

использована лавсановая сетка. Синтетическая сетка прикладывалась после наложения сагиттальных швов, закреплялась по боковым отделам сверху и снизу отдельными узловатыми швами. Затем зашивалась стенка влагалища (рис. 1).

У всех больных послеоперационный период протекал гладко, мочеиспускание стало нормальным. Одна больная через шесть месяцев после операции лечилась в клинике по поводу цистита, выписалась после исчезновения воспалительных явлений.

В заключение мы позволим себе дополнить следующими указаниями методику операции. Влагалищные лоскуты целесообразно зашивать узловыми кетгутowymi швами с захватыванием частично и мышечной ткани передней стенки шейки матки (рис. 1). Этим устраняется возникновение гематомы под стенкой влагалища в первые часы после операции и предупреждается рецидив недержания мочи. Из 33 больных, оперированных в нашей клинике, у 17 автор данной статьи применил указанную методику зашивания передней стенки влагалища и у всех больных получил положительные результаты на ближайших и отдаленных сроках после операции.

ВЫВОДЫ

1. Операция транспозиции дна мочевого пузыря по Д. Н. Атабекову физиологически достаточно обоснована, проста по технике и практически дает хорошие результаты.

2. Для профилактики рецидива болезни считаем целесообразным операцию транспозиции дна мочевого пузыря дополнить:

а) пластикой стенки пузыря аллопластическими материалами, б) частичным укреплением передней стенки влагалища к обнаженному участку передней стенки шейки матки.

3. Для улучшения ближайших и отдаленных результатов операции вполне показанным является применение в пред- и послеоперационном периодах лечебной гимнастики, направленной на укрепление мышц брюшного пресса и тазового дна.

4. Больные, перенесшие операцию по поводу функционального недержания мочи, должны находиться под диспансерным наблюдением женской консультации в первые 3 года после операции. Восстановление трудоспособности наступает через 3 месяца после операции, а при физическом труде — через год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атабеков Д. Н. Недержание мочи у женщин и его лечение. М., 1927. Очерки по урогинекологии. Медгиз, М., 1963.
2. Бакрадзе А. Т. Гинек. и акуш. 1934, 6.
3. Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, М., 1952.
4. Гехман Б. С. Урология. 1961, 5.
5. Дунчик В. Н. Там же.
6. Левин Э. Г. Там же. 1963, 2.
7. Мажниц А. М. Руководство по акушерству и гинекологии. Медгиз, М., 1961, том VI.
8. Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. Медгиз, М., 1959.
9. Фигурнов К. М. Акуш. и гинек., 1948, 6.
10. Чухриенко Д. П. Акуш. и гинек., 1960, 2.
11. Cernoch A. Gynaecologia. 1957, 143, 6. Мед. реф. ж., 1958, 7.
12. Zaduron. Bull. Soc. roy belge Gynec. Obstet. 1961, 31, 6. Медицинский рефер. журн. Разд. X, 1962, 8.

Поступила 27 марта 1964 г.

УДК 618.14—005.1

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

А. А. Радионченко и О. Э. Конищева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Б. С. Пойзнер)
Томского медицинского института

Функциональными маточными кровотечениями страдает значительная часть женщин. Заболевание встречается во все периоды жизни. В настоящее время ряд вопросов этиологии и патогенеза, профилактики и лечения этих заболеваний не может считаться окончательно выясненным.

Среди этиологических факторов большое значение имеют нейро-гуморальные нарушения, гипо- и авитаминозы, инфекция, интоксикация и т. д.

Проведенными исследованиями (А. А. Радионченко) установлено значение в механизме возникновения таких кровотечений нарушений резистентности сосудов и свертывающей и фибринолитической систем крови.

Под нашим наблюдением находилось 260 больных функциональными маточными кровотечениями. При назначении лечения мы руководствовались возрастом больной, анамнезом, клиникой и течением заболевания, а также результатами исследования резистентности капилляров, свертывающей системы крови, эстрогенности влагалищного секрета, гистологического исследования эндометрия.

Больным климактерическими кровотечениями назначалось консервативное и хирургическое лечение. Эстрогенные гормоны назначались осторожно, при этом учитывался гормональный фон (исследование влагалищных мазков на степень эстрогенности и

гистологическое исследование эндометрия). Гормонотерапия проводилась при климактерических неврозах с преобладанием симптомов сосудистого и нейро-эндокринного характера.

В последние годы публикуются работы, свидетельствующие о лечении Σ -аминокапроновой кислотой (АКК) кровотечений и геморрагических состояний, сопровождающихся повышенной фибринолитической активностью (К. Prossi, Moreno A. H., Catton, Schwarzenberg, Schneider, Б. В. Полушкин и З. С. Баркаган и др.).

Основное действие АКК сводится к угнетению фибринолиза. Помимо этого, АКК повышает резистентность капилляров, улучшает агрегатируемость тромбоцитов и укорачивает время кровотечения (Catton, Schwarzenberg, Schneider, Amiel, Mathe и др.).

При введении внутрь АКК быстро всасывается и поступает в кровь и так же быстро выделяется с мочой.

АКК с гемостатической целью нами была применена у 25 больных. Среди них у 3 с ювенильными кровотечениями, у 5 — с климактерическими и у 17 — в детородном периоде.

АКК назначалась внутрь в дозе 2,0—10,0 в сутки. При ювенильных кровотечениях АКК назначалась по 0,5, взрослым по 1,0 на прием. Учитывая быстрое выведение АКК из организма, прием ее повторялся через 4 часа. Суммарная доза колебалась от 10,0 до 50,0. Прием АКК прекращался после наступления гемостатического эффекта. По нашим наблюдениям, АКК не обладает токсическим действием. Лечение АКК проводилось под контролем свертывающей и фибринолитической систем крови. Под влиянием АКК наблюдалось укорочение времени свертывания крови ($p = 0,02$), снижение фибринолитической активности крови ($p = 0,02$); время рекальцификации плазмы, толерантность плазмы к гепарину, антитромбиновая активность и концентрация фибриногена оставались без изменений.

Нами разработаны и предложены следующие схемы лечения больных функциональными маточными кровотечениями.

Схема I: а) Викасол по 0,015 три раза в день в течение 4 дней, затем перерыв три дня и вновь три дня прием. Общая доза на курс лечения 0,4. Лечение викасолом продолжается и по прекращении кровотечения.

б) Витамин Р по 0,02 3 раза в день в течение 18—30 дней.

в) Витамин С по 0,2 3 раза в день в течение 18—30 дней.

Витамин Р и С больные продолжали применять и после прекращения кровотечения.

г) Внутривенное введение 10 мл 40% раствора глюкозы с 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Вливание производится ежедневно в течение 10 дней.

Если у больной гемоглобин был ниже 50%, проводилось переливание свежей донорской крови в количестве 80—100 мл с перерывом 3—5 дней и назначался витамин В₁₂.

Схема II: а) Витамин К, Р, С, как в схеме I.

б) Стиптицин по 0,05 3 раза в день.

в) Жидкий экстракт спорыньи по 25—30 капель 3 раза в день.

г) 2% раствор пахикарпина по 1 мл внутримышечно, один — два раза в день.

Стиптицин, спорынья и пахикарпин назначаются в продолжение 10 дней.

Назначение препаратов по схеме I и II может сочетаться с гормонотерапией, физиопроцедурами, радоновыми и хвойными ваннами, выскабливанием полости матки и другими методами.

Больным, выписываемым из стационара, рекомендовалось при каждой следующей менструации в течение 4—5 месяцев проводить лечение по схеме I. Прием препаратов следует назначать за три дня до прихода менструации и продолжать в течение всех ее дней.

Аскорбиновая кислота назначается как стимулятор протромбинообразовательной функции печени, эритропоэза, белкового обмена, оказывает положительное влияние на образование межклеточного межэндотелиального вещества и обеспечивает нормальную эластичность капилляров.

Витамин Р в сочетании с аскорбиновой кислотой уменьшает проницаемость и повышает резистентность стенки капилляров.

Витамин К стимулирует протромбинообразовательную функцию печени и повышает резистентность кровеносных сосудов.

Назначение витамина В₁₂ преследовало цель — повысить тромбоцито- и эритроцитопоз.

Пахикарпин повышает свертывание крови, вызывает сокращение матки.

Спорынья обладает гемостатическим действием, влияя на сосуды и кровь, способствует остановке кровотечения из венул и капилляров. Спорынья увеличивает тонус и механическую возбудимость матки, усиливает ее ритмические сокращения.

Гормонотерапия проводилась преимущественно у женщин детородного, реже — климактерического периодов. Гормоны назначались в основном по методикам Е. И. Кватера и П. Г. Шушанина. Из физиопроцедур назначались УФЧ по В. И. Константинову, ионогальванизация по Щербаку и Келлату, из бальнеопроцедур — радоновые и хвойные ванны.

В юношеском и климактерическом периодах широко назначалась лечебная гимнастика.

Из хирургических методов лечения чаще всего прибегали к выскабливанию полости матки, которое применялось как самостоятельный метод, так и в комбинации с консервативным лечением.

Радикальные операции с гемостатической целью проведены только по жизненным показаниям (у 0,8% больных). Одной больной проведена внутриматочная диатермокоагуляция.

Для оценки гемостатического действия метода велся учет дней кровотечения, считая от начала лечения.

Из группы консервативных методов лечения самый высокий эффект наблюдался при назначении АКК, а также при сочетании физиопроцедур с медикаментами по схеме 1. Кровотечение прекращалось в среднем через три дня. При лечении гормонами по методике Е. И. Кватера и физиопроцедурами кровотечение останавливалось в среднем на 5-й день; при медикаментозном лечении по схеме 1 — на 5—6-й день. Наиболее слабый гемостатический эффект наблюдался при лечении только гормонами (8 дней).

При консервативном лечении больных функциональными маточными кровотечениями выздоровление наступило в 70%.

При применении одного выскабливания полости матки кровотечение прекращалось на 8—9 сутки. При лечении только выскабливанием полости матки у 45% больных наступил рецидив.

При лечении по схеме I восстановление резистентности сосудов и увеличение количества кровяных пластинок идут быстрее, чем при лечении одним выскабливанием полости матки. Следовательно, назначение больным функциональными маточными кровотечениями витаминов К, С, Р и В₁₂, а также растворов хлористого кальция и глюкозы способствует быстрейшему прекращению кровотечений.

Из 150 больных, у которых проводилось исследование свертывающей системы крови и резистентности капилляров, 90 было обследовано повторно через 6—36 месяцев после лечения.

Среди подвергшихся повторному обследованию было 13 девушек и девочек, 50 женщин детородного периода и 27 — климактерического. Из 13 девочек менструальный цикл установился у 6, у 8 он был нарушен, две из них повторно находились на лечении.

Из 50 больных детородного периода у 83% менструальный цикл восстановился, у 17% наблюдались периодические маточные кровотечения. 10 больных, страдавших бесплодием, забеременели. У семи беременность закончилась срочными нормальными родами, у двух — медицинским абортom по желанию женщин, у одной — внематочной беременностью.

Среди больных климактерического периода у 34% после лечения в клинике наступила аменорея, у 48% — менструальный цикл восстановился, преимущественно у женщин в возрасте 40—45 лет; 18% женщин страдало периодическими маточными кровотечениями.

ВЫВОДЫ

1. При лечении больных функциональными маточными кровотечениями с гемостатической целью можно рекомендовать применение аминкапроновой кислоты. Необходимо также назначать витамины К, С, Р, а также растворы хлористого кальция и глюкозы.

2. К выскабливанию полости матки следует прибегать только при отсутствии эффекта от консервативного лечения и в диагностических целях.

3. Ампутация тела матки показана лишь по жизненным показаниям.

4. По окончании курса лечения в дальнейшем в профилактических целях рекомендуется накануне менструации и во время очередной менструации в течение 4—5 месяцев принимать витамины К, С и Р и раствор хлористого кальция.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. М., Медгиз, 1961.
2. Константинов В. И. Функциональные маточные кровотечения и их лечение. (Информационное письмо). Харьков, Украинский институт экспериментальной эндокринологии, 1958.
3. Полужкин В. П., Баркаган З. С. Клин. мед., 1963, 8. — 4. Радионченко А. А. Акуш. и гинек. 1959, 6; 1961, 4; 1962, 6. — 5. Шушания П. Г. Акуш. и гинек. 1950, 5. — 6. Catton A., Schwarzenberg Z., Schneider M., Amiel I. Z., Mathe G. Actaolites theraplutiques Medicales, 1963, 71, 43. — 7. Prossi K., Margeno A. H., Rouselot. Ann. Surg. 1961, 153.

Поступила 14 апреля 1964 г.