

От четырех больных (из 20 изученных) был выделен *Proteus mirabilis*, причем от двух — в чистой культуре, от двух — в виде смешанной культуры: у одного — с золотистым, а у другого — с белым стафилококком.

От шести больных был выделен золотистый стафилококк, от двух — белый стафилококк, от одного — гемолитический стрептококк. У шести больных была смешанная инфекция — стафилококк в ассоциации со стрептококком, кишечной палочкой.

Выделенные культуры микроорганизмов проверялись на чувствительность к антибиотикам в начале лечения, а у четырех больных с открытыми ранами и в процессе лечения (на 10—14 день).

Чувствительность к антибиотикам проверялась на плотных средах по обычной методике по антибиотическим дискам.

У 18 больных микрофлора была не чувствительна к пенициллину, у 10 — к стрептомицину, у 8 — к биомицину и у одного — к левомицетину.

Все четыре штамма протей давали гемслиз на кровяном агаре, разлагали мочевины, вырабатывали гиалуронидазу, ферментировали углеводы: глюкозу, сахарозу и маннит на кислоту и газ, а лактозу — с образованием только кислоты. Индолаобразование не отмечено, сероводород образовывали две культуры. При проверке на чувствительность к антибиотикам четыре культуры протей не были чувствительны к пенициллину, биомицину, две — слабо чувствительны к стрептомицину и чувствительны к левомицетину — четыре. В процессе лечения резистентность микрофлоры увеличилась к стрептомицину у одного больного, к левомицетину осталась без изменения.

20 больным сделано 23 операции, из них 18 секвестрэктомий, 5 вскрытий гнойно-воспалительных очагов. Проводилась комплексная терапия: антибиотики, витамины, физиотерапевтическое лечение.

Особое внимание мы обратили на больных, у которых гнойные процессы были вызваны протеем и протеем в ассоциации со стафилококком.

По нашим наблюдениям, гнойные заболевания, вызванные протеем, протекают длительнее и тяжелее, чем вызванные стафилококком или стрептококком.

Протей всегда был чувствителен к левомицетину и слабо чувствителен — к стрептомицину.

Падение температуры и улучшение общего состояния совпадали с нарастанием титра антител к выделенному протее в сыворотке крови больных до 1:400 — 1:800, что соответствует третьей неделе заболевания (при хирургическом вмешательстве — по показаниям). При гнойных процессах, вызванных стафилококком, перелом в течении инфекции в сторону улучшения (при отсутствии септицемии) происходит в более короткие сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матусис З. Е. ЖМЭИ, 1961, 6. — 2. Черномордик А. Б. Клин. мед. 1958, 3.

Поступила 10 октября 1963 г.

УДК 618.177

ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ ГИДРОТУБАЦИЕЙ

Р. А. Осипов

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Трубное бесплодие занимает одно из ведущих мест в бесплодии женщины. Воспалительные заболевания труб — наиболее частая причина трубного бесплодия (по Г. Л. Дозорцевой — в 59,9%, по С. М. Феньор — в 61,6%).

Для восстановления проходимости труб широко применяется введение под давлением в полость матки различных лекарственных веществ. Т. Я. Калининко, Ш. И. Шлидман, П. П. Никулин и И. С. Розовский, Н. Е. Сидоров и В. М. Петрова и др. с успехом применяли гидротубацию с антибиотиками для диагностики и лечения трубного бесплодия. По данным П. П. Никулина и И. С. Розовского, проходимость труб восстановилась у 15 из 51 больной. При применении лидазы и гидрокортизона процент восстановления проходимости труб возрастает. Гидротубации способствуют восстановлению проходимости труб и их моторной функции за счет гидравлического, противовоспалительного и рассасывающего действия.

Мы применили гидротубацию у 40 женщин в возрасте от 21 до 35 лет. Из них с первичным бесплодием было 18, со вторичным — 22. Продолжительность бесплодия до

5 лет была у 17, до 10 лет — у 22, 14 лет — у одной. Наличие трубного бесплодия определялось путем пертубации аппаратом завода «Красногвардеец». Трубы оказались проходимыми у 22 женщин и непроходимыми — у 18. У всех больных предварительно были исключены другие причины бесплодия.

Большинство больных до гидротубации длительно получали противовоспалительное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

Гидротубация проводилась аппаратом для продувания труб завода «Красногвардеец», к которому присоединялась система, смонтированная по типу аппарата Боброва. Вместо аппарата для продувания труб можно использовать резиновую грушу с манометром. Маточный наконечник от аппарата для продувания труб или от шприца Брауна с надетым на него резиновым конусом присоединяется к системе через кран-тройник, который служит для введения лидазы или других лекарственных веществ непосредственно в полость матки. Система стерилизуется кипячением.

При гидротубации мы применяли раствор следующего состава: фурациллина — 0,05, новокаина — 5,0, хлористого натрия — 4,5, гидрокортизона — 100 ед., дист. воды — 500 мл. Всего вводили не более 100—150 мл под давлением 180—200 мм рт. ст. Процедуры производились ежедневно в первую половину и начале второй половины менструального цикла, как правило, в стационарных условиях. Повторные курсы лечения проводились после очередной менструации. Длительность процедуры зависела от индивидуальной чувствительности женщин. Первые 4—5 процедур довольно болезненны, и больные не выдерживают более 10—15 мин, в дальнейшем длительность процедуры при непроходимых трубах удавалось довести до 30—40 мин. 10 больным перед гидротубацией в полость матки через кран-тройник вводилось 64 ед лидазы.

Нами сделано от 5 до 8 процедур 14 больным, от 10 до 15 — 12, от 15 до 20 — 8, от 20 до 25 — 6. Восстановление проходимости контролировалось количеством вводимого раствора и ощущениями больных. Как правило, при непроходимых трубах количество раствора вначале ограничивалось 15—20 мл, постепенно оно нарастало, и введение уже 100 мл гарантировало восстановление проходимости труб.

В процессе лечения из 29 больных с непроходимыми трубами, в том числе и затрудненной проходимости, нормальная проходимость восстановилась после 1-й гидротубации у одной, после 2 — у 6, после 3 — у 3, после 4 — у одной, после 5 — у одной, после 6 — у 2, после 7 — у одной, после 8 — у 2, после 9 — у одной, после 11 — у одной, после 13 — у одной, после 17 — у одной больной. Трубы остались непроходимыми у 7 больных.

С целью перекрестного контроля результатов лечения и регистрации сокращения мышц труб всем больным до начала и после лечения сделано продувание труб, а также гистеросальпингография (ГСГ). После окончания лечения гидротубациями трубы остались непроходимыми у 7, а при контроле пертубацией — у 11 больных (из 18 с непроходимостью в ампулярной и истмико-интерстициальной части). При непроходимости в ампулярной части положительный результат получен у 7 (из 12 больных). При истмической и интерстициальной непроходимости (6 больных) положительных результатов не было. ГСГ позволила еще более уточнить место непроходимости труб, а также патологические изменения в них. Сравнивая данные ГСГ, гидротубации и пертубации до и после лечения, выявлено расхождение между пертубацией и ГСГ. Наше наблюдение лишний раз указывает на необходимость одновременного применения для диагностики и контроля результатов лечения ГСГ и пертубации. Перекрестный контроль вместе с тем установил и пределы терапевтического воздействия на трубы. Показанными для гидротубации является ампулярная непроходимость, а также затрудненная проходимость труб.

Сокращения труб регистрировали до начала, в процессе и после окончания лечения методом кимографической записи при пертубации аппаратом завода «Красногвардеец». Пертубационные кривые указывали на некоторые сдвиги в моторной функции труб. До лечения перистальтика была (при проходимых трубах) у большинства больных вялая, неправильная, без какого-либо ритма. Тонус труб был несколько понижен. В процессе лечения тонус труб заметно повысился, перистальтические сокращения стали более высокими, ритмичными.

Гидротубация сопровождалась уменьшением болевых ощущений, нормализацией менструаций, уменьшением придатков и их болезненности, частичным рассасыванием перетубарных спаек, уменьшением размеров сактосальпингов, в отдельных случаях — исправлением положения матки. Благоприятные результаты гидротубаций проявились в том, что у 16 из 40 наступила беременность вскоре после окончания лечения. Беременность закончилась нормальными родами у 3, протекает нормально у 10, у 3 произошел самопроизвольный выкидыш. Одна из них забеременела вновь.

В процессе лечения были отмечены следующие осложнения: обострение хронического воспалительного процесса придатков матки — у одной больной, образование гидросальпингов, самостоятельно опорожнившихся на 3—4 день, — у двух.

Наши небольшие по количеству наблюдения позволяют все же считать гидротубацию достаточно эффективным консервативным методом лечения трубного бесплодия, простым по технике и, следовательно, доступным. Разработка раствора для гидротубации, особенно с введением в него растворяющих спайки средств, расширит ее применение и улучшит результаты.

1. Дозорцева Г. Л. *Акуш. и гинек.* 1949, 5. — 2. Никулин П. П. и Розовский И. С. Там же, 1961, 3. — 3. Сидоров Н. Е. и Петрова В. М. *Казанский мед. ж.* 1963, 6. — 4. Фенъор С. М. *Акуш. и гинек.* 1953, 5. — 5. Шлидман Ш. И. Там же, 1958, 3.

Поступила 29 октября 1964 г.

УДК 615.361.66

ВЛИЯНИЕ НИБУФИНА НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ

В. В. Попов

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина и кафедры фармакологии
(зав.— доц. Т. В. Распопова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института

Нарушения сократительной функции матки довольно часто служат основой серьезных заболеваний, в частности кровотечений после родов, аборт, при фибромиомах. В таких случаях борьба с кровотечениями должна основываться на активном вмешательстве в систему, регулирующую сократительную деятельность матки. К одному из звеньев этой системы относят нейрогуморальную регуляцию (ацетилхолин-холинэстераза). Медиаторная функция ацетилхолина в передаче импульсов на мышцу целиком зависит от количества и активности холинэстеразы, разрушающей ацетилхолин. Действуя веществами, блокирующими холинэстеразу, можно усиливать сокращения матки.

За последние годы в Казани синтезирован (проф. А. И. Разумов и канд. хим. наук О. И. Мухачева) ряд фосфорорганических соединений, нашедших применение в медицине, — армин и один из самых последних препаратов того же ряда — нибуфин (М. А. Алуф, И. В. Заиконникова).

Нibuфин — антихолинэстеразный препарат, равный по силе действия армину, но токсичность его в 14,5 раза ниже последнего. На АД в малых дозах он не действует, в токсических — снижает его. На дыхание терапевтические дозы нибуфина особого действия не оказывают. На гладкую мускулатуру кишечника действует тонизирующим образом. Это действие связано не только с антихолинэстеразной активностью нибуфина, но и с непосредственным возбуждающим действием его на мышцу.

Мы провели 30 экспериментов на матках морских свинок по методикам Магнус-Керера и Николаева-Субботина. Для опытов брались матки в различных физиологических состояниях — половозрелые нерожавшие и половозрелые рожавшие. Применяли нибуфин в опытах на изолированных отрезках матки в дозах от $3,3 \cdot 10^{-7}$ до $3,3 \cdot 10^{-6}$. Действие развивалось очень быстро и уже через 1–2 минуты проявлялось повышением тонуса, регуляцией ритма, увеличением силы сокращений и их учащением. Длительность активизации схваток сохранялась на протяжении до 4 часов. Наиболее чувствительными оказались матки половозрелых небеременных свинок.

В опытах *in situ* нибуфин вводился внутримышечно в растворе 1:3000 из расчета 1–1,2 мл на 1 кг веса свинки. Действие развивалось через 30–45 мин. Сокращения матки становились ритмичнее, более мощными, проявлялись явные сдвиги в сторону выраженного улучшения сокращений мышц матки. И здесь наиболее восприимчивыми к нибуфину оказались матки половозрелых рожавших свинок.

Наши эксперименты послужили обоснованием применения нибуфина при некоторых гинекологических заболеваниях с ведущим симптомом маточного кровотечения. Нами назначался нибуфин при кровотечениях во время климакса, в периоде полового созревания, при миомах, абортах, при атонии кишечника в послеоперационном периоде. Всего проведено 40 клинических наблюдений.

Дозировка нибуфина нами изменялась в зависимости от возраста больных, силы и продолжительности кровотечения. Для больных среднего и старшего возраста применялся раствор нибуфина 1:3000 внутримышечно от 3 до 6 мл на разовую дозу при среднесуточной дозе в 9–12 мл на протяжении 1–5 суток. При ювенильных геморрагиях однократная доза уменьшалась до 1,5–2 мл, суточная — 6–8 мл. Ни у одной больной не отмечено каких-либо побочных расстройств. Препарат переносился хорошо. АД, пульс, общее состояние не внушали никаких опасений. У некоторых больных отмечался жидкий стул, что связано с воздействием нибуфина на моторику кишечника (Р. А. Вяселев).

После введения нибуфина в указанных дозах у большинства больных кровотечение постепенно уменьшалось, переходя в мажущие кровянистые выделения, затем полностью прекращалось. Быстрота остановки кровотечения варьировала в довольно широ-