

ПРИМЕНЕНИЕ НИТРОФУРАНА В ГИНЕКОЛОГИИ

И. Д. Львовская

Акушерско-гинекологическая клиника (зав. — проф. А. М. Фой) лечебного факультета Саратовского медицинского института и гинекологическое отделение 1-й Городской клинической больницы им. В. И. Ленина (главрач — Ю. Я. Гордзев)

По данным нашей клиники и кафедры микробиологии (зав. — проф. С. И. Шеришорина), среди возбудителей воспалительных заболеваний женской половой сферы ведущее место занимают стафилококки (45%), а также кишечная палочка (29,8%); на долю стрептококков падает лишь 15,3%, у 9,8% больных из шеечного канала были выделены другие микроорганизмы. Все выделенные микроорганизмы оказались нечувствительными ко многим антибиотикам: 77,9% — к тетрациклину, 77,1% — к тетраамицину, 74,8% — к биомицину, 60,3% — к пенициллину, 40,5% — к эритромицину, 33,6% — к стрептомицину, 26% — к левомицетину. Микробов, резистентных к нитрофурановым препаратам, не было выявлено. Резистентными к ним оказались лишь 4 выделенных штамма протей.

По нашим многолетним данным, местное подведение средств антибиотического действия непосредственно к воспалительному очагу имеет значительные преимущества перед другими вариантами парентерального использования антибиотиков. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности подобного местного использования средств нитрофуранового ряда (фурагин, фуразолидон и др.), подводимых после пункции заднего свода влагалища и отсасывания выпота при экссудативных параметритах, пельвиоперитонитах, а также при пиосальпинксах. Фурагин вводят в количестве 100 мл раствора. Отмечается резкое укорочение (примерно вдвое) лихорадочной стадии заболевания и пресечение дальнейших выпотных процессов, а также прекращение болей. Еще более эффективно сочетанное введение одного из нитрофурановых препаратов с пенициллином благодаря синергизму их антибактериальных влияний. Для предупреждения болевых ощущений нитрофураны вводят через задний свод влагалища вместе с новокаином (50 мл 0,25% раствора). Ряду больных терапию пункционным методом проводили повторно. Все это дало возможность раньше начать физиотерапевтическое лечение.

Весьма положительные результаты были получены нами при ректальном капельном введении 200—250 мл фурагина (1 : 13000) у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки в острой и подострой стадиях. Необычно быстро исчезали болевые ощущения, укорачивался лихорадочный период заболевания. Побочных влияний нитрофуранов не было обнаружено и при данном методе введения препарата.

Столь же эффективно профилактическое использование нитрофуранов в оперативной гинекологии. До начала их использования в течение ряда лет частота нагноения швов в нашей клинике колебалась от 0,7 до 0,9%. Оставление в брюшной полости одного из нитрофуранов (на новокаине), иногда в сочетании с пенициллином, привело к снижению данного показателя до 0,3%, а в 1969—1970 гг. на 1500 чревосечений — до 0,12%. Уменьшилось число случаев и других осложнений инфекционной этиологии (серомы, инфильтраты в культях, пневмонии, перитонизм и др.). До внедрения в практику нитрофуранов частота их достигала 7%. В настоящее время эти осложнения не превышают 2,06%, а за последние 2 года — 0,6%. Отрицательного побочного действия нитрофураны не оказывали.

Таким образом, широкое использование нитрофуранов в консервативной и оперативной гинекологии можно считать рациональным и эффективным.

УДК 618.1—006.6—615.361.65

ПРИМЕНЕНИЕ 17-ОКСИПРОГЕСТЕРОНКАПРОНАТА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Проф. Л. Ф. Шинкарева, асс. А. И. Наговицына

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского медицинского института

Среди существующих методов лечения больных эндометриозом в последние годы особое внимание привлекает гормонотерапия.

Экспериментальными и клиническими наблюдениями было установлено, что рост и развитие эндометриозных гетеротопий происходят на фоне нарушения гормонального равновесия в организме женщины. При этом большая роль принадлежит повышению экскреции эстрогенных гормонов и недостаточной функции гормона желтого тела.

Морфологические исследования яичников женщин, страдающих эндометриозом, показали, что желтые тела часто отсутствуют, и лишь иногда в яичниках можно наблюдать остатки старых желтых тел.

Баркас (1939) и Гудман (1946) в экспериментах на животных установили антиэстрогенное действие прогестерона, что, естественно, послужило основанием к применению гормона желтого тела для лечения больных эндометриозом.

По мнению Е. И. Кватера (1951), В. С. Фриновского, Л. К. Савицкой (1960), Гофмана (1962), В. И. Бодяжиной (1967), В. П. Баскакова (1966), при лечении прогестероновыми препаратами больных эндометриозом эффект проявляется обычно в уменьшении болей при менструации, улучшении общего состояния.

А. С. Толстых, применявший для лечения больных внутренним эндометриозом матки прегнин, также отмечал улучшение общего состояния и уменьшение болей в динамике лечения.

Одним из недостатков прогестерона является его непригодность для длительного лечения из-за быстрого разложения и выделения.

В последние годы исследования фармакологов были направлены на изыскание синтетических прогестагенных веществ, обладающих замедленным метаболизмом и длительным прогестативным действием. Таким препаратом оказался синтетический прогестаген 17-оксипрогестеронкапронат.

К сожалению, клинических наблюдений по применению оксипрогестеронкапроната пока мало. М. С. Тодорцева (1969) успешно лечила 17-оксипрогестеронкапронатом дисфункциональные маточные кровотечения, аменорею, климактерический невроз, Л. Г. Пашенко (1968) — гиперпластические процессы эндометрия, К. С. Шароухова (1970) — рак эндометрия.

Экспериментальные исследования свидетельствуют, что оксипрогестеронкапронат обладает выраженным прогестероновым действием, направленным на эндометрий. Под влиянием оксипрогестеронкапроната наступают секреторные преобразования слизистой, задерживается развитие гиперпластических процессов в эндометрии, а также диссоциации между стромой и железами, предупреждается преждевременная отслойка эндометрия.

Указанные обстоятельства послужили основанием к применению 17-оксипрогестеронкапроната для лечения 32 больных генитальным эндометриозом (возраст — от 20 до 55 лет). Внутренний эндометриоз матки был у 20 больных, шейки матки — у 3, влагалища — у 2, позадишеечный — у 2, яичника — у 4, полипоз эндометрия — у 1. Наружный эндометриоз встречался у женщин 20—30 лет.

Позднее начало менструации — в 16—18 лет — установлено у 14 больных, в 14—15 лет — у 18.

26 женщин неоднократно имели беременность и рожали, 4 страдали вторичным бесплодием и 2 — первичным. Последняя беременность закончилась у 7 больных родами, у 15 — искусственным абортom. 8 больных в прошлом подвергались операциям (1 — по поводу внематочной беременности, у 1 было кесарево сечение, у 5 — надвлагалищная ампутация матки и у 1 — удаление матки и левых придатков).

Для больных генитальным эндометриозом типично расстройство менструальной функции — гиперполименорея, сочетающаяся у 25 женщин с прогрессирующей альгодисменореей. У больных с эндометриозом шейки матки наблюдалось «кровемазание» за 3—5 дней до менструации, усиливающееся в дни ожидаемой менструации и продолжающееся после менструации в течение 3—5 дней.

Таким образом, нарушение менструальной функции являлось одним из основных симптомов заболевания. Почти все больные эндометриозом любой локализации жаловались на боли в животе, которые протекали резко индивидуально — от едва ощутимых до мучительных, иррадирующих в поясницу, влагалище, прямую кишку, конечности. Особенно ярко болевые ощущения выражены у больных с наружным эндометриозом. Боли во всех случаях были циклическими, усиливались во 2-й фазе, особенно обострялись накануне, во время и в первые дни после менструации и стихали лишь на 4—7-й день менструального цикла.

Характерным во всех наблюдениях было циклическое увеличение матки и очагов эндометриозных гетеротопий.

При позадишеечной локализации эндометриоза, в ректо-вагинальной перегородке, у больных нарушалась функция кишечника, возникали запоры, боли при акте дефекации и пр.

Наряду с клиническими методами исследования и динамическим изучением состояния гениталий, нами для подтверждения диагноза были широко использованы функциональные методы исследования, симптом «папоротника», «зрачка», гистеросальпингография, биопсия доступных эндометриозных образований, цитологическое исследование содержимого полости эндометриозных гетеротопий.

По тестам функциональной диагностики у 7 женщин был установлен двухфазный менструальный цикл с недостаточностью 2-й фазы, у 19 — гиперэстрогенный ановуляторный по типу персистенции фолликула и у 6 — по типу атрезии фолликула. Кариопикнотический индекс у больных с гиперэстрогенным типом кольпоцитотаммы удерживался на уровне 48—86% в течение всего времени наблюдения.

При гистологическом исследовании 16 соскобов эндометрия на фоне крайнего полиморфизма железистых образований отражали в извращенном виде различные этапы

пролиферативной фазы: железистую, железисто-кистозную, гиперплазию эндометрия, полипоз эндометрия, раннюю стадию пролиферации, и лишь в 4 случаях эндометрий соответствовал дню менструального цикла со слабо выраженной секрецией маточных желез.

Развитие эндометриоза обусловлено рядом причин, среди которых важная роль принадлежит длительной эстрогенной насыщенности организма и нарушению коррелятивной связи в системе гипоталамус — гипофиз.

В поисках рациональных методов лечения мы применили 17-оксипрогестеронкапронат у 32 больных с генитальным эндометриозом. Препарат вводили по 125 мг внутримышечно раз в неделю (всего 20 инъекций). 12 больных мы лечили в течение месяца, 14 — от 2 до 3 месяцев и 6 — от 4 до 5 месяцев.

Нормализация менструального цикла произошла у 18 больных, уменьшение болевого синдрома — у 17, уменьшение кровопотери — у 14, укорочение продолжительности кровотечения — у 16.

Уменьшение матки и эндометриодных образований наступило у 8 женщин и полное выздоровление у 2.

Под влиянием лечения стихают пролиферативные процессы во влагалищном эпителии, снижается количество поверхностных клеток. Клетки промежуточных слоев влагалищного эпителия в первые же месяцы лечения оказываются доминирующими.

Карниопикнотический индекс с 86—90% снижается до 18—30% и стойко удерживается на этих цифрах в течение всего времени лечения. Базальная температура тела представляется в виде ломаной кривой, с незначительным подъемом во 2-й фазе менструального цикла.

Наши наблюдения еще немногочисленны, однако положительный эффект, полученный нами у всех 32 больных с генитальным эндометриозом, позволяет считать лечение 17-оксипрогестеронкапронатом эффективным и патогенетически обоснованным.

УДК 618.15—007.271—089.844

КОЖНЫЙ КОЛЬПОПОЭЗ ПРИ АТРЕЗИИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Доц. Л. А. Козлов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, научный консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Образование искусственного влагалища при полном заращении его на почве лучевой терапии представляет практический интерес, но почти не освещено в литературе. Поэтому приводим собственное наблюдение.

Г., 32 лет, поступила 28/III 1969 г. по поводу атрезии влагалища. В 1961 г. ей была произведена простая экстирпация матки с придатками (диагноз: хорионэпителиома матки с метастазом на передней стенке влагалища). В послеоперационном периоде, протекавшем без осложнений, она получила полный курс сочетанной лучевой терапии. Все последующие годы была на амбулаторном наблюдении. В 1963 г., ввиду появившегося в культе влагалища уплотнения, получила курс рентгенотерапии. Начиная с 1968 г. стала чувствовать боли и неудобство при половых сношениях. За последнее время боли при половых сношениях значительно усилились, что и заставило обратиться в клинику.

Наружные половые органы без особенностей, вход во влагалище ведет в небольшое (1,5 см) углубление, которое заканчивается слепо и никаких отверстий не содержит. При надавливании пальцем в этой области отмечается резкая болезненность. При исследовании через прямую кишку на месте влагалища и в малом тазу никаких образований не выявлено. В проекции влагалища рубцовых уплотнений нет.

Решено сделать искусственное влагалище по принятой в клинике методике¹.

Операция произведена 15/IV 1969 г. под местной инфильтрационной анестезией. Следует отметить, что ткани на месте влагалища довольно легко расслоились, и образовался канал длиной 10 см. В глубине его обнаружилась белесоватая плотная перепонка — рубец культи влагалища. На стенках раневого канала слизистой оболочки влагалища не обнаружено. Таким образом, можно с уверенностью говорить о заращении влагалища, а не о склеивании его стенок. В канал с помощью пластмассового каркаса введены кожные лоскуты толщиной 0,5 мм, снятые дерматомом с наружной поверхности левого бедра.

Послеоперационное течение без осложнений, мочеиспускание самостоятельное, стул на 5-й день с клизмой. Каркас удален на 9-й день, приживление кожных лоскутов полное. В дальнейшем — ежедневный туалет влагалища спринцеванием с риванолом

¹ П. В. Маненков. Итоги клинического опыта. Казань, 1968.