

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-

ких границах: у одних больных оно резко уменьшалось после одной — двух инъекций, у других — только на второй или на третий день; реже результат проявлялся к четвертому или пятому дню.

Длительность остановки кровотечения и отдаленные результаты не всегда были стойкими. Наиболее хорошие результаты мы получали при кровотечениях, связанных с фибриомыомами. Здесь эффект наступал довольно быстро и сохранялся на более длительных сроках — до 6—7 месяцев. Пубертатные кровотечения давали менее выраженный, медленно наступающий первичный эффект, а на отдаленных сроках не так редко наступали рецидивы кровотечений, требовавшие дополнительной терапии.

Сравнительно благоприятный результат получен при климактерических кровотечениях. У отдельных больных кровотечение останавливалось после первых двух инъекций нифуфина и на долгие сроки; другим требовалось систематическое введение его в течение 2—3 дней для полной остановки кровотечения. Эффект также был длительным (до 3 месяцев).

Довольно хорошо поддавалось действию нифуфина недостаточное обратное развитие матки после абортов. Выделения уменьшались к третьему дню, и больные выписывались со стойким излечением.

Во всех случаях послеоперационной атонии кишечника нифуфин вызывал хорошую, стойкую перистальтику кишечника, наблюдалось сильное выделение газов, жидкого стула, живот опадал, и состояние больных резко улучшалось.

Попытка применить нифуфин для вызывания родовой деятельности при искусственном прерывании беременности на 20—24 неделях не увенчалась успехом. Он не вызывал регулярной родовой деятельности и не обеспечивал изгнания плода. При неполных абортах нифуфин вызывал иногда изгнание задержавшихся частей плода, и дело обходилось без выскабливания. Последнее особенно ценно при септических абортах.

Таким образом, наши экспериментальные исследования показали, что нифуфин является надежным возбуждающим средством для мышц матки, а клинические наблюдения при применении его для остановки маточных кровотечений дали довольно обнадеживающие результаты.

В гинекологической и акушерской практике требуется дальнейшее испытание этого препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алуф М. А. Фармакол. и токсикол. 1955, 2. — 2. Заиконникова И. В. Казанский мед. ж. 1961, 2. — 3. Разумов А. И., Мухачева О. А. и Заиконникова И. В. Кн. «Химия и применение фосфорорганических соединений». Изд. АН СССР, М., 1957. — 4. Вяселев Р. А. Казанский мед. ж., 1961, 2.

Поступила 10 ноября 1964 г.

УДК 611.651.1—616—006

ФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ И ОСНОВНОЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

М. И. Слепов

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Изучению гормонального баланса и обмена веществ у больных со злокачественными образованиями в настоящее время придается большое значение. Выявлены функциональные изменения в коре надпочечников и при новообразованиях женских половых органов (В. С. Владимирова и Е. М. Самунджан, 1964; З. П. Юдина, 1964).

Мы изучали функциональное состояние коры надпочечников и основной обмен у 25 больных со злокачественными опухолями яичников.

В возрасте до 45 лет было 9 больных, старше — 16. Со злокачественными новообразованиями I—II ст. — 8 человек, III—IV ст. — 17. Менструальная функция сохранилась у 6 больных, у остальных — аменорея от 7 месяцев до 25 лет.

Гормональный цитологический анализ влагалищного эпителия и исследование слизистой полости матки у больных с сохранившейся менструальной функцией указывали на достаточную эстрогенную активность яичников.

8 больных оперировалось за последние 4 года по поводу опухолей яичников. П. В. Маненков и М. В. Монасыпова (1962) и др. авторы указывают, что удаление одного яичника может создать в организме гормональный дисбаланс, который в ряде случаев ведет к возникновению опухоли во втором яичнике.

Определение 17-кетостероидов в суточной моче проводилось по О. М. Уваровской (1956), 17-оксикортикостероидов — по методу Портера и Сильбера в модификации М. А. Креховой (1960). Ставилась проба Торна.

Исследование основного обмена проводилось аппаратом закрытого типа АООЗ-М.