

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 нибуфина 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 нибуфина недостаточное обратное развитие матки после абортов. Выделения уменьшались к третьему дню, и больные выписывались со стойким излечением.

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

Попытка применить нибуфин 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 абортax нибуфин вызывал иногда изгнание задержавшихся частей плода, и дело обходилось без выскабливания. Последнее особенно ценно при септических абортax.

Таким образом, наши экспериментальные исследования показали, что нибуфин 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. Ал у ф 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.

Экскреция 17-кетостероидов у больных со злокачественными новообразованиями яичников резко снижена ($5,35 \pm 0,61$ мг в суточной моче, $p < 0,001$).

Из 8 больных проба Торна оказалась положительной у 2.

Низкое содержание 17-кетостероидов в моче, а также часто наблюдаемая пониженная или парадоксальная проба Торна свидетельствуют об угнетении функциональной активности коры надпочечников у больных со злокачественными опухолями яичников. На пониженную функциональную активность коры надпочечников у этих больных указывает снижение выделения суммарных 17-оксикортикостероидов в суточной моче ($1,86 \pm 0,27$; $p < 0,001$).

У некоторых больных в IV ст. заболевания отмечено резкое повышение количества 17-оксикортикостероидов (до $8,86$ мг). Такие изменения в функциональном состоянии коры надпочечников, по мнению Р. Е. Кавецкого и Н. М. Туркевич (1962), можно объяснить различными фазами «адаптационного синдрома» Селье. Они говорят о том, что организм реагирует на канцерогенные вещества, а в дальнейшем — на продукты обмена и некроза опухоли как на чрезвычайные раздражители.

При исследовании основного обмена у 8 больных I—II ст. заболевания было отмечено (в среднем $+14\%$) незначительное повышение основного обмена (с колебанием от $+4,3\%$ до $+32\%$). При III—IV ст. заболевания основной обмен значительно повышен и составляет в среднем $+32,6\%$ (колебания от $+17\%$ до $+89\%$). Снижение основного обмена не наблюдалось.

Одновременно с повышением основного обмена отмечается повышение поглощения кислорода легкими и снижение дыхательного коэффициента, что указывает на нарушение тканевого обмена. Несмотря на повышение поглощения кислорода, утилизация его организмом понижена, так как ткани не могут его использовать полноценно из-за изменения ферментативных систем. Повышение основного обмена идет не за счет лучшего использования кислорода, а за счет увеличения минутного объема дыхания, т. е. не экономичным, не выгодным с энергетической точки зрения путем (А. О. Левин, 1956; Н. А. Колсанов, 1962).

8 больным с I—II ст. и 7 — с III—IV ст. было проведено комплексное лечение (операция + химиотерапия + гормонотерапия + переливание крови).

Производились ампутации или экстирпации матки с придатками и экстирпации сальника и у 2 больных — пробная лапаротомия.

На 15—20-й день после операции экскреция 17-кетостероидов увеличилась в среднем до $7,87 \pm 1,12$ мг в суточной моче, а основной обмен в среднем составлял $+9,65\%$ (колебания от $6,2\%$ до $+15\%$).

Через 6—12 месяцев после операции нами обследовано 8 женщин, из которых 4 повторно проходили курс химиотерапии, и 4 больные по различным причинам повторное лечение не проводили.

Общее состояние первой группы больных было хорошим, они прибавили в весе, патологические изменения не определялись. Количество 17-кетостероидов в среднем составляло $12,6$ мг (колебания от $7,39$ до $18,18$ мг), а основной обмен $\pm 7,35\%$ (колебания от $5,4\%$ до $+13\%$).

У второй группы выявлены метастазы, кахексия. Количество 17-кетостероидов в среднем составляло $3,78$ мг в суточной моче, основной обмен $+32,7\%$.

Таким образом, у тех больных, у которых успешно проведено комплексное лечение, снимается интоксикация организма продуктами обмена опухоли, улучшается функциональное состояние коры надпочечников и нормализуется основной обмен. Когда проведенное лечение было неэффективно и заболевание прогрессировало, в дальнейшем наступало еще большее угнетение функционального состояния коры надпочечников и возрастал основной обмен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирова В. С. и Самунджан Е. М. *Вопр. онкол.* 1964, 3. — 2. Данилов И. В. *Казанский мед. ж.* 1963, 3. — 3. Кавецкий Р. Е. и Туркевич Н. М. *Вопр. онкол.* 1962, 6. — 4. Крехова М. А. *Пробл. эндокринологии и гормонотерапии.* 1960, 2. — 5. Уваровская О. М. Там же, 1956, 3. — 6. Юдина З. П. *Акуш. и гинек.* 1964, 3.

Поступила 27 ноября 1964 г.

УДК 617.7—007

ВРОЖДЕННЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ ГЛАЗ

Н. А. Валимухаметова

Кафедра глазных болезней (и. о. зав. — канд. мед. наук Ф. Г. Валиуллина)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе
Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Поражения органа зрения при врожденном токсоплазмозе проявляются чрезвычайно многообразно: микрофтальмия, анофтальмия, колобома желтого пятна, макулит, ретинит, дегенерация желтого пятна, колобома соска зрительного нерва, миопия, гидроф-