина
и кафедра биохимии (зав. — проф. Д. М. Зубаиров)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова*

При дисфункциональных маточных кровотечениях перед врачом стоят две задачи: остановить кровотечение и предупредить его повторение. В данной работе мы рассматриваем первую задачу.

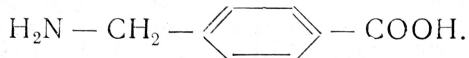
Обычно при первой госпитализации по поводу маточного кровотечения климактерического периода каждой больной производят выскабливание полости матки с целью исключения злокачественного новообразования. После выскабливания полости матки кровотечение почти всегда останавливается. При повторных поступлениях в стационар по поводу климактерического кровотечения, когда у больной имеется результат гистологического исследования соскоба из полости матки, применяемые с целью остановки кровотечения сокращающие матку средства не всегда дают эффект.

Изучение фибринолитической системы крови организма (Аструп, 1956; Мюллерт, 1956; Альбрехтсен, 1958; Макферлан, 1964; Г. В. Андреев, 1964, и др.) привлекло к себе внимание акушеров-гинекологов.

В одной из предшествующих работ мы показали значение местного фибринолиза при дисфункциональных маточных кровотечениях (И. М. Мазитов, 1966). На основании работ Альбрехтсена и наших исследований мы объясняем местный фибринолиз наличием тканевого активатора в эндометрии. При выскабливании полости матки удаляется поверхностный слой эндометрия — источник тканевого активатора. С восстановлением поверхностного слоя эндометрия может наступить рецидив кровотечения, что мы и наблюдаем у некоторых больных.

Из ингибиторов активатора плазминогена широкое применение получает эpsilon-аминокапроновая кислота (ЭАКК). ЭАКК применяется внутривенно (100 мл 6% раствора капельно, по 50—60 капель в мин.) или per os по 3,0—6,0 на прием. Для практического врача не всегда удобно каждый раз заряжать систему для внутривенного введения ЭАКК, а при применении per os для достижения цели, по нашим наблюдениям, требуется 40,0—45,0 препарата. Поэтому наше внимание привлек дру-

гой ингибитор активатора плазминогена — пара-аминометилбензойная кислота (ПАМБК), которая входит в практику под названием «ПАМВА» (p-aminomethylbenzoic acid). Это синтетический препарат следующей структуры:



ПАМБК как сильнодействующее антифибринолитическое средство впервые была предложена в 1962 г. Марквардтом и сотр. Она производится в ГДР, выпускается в ампулах и в таблетках. Применяется внутривенно по 50—100 мг, внутримышечно по 100 мг или per os по 200—250 мг. По данным Марквардта и Клёкинга (1965), ПАМБК хорошо всасывается при любом методе введения и до 50—70% выделяется мочой в неизменном виде в течение 24 часов. У некоторых больных препарат был применен повторно через 6—8 часов. Побочных реакций не наблюдалось (Фогель и Зундерманн, 1965). Действие ПАМБК на фибринолиз по Марквардту и Клёкингу (1965) схематически представлено на рис. 1.

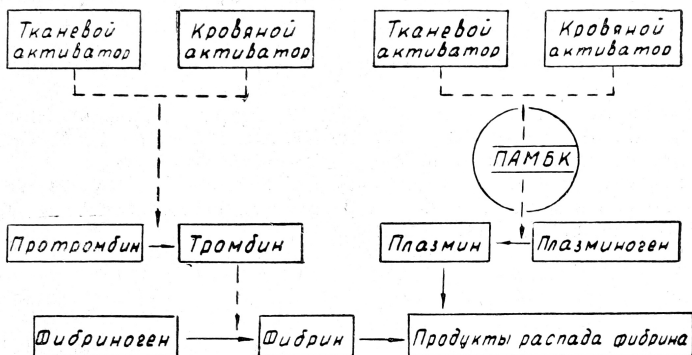


Рис. 1.

Нами ПАМБК¹ была применена у 7 женщин с маточными кровотечениями климактерического периода. У больных были определены свертываемость гемолизата по Марголису, протромбиновый индекс по Квику в модификации В. Н. Туголукова, потребление протромбина по Мерски, содержание фибриногена биуретовым методом по Перлику, подсчет тромбоцитов методом фазово-контрастной микроскопии, общий и местный фибринолиз по Аструпу и Мюллертцу в модификации Перлика и по Лассену. В свертывающей системе крови мы не выявили изменений, выходящих за пределы нормальных колебаний, за исключением некоторого понижения потребления протромбина. Как мы уже указывали (И. М. Мазитов, 1966), в общем кровотоке при дисфункциональных маточных кровотечениях фибринолитическую активность определить не удастся, тогда как в маточных кровянистых выделениях обнаруживается местная фибринолитическая активность. У этих же больных была исследована экскреция эстрогенных гормонов по методу Брауна, Бульбрука и Грэнвуда. В дни кровотечения у всех больных уровень экскреции эстрогенов снижен (4,55—10,65 мкг), причем между фракциями — эстроном (2,20—4,45 мкг), эстрадиолом (0,75—2,05 мкг) и эстриолом (1,60—4,50 мкг) — существенных сдвигов не отмечено.

ПАМБК вводили по 50 мг внутримышечно в шейку матки. Двум больным вводили 2 раза с 24-часовым перерывом, остальным по одному разу. У 2 женщин кровотечение прекратилось в первые 2—3 часа после однократного введения препарата и больше не повторялось. У 4 больных кровотечение после инъекции препарата уменьшилось. В маточной крови местная фибринолитическая активность оказалась уменьшенной. У них кровотечение прекратилось через 7 часов и возобновилось через 18—21 час с момента введения препарата, однако в меньшем размере. У 1 женщины инъекцию препарата повторили, у 3 других кровотечения прекратилось на 3-й день без последующего лечения. У 1 больной маточное кровотечение после применения ПАМБК не уменьшилось, через 4 часа у нее не было уменьшения фибринолитической активности. Поэтому через 24 часа препарат ввели повторно. Через сутки, не ожидая дальнейших результатов, мы произвели выскабливание полости матки.

При применении препарата побочных реакций не отмечалось, кроме чувства «пощипывания» в области матки, которое продолжалось около 30—60 мин. При определении факторов свертывания крови после остановки кровотечения мы также не нашли существенных сдвигов, выходящих за пределы нормальных колебаний.

Полученные данные позволяют сделать заключение, что, наряду с другими препаратами, для остановки маточного кровотечения может быть применена пара-аминометилбензойная кислота. ПАМБК обладает сильной антифибринолитической актив-

¹ Мы благодарны З. В. Тищенко (Кубанский мед. ин-т) за любезное предоставление пара-аминометилбензойной кислоты.

ностью, что дает возможность применять ее в малых дозах. Мы считаем, что решающим показанием для применения ПАМБК, как и для ЭАКК, при дисфункциональных маточных кровотечениях является наличие местной фибринолитической активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреевко Г. В. Казанский мед. ж., 1964, 6.— 2. Мазитов И. М. Мат. конф. по проблемам свертывания крови. Баку, 1966; Казанский мед. ж., 1966, 6.— 3. Albrechtsen O. K. Proc. VI Congress European Soc. Haemat., Basel—N. York, 1958, 487—489.— 4. Astrup T. Blood, 1956, 11, 9, 781—806.— 5. Astrup T. a. Müllertz S. Archiv Biochem. Biophys., 1952, 40, 2, 346—351.— 6. Brown J. B., Bulbrook R. D. a. Greenwood F. C. J. Endocrin., 1957, 16, 1, 49—56.— 7. Lassen M. Acta physiol. scand., 1952, 27, 371—376.— 8. Macfarlane R. G. Brit. med. Bull., 1964, 20, 3, 173. 178.— 9. Markwardt F. u. Klöcking H. P. Acta biol. med. german., 1965, 14, 519—529; Medicamentum, 1965, 6, 10, 297—303.— 10. Mersky. В кн.: Nossel H. L. The contact phase of blood coagulation. Philadelphia, 1964, 133—134.— 11. Müllertz S. Acta physiol. scand., 1956, 38, suppl. 130, 13—66.— 12. Perlick E. Gerinnungslaboratorium in Klinik und Praxis. Leipzig, 1960.— 13. Vogel G. u. Sundermann A. Medicamentum, 1965, 6, 10, 303—309.— 14. Vogel G. Z. ges. inn. Med., 1966, 21, 2, 2—4.

УДК 615.779.9—616—084—618.1

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ¹

С. Г. Сафина, В. Г. Дунаева и Н. В. Ямкин

*ИИ кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Х. Х. Мещеров)
и кафедра микробиологии (зав.—доц. З. Х. Каримова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова*

Изучая профилактическое применение антибиотиков с определением чувствительности к ним микрофлоры, мы стремились уточнить, какие микроорганизмы чаще играют роль в этиологии гинекологических воспалительных заболеваний и к каким антибиотикам они наиболее чувствительны; сравнивали результаты лечения двух групп больных, которые были оперированы в одних и тех же условиях, но одни получали профилактическое лечение антибиотиками без определения чувствительности микрофлоры к ним, а вторые — после предварительного определения чувствительности.

Были рассмотрены истории болезни 181 женщины в возрасте 20—45 лет. 101 получила антибиотики с определением чувствительности микрофлоры к ним, а 80 — без определения.

Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам осуществлялось методом бумажных дисков. Использованы диски отечественного производства с 10 различными антибиотиками: пенициллином, эритромицином, стрептомицином, мономицином, мицеринном, колимицином, левомицетином, тетрациклином, биомицином, тетрациклином.

Учитывая особенности строения женской половой системы, способствующие восхождению инфекции, мы сочли необходимым брать материал для исследования стерильным тампоном или петлей из содержимого влагалища, раскрытого зеркалом Куско. Для определения вида микроба готовили мазки из отдельных колоний. Мазки окрашивали по Грам — Синеву и рассматривали с иммерсионной системой (объектив 90, окуляр 7).

Нами установлено, что наиболее часто высевается стафилококк, реже — стрептококк, диплококк и грамтрицательные палочки.

При определении чувствительности общей микрофлоры больных к антибиотикам получены следующие результаты: флора, чувствительная к колимицину, оказалась у 73 больных, к мономицину — у 59, к мицерину — у 53, к эритромицину — у 39, к стрептомицину — у 20, к левомицетино — у 19, к биомицину — у 14, к пенициллину — у 13, к тетрациклину — у 10 и к тетрациклину — у 9.

Стафилококки, выделенные у наших больных, в основном были чувствительны к мономицину, колимицину, мицерину и эритромицину, малочувствительны к стрептомицину и биомицину, не чувствительны к пенициллину. Это объясняется, по-видимому, длительным и бесцельным применением в лечебных учреждениях именно этих антибиотиков.

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров и гинекологов 9/VI 1966 г.