

ления гнойного метро-эндометрита, гнойные выделения из влагалища, явления септицемии и септикопиемии, а у 2 — явления септического перитонита и панметрита, что потребовало экстирпации матки с трубами.

Несмотря на массивную антибиотикотерапию (внутривенно пенициллин 20 млн. в сутки, метациллин 4,0 в сутки, олеандомицин 4 млн. в сутки), состояние больных оставалось тяжелым, сохранялась выраженная анемия, гипопротеинемия (общий белок крови 4,5—5%), гипокальциемия (6,7 мг%), гипонатриемия (290 мг%) и гипокальциемия (в плазме 12,5, в эритроцитах 336 мг%). У 2 больных сепсис сопровождался пневмонией, гнойным плевритом, а у 1 наступил спонтанный пневмоторакс. Всем больным с целью борьбы с гипопротеинемией и нарушениями водно-электролитного обмена были сделаны прямые переливания крови, в том числе одной — 6 раз и одной — 3 раза. Переливание проводили в реанимационно-восстановительной палате непосредственно от донора к реципиенту по методике Брауна, в количестве 200—300 мл крови за раз.

После прямых переливаний крови состояние больных значительно улучшалось, удавалось быстро ликвидировать явления гипопротеинемии, гипокалиемии и гипокальциемии.

У 2 женщин септическое заболевание сопровождалось внутрисосудистым гемолизом с выраженным поражением печени и почек (билирубин крови 9,9 мг% по Боккальчуку, в моче белок — 4,95%). Этим больным трижды производили замечное переливание свежестатральной крови, внутривенное введение маннитола, благодаря чему удалось остановить внутрисосудистый гемолиз и купировать явления относительной почечной недостаточности.

Выраженная гипопротеинемия (общий белок крови — 4,3%), анемия (гем. — 54 ед.) исчезли после двукратного прямого переливания свежей донорской крови и сухой плазмы.

Благодаря проведенным мероприятиям удалось добиться выздоровления всех больных, несмотря на то, что септический процесс носил тяжелый характер. По-видимому, большую роль в успехе лечения сыграло прямое переливание крови, которое устраняло нарушения водно-солевого, белкового обмена и повышало защитные силы организма, поэтому прямое переливание крови следует гораздо шире применять у больных с генитальным сепсисом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багдасаров А. А., Гуляев А. В. Переливание крови. Медгиз, М., 1951.
2. Бакшеев Н. С. Маточные кровотечения в акушерстве. Киев, 1966.
3. Беркутов А. Н., Корчанов Л. С., Ярославцева Н. А., Бочарова Д. И. Воен. мед. журн., 1962, 5.
4. Добриков О. В., Аничков М. Н., Будаговский М. Г. Там же, 1969, 12.
5. Жмакин К. Н. Вопр. охр. мат. и дет., 1971, 4.
6. Филатов А. Н., Карташевский Н. Г., Кузьмин В. А. Вестн. хир., 1968, 8.
7. Sorensen D. K., Bond V. P., Cronkite E. P., Remon. Rad Researh., 1960, 13, 5, 669—685.

УДК 616—055.2—602

О СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ

В. Я. Перепелица

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. А. М. Фой) лечебного факультета Саратовского медицинского института

Как известно, воспалительные заболевания половых органов женщины продолжают оставаться актуальной проблемой, особенно в профилактическом плане. Число женщин, обращающихся по этому поводу в лечебные учреждения, чрезвычайно велико.

Мы наблюдали 637 больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. У 5 из них (0,8%) был метроэндометрит, у 583 (91,47%) — сальпингооофорит, у 12 (1,9%) — периметрит, у 1 (0,1%) — экссудативный параметрит, у 33 (5,2%) — экссудативный пельвиоперитонит и у 3 (0,47%) — перитонит.

Из 583 больных сальпингооофоритом 230 (39%) заболели впервые и поступили в острой или подострой стадиях заболевания. 353 (61%) больных поступили в хронической стадии процесса, из них 239 — в стадии обострения. У 118 женщин отмечены частые рецидивы болезни на протяжении от 3 до 17 лет, чаще всего связанные с наличием воспалительных мешотчатых опухолей, дающих обострение под влиянием целого ряда общеизвестных неблагоприятных факторов. У 114 больных обнаружено хроническое течение заболевания без явлений обострения, но с наличием спаек и тяжелей. Причину возникновения и обострения своего заболевания 150 (23,5%) женщин

связывали с абортными и осложненным течением родов, 106 (17%) заболели после переохлаждения, 87 (13,5%) — спустя несколько недель после замужества, после очередных менструаций. Часть из них живет случайными половыми связями, 83 женщины (13%) указывают, что заболели после тяжелой физической работы, 64 (10%) связывают свое заболевание с перенесенным недавно гриппом, а у 147 (23%) predisposing факторы не были выявлены. У 16 (2,5%) больных из 637 удалось диагностировать остро восходящую гонорею, а у 192 (30,1%) была клинико-анамнестическая гонорея.

Основными симптомами салпингоофоритов в острой и подострой стадиях и в стадии обострения при поступлении в стационар были умеренно выраженные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей (типа мено-метрорагии). Резкие боли и выраженное ухудшение общего состояния констатированы только у 68 больных, белы в недавнем прошлом — у 96, уретриты — у 79, тасила gonorrhoeica — у 56. При хроническом воспалительном процессе у 91 больной отмечена быстрая утомляемость, слабость, раздражительность, боли в области крестца и пояснице из них у 46 найдены явления невралгии (обследованы невропатологом). Только у 33 больных была температурная реакция до поступления в стационар, а у 159 — в стационаре, всего повышение температуры было у 192 (33%). В течение 7—11 дней она оставалась субфебрильной у 81 женщины (42%). Лейкоцитоз с умеренным сдвигом влево и ускорение РОЭ выявлены у 75 (11,1%) больных; только ускорение РОЭ — у 40 (7%). 90 (15%) больных до поступления в стационар лечились амбулаторно и домашними средствами.

В нашей клинике при лечении воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов в острой и подострой стадиях широко применяются препараты нитрофуранового ряда, а также сочетание их с антибиотиками широкого спектра действия (установленный синергизм антимикробного действия). Мы назначали фурагин перорально по 0,14 раза в день в течение 6—8 дней и одновременно капельно ректально по 300 мл 1:13000 раствора ежедневно до 10 дней. Наряду с обычным использованием антибиотиков и нитрофуранов мы сравнительно широко применяли их путем подведения непосредственно к воспалительному очагу через задний свод влагалища пункционным методом. В результате многолетних исследований сотрудников нашей клиники установлено, что «благоприятный исход этого метода терапии возможен не только благодаря непосредственному удалению микроорганизмов из воспалительного очага, но и в результате создания высокой концентрации препарата, что позволяет купировать остро возникающий и бурно протекающий воспалительный процесс, предупреждая тем самым дальнейшее распространение инфекции» (А. М. Фой, Г. К. Парафейник и др.). При необходимости лечение дополняли назначением витаминов, биостимуляторов, физиотерапевтических процедур (озокерит, брюшнокрестцовая диатермия, электрофорез с различными лекарственными веществами).

Выздоровевшими мы считали тех больных, у которых нормализовалась температура, картина крови, полностью исчезли инфильтраты и воспалительные опухоли придатков и при пальпации области придатков не отмечалось болезненности. В группу больных с улучшением вошли лица, у которых пальпаторная чувствительность в области измененных придатков была слабой, почти полностью исчезли инфильтраты и значительно уменьшилась величина воспалительных опухолей.

В общей сложности 77 (12,1%) женщин получали фурагин, 105 (16,5%) — антибиотики, 111 (17,3%) — фурагин и антибиотики, причем 198 (31,1%) больных фурагин и антибиотики подводили через задний свод влагалища пункционным методом; 114 (17,9%) женщин мы лечили только физиотерапевтическими процедурами (озокеритом, брюшнокрестцовой диатермией, электрофорезом с различными лекарственными веществами) в сочетании с аутогемотерапией, витаминами, лидазой. Всего же физиопроцедуры получали 298 больных.

Лечение фурагином (с учетом физиопроцедур) дало выздоровление у 52 (67,5%) женщин, антибиотиками — у 68 (64,6%), фурагином и антибиотиками — у 76 (68,5%), в том числе при введении антибиотиков и фурагина пункционным методом через задний свод влагалища — у 160 (80,8%); физиотерапевтические процедуры в сочетании с аутогемотерапией дали хороший результат у 62 (54,4%) больных. 32 женщины (5,1%) подверглись оперативному лечению ввиду того, что у них были частые рецидивы заболевания (мешотчатые опухоли придатков матки), несмотря на проводимую терапию.

Улучшения состояния удалось достигнуть при лечении фурагином у 23 (30,0%) женщин, антибиотиками — у 33 (31,5%), антибиотиками и фурагином — у 32 (28,8%), в том числе при введении антибиотиков и нитрофуранов через задний свод влагалища — у 34 (17,2%); физиотерапевтические процедуры привели к улучшению состояния у 52 (44,6%) больных. Таким образом, у 450 (70,6%) женщин наступило полное выздоровление, у 174 (27,2%) состояние улучшилось и у 13 (2,2%) осталось без изменений (в основном у страдающих хроническим часто рецидивирующим салпингоофоритом). У большинства больных уже на 3-й день от начала лечения исчезала температурная реакция, к 5—6-му дню восстанавливалась картина крови. У женщин, которым средства антимикробного действия подводили к воспалительному очагу через задний свод влагалища, температурная реакция и боли ликвидировались к концу 1-х или началу 2-х суток.

У женщин, леченных фурагином, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 15 дней, антибиотиками — 17,6; фурагином и антибиотиками — 16; пункционным методом — 12,8; у получавших только физиотерапевтические процедуры — 20,6. Высокий процент выздоровления (70,6%) обусловлен тем, что мы сравнительно рано назначали физиотерапевтические процедуры (озокерит, брешнокрестцовую диатермию, УВЧ) как дополнение к вышеуказанной терапии, даже у больных с гнойными воспалительными заболеваниями внутренних половых органов.

ВЫВОДЫ

1. В структуре воспалительных заболеваний первое место занимают воспалительные процессы придатков матки. Обращает на себя внимание небольшое число больных с экссудативными процессами в тазовой брюшине и клетчатке.

2. Комбинированное применение антибиотиков и нитрофуранов в комплексе с подведенным антимикробных препаратов непосредственно к патологическому очагу с последующими физиотерапевтическими процедурами является наиболее эффективным методом, почти не имеющим противопоказаний.

3. Необходимо шире прибегать к оперативному вмешательству при хронических часто рецидивирующих сальпингоофоритах, особенно при возникновении воспалительных мешотчатых опухолей придатков матки.

УДК 615.711.6

О МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ КОФЕИНА НА НЕЙРО-ЭНДОКРИННЫЙ АППАРАТ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

А. И. Нефедова

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— проф. Я. М. Милославский) и
кафедра патанатомии (зав.— проф. В. А. Добрынин) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

По данным А. И. Серановой (1963), К. И. Цинцадзе и соавт. (1969), кофеин способствует развитию алиментарной гиперхолестеринемии. И. К. Шхвацабая (1956) показал, что длительное применение кофеина у кроликов приводит к понижению алиментарной гиперхолестеринемии и слабо влияет на липоидоз сосудов. Отсюда вытекает необходимость дальнейшего изучения кофеина при терапии атеросклероза.

Опыты поставлены на 75 кроликах-самцах породы «шиншилла», весом 2,5—3 кг. У контрольных кроликов гиперхолестеринемию вызывали путем ежедневного введения холестерина из расчета 0,2 г/кг веса животного. Опытным кроликам холестерин давали в той же дозе и одновременно вводили через зонд раствор кофеина-безоата натрия по 50 мг 1 и 2 раза в сутки. В динамике эксперимента определяли содержание холестерина и фосфолипидов в крови по методике Блюра. Для выявления в сыворотке крови липопротеидов, фракционированных методом электрофореза на бумаге, мы применили методику окраски липопротеидов по Канаброцки и соавт., модифицированную В. Ф. Богоявленским и Д. Н. Розенштейном (1961). На 50 и 100-й дни опыта контрольных и опытных кроликов умерщвляли воздушной эмболией. Производили взвешивание надпочечников и измерение длины долей щитовидной железы; после препаровки аорты фиксировали в 10% нейтральном формалине и окрашивали суданом III по методике Г. Г. Непряхина (1970). Для измерения площади поражения аорт атеросклеротическим процессом применяли метод прямой планиметрии по Г. Г. Автандилову (1961). Проводили морфо-гистохимическое исследование печени, надпочечников, щитовидной железы, гипофиза, почек, миокарда и легких. Замороженные срезы органов окрашивали гематоксилин-эозином, суданом III, нильским голубым, просматривали в поляризованном свете для выявления двойкопреломляющих липидов. Для гистохимического изучения аскорбиновой кислоты использовали метод серебрения кусочков органов по Г. Г. Непряхину и В. П. Нефедову [8].

В наших опытах введение кроликам кофеина вместе с холестерином препятствовало развитию гиперхолестеринемии и липоидоза аорты. Наилучший эффект был получен у кроликов, которым вводили кофеин по 50 мг в сутки. У этих кроликов, несмотря на сравнительно высокий уровень холестерина в крови — 824 мг% на 100-й день опыта (у контрольных кроликов — 1272 мг%), липоидоз аорты и органов артерий не был обнаружен, отсутствовало ожирение печени и клеток ретикуло-эндотелиальной системы, но в то же время отмечено накопление в печеночных клетках двойкопреломляющих липидов. Средняя величина площади атеросклеротического поражения аорты у опытных кроликов, которым вводили кофеин по 100 мг в сутки, была равна 7,6%, а у контрольных — 18,8% ($P < 0,02$).