

плазии коры надпочечников, при опухоли коры бывают высокими. В этих случаях больным необходимо проводить кортизоновую пробу.

Кортизоновая проба проводилась больным с вирильным синдромом, вызванным как опухолью коры надпочечников, так и их гиперплазией в тех случаях, когда у больных определялись повышенными в моче общие, нейтральные 17-кетостероиды. Кортизоновая проба проведена 15 больным с адрено-генитальным синдромом и 13 больным с синдромом Иценко—Кушинга. Кортизон вводился внутримышечно в дозе 50—100 мг ежедневно в течение 5—12 дней. Положительной считалась проба, при проведении которой отмечалось падение в моче общих, нейтральных 17-кетостероидов до нормальных цифр. У больных с опухолью коры надпочечников мы не получили снижения выделения общих, нейтральных 17-кетостероидов в моче, тогда как у больных с гиперплазией коры надпочечников выделение их в моче резко снижалось. Особенно рекомендуется проведение этой пробы при адрено-генитальном синдроме. В диагностике же синдрома Иценко—Кушинга следует учитывать только положительный результат кортизоновой пробы, отрицательный результат диагностического значения не имеет.

О значении кортизоновой пробы, по наблюдениям в нашей клинике, более подробно сообщено в 1956 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В., Ракович А. Акуш. и гинек., 1938, 1.—2. Атабек А. А., Старкова Н. Т. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1956, 6.—3. Крехова М. А. Пробл. эндокринол. и гормонотерап. 1960, 2.—4. Петербургский Ф. Е. Акуш. и гинек., 1938, 11.—5. Преображенский Л. П., Ордынец Г. В. Акуш. и гинек., 1947, 6.—6. Berkheiser S. W. Am. J. Obst. a. Gynecol., 1957, 73, 2.—7. Bongiovanni A. M., Eberlein W. K. a. Cara J. J. Clin. Endocrinol. a. Metabol., 1954, 14, 409.—8. Culiner A., Shippels S. J. Obst. a. Gynecol. Brit. Emp., 1949, 56, 439.—9. Dingemans L. J. Clin., Endocrinol. a. Metabol., 1952, v. 12.—10. Dorfman R. Cancer, 1957, 4.—11. Dorfman R., Shipley B. Androgens. Biochem. Physiol. a. Clin. significance, 1956, 262—304.—12. Eberlein W., Bongiovanni A. J. Clin. Endocrinol. a. Metabol., 1957, 7.—13. Grumbach M., Wilkins L. Pediatrics, 1956, 3.—14. Hebert F. M., Benteen F. H. Ann. intern. med., 1956, 45, 2.—15. Jailer I. W., Cold I. Am. J. Med., 1954, 3.—16. Kepler E. I., Dockerty M. B., Pristley I. Am. J. Obst. a. Gynecol., 1944, 47.—17. Levental M., Cohen M. Am. J. Obst. a. Gynecol., 1951, 61.—18. Meyer R. Am. J. Obst. a. Gynecol., 1931, 22.—19. Page S. M. J. Obst. a. Gynecol. Brit. Empire, 1958, 1.—20. Pedersen J. J. Clin. Endocrinol. a. Metabol., 1947, 7, 2.—21. Pesonen S., Timonen S., Mikkonen R. Acta Endocrinol., 1959, 30 (3).—22. Prader A. Helv. Paediatr. Acta, 1958, 1.—23. Rio Franco. Arch. Ital. Patol. e. Clin. Tumor., 1957, 1.—24. Shippel S. J. Obst. a. Gynecol. Brit. Emp. 1955, 62.—25. Stein I., Levental M. Am. J. Obst. a. Gynecol., 1935, 29.—26. Taylor E. S. A. M. A. Arch. Surg., 1955, 5.—27. Taliaferro I., Wells C., Kay S. Arch. Intern. Med., 1953, 91, 5.—28. Westman A. Acta Obst. Gynecol. Scand., 1955, 1.—29. Wilkins L., Lewis R. J. Clin. Endocrinol. a. Metabol., 1951, 1.—30. Wilkins L., Lewis R., Resomberg E. Bull. Johns Hopkins Hosp., 1950, 4.

Поступила 23 ноября 1961 г.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Е. С. Кононова

Институт акушерства и гинекологии АМН СССР (директор — проф. М. А. Петров-Маслаков; научный руководитель — проф. С. Г. Хаскин)

Одним из нередких осложнений после выскабливания полости матки при аборте и в послеродовом периоде является атрезия цервикального канала, сочетающаяся иногда с атрезией полости матки.

В подавляющем большинстве случаев посредством зондирования и дилатации удается восстановить проходимость цервикального канала. Однако ряд исследователей обращал внимание на возможность появления рецидива атрезии после устранения ее зондированием и дилатацией (С. К. Лесной, Беклер, А. Ингельман-Сундберг и др.).

Из 153 изученных нами больных изолированная атрезия цервикального канала или в сочетании с атрезией части полости матки у 147 наступила после однократного

или повторного выскабливания полости матки. Всем этим больным с диагностической и лечебной целями произведено зондирование. У большинства зондирование и дилатация цервикального канала явились достаточным лечебным мероприятием для восстановления менструаций. У 8 больных вновь имелось заращение цервикального канала, то есть был рецидив атрезии. Четверем больным из них повторным зондированием и дилатацией удалось восстановить проходимость цервикального канала и менструальную функцию. У 4 больных безуспешное лечение аменореи, как выяснено гистологическим исследованием соскоба, было связано не только с рецидивом атрезии, но и с изменениями эндометрия атрофического характера.

Мы считаем, что в лечении атрезий цервикального канала очень важно добиться не только хорошей эпителизации, чтобы предупредить этим повторные атрезии, но при лечении некоторых форм аменореи, связанных с атрезией, необходимо воздействовать на эндометрий в сторону повышения его реактивной способности.

Нами для предупреждения рецидива атрезии и повышения функциональной способности эндометрия четверем больным произведена пересадка плодных оболочек.

Материалом для пересадки служили плодные оболочки, полученные при операции кесарского сечения, производимой при целых водах и нормальной температуре роженицам, у которых в анамнезе не было указаний, дающих основание заподозрить внутриутробную инфекцию. У всех рожениц RW была отрицательной. При пересадке соблюдалась совместимость крови по Rh-принадлежности. Оболочки брались всегда строго стерильно и обязательно подвергались бактериологическому контролю. Взятые оболочки помещались в раствор 31-е ЛИПК¹, который позволяет хранить в нем ткани с сохранением их биологических свойств при комнатной температуре до 30 дней.

Операция производилась при I—II степенях чистоты влагалища. За 5—7 дней до операции начинался курс циклической гормонотерапии: эстрогены по 5000—10 000 ед. 15—18 дней; в послеоперационном периоде по окончании введения эстрогенов проводились инъекции прогестерона по 5—10 мг в течение 7 дней.

Операция пересадки плодных оболочек производилась под парацервикальной анестезией после предварительного подкожного введения 1 мл 2% раствора пантопона и 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина.

Первые операции двум больным произведены по следующему способу. Производилась дилатация цервикального канала до № 10—12. Мягкая резиновая трубка, длина которой соответствовала длине полости матки по зонду, диаметром 0,5 см обтягивалась двумя-тремя слоями плодных оболочек. Через нижний край трубки проводились две кетгутовые нити, которые в дальнейшем использовались для фиксации. Приготовленная таким образом трубка мягким зажимом вводилась в полость матки. Наружная нить вставлялась в иглу и протягивалась изнутри наружу через толщу шейки матки с боков на 0,5 см выше наружного зева, далее нити завязывались, чем и достигалась фиксация трубки к шейке матки. На седьмой день швы снимались и удалялась трубка, лишенная плодных оболочек. Описанная операция представляла некоторые технические трудности, потому что трубка очень легко выскальзывала из полости матки до ее фиксации. Кроме того, в послеоперационном периоде до извлечения трубки больные отмечали схваткообразные боли в низу живота и пояснице.

Учитывая отрицательные стороны этой операции, мы произвели двум другим больным пересадку плодных оболочек по разработанной нами иной методике. Зондировали полость матки с последующим расширением цервикального канала до № 10. На обе губы шейки матки накладывались два-три провизорных сквозных кетгутовых шва. В полость матки пинцетом вкладывался лоскут плодных оболочек размером 4 × 6 см. Далее обе губы шейки матки сближались завязыванием провизорных швов. На седьмой день швы снимались. Описанная операция технически более проста и легче выполняема. Кроме того, в послеоперационном периоде больные не отмечали болей в животе.

Первые 7 дней после операции больные соблюдали постельный режим и получали микроклизмы с опием для понижения возбудимости матки.

Приводим краткое описание наших наблюдений.

1. У К., 28 лет, атрезия цервикального канала в сочетании с атрезией части полости матки наступила после выскабливания при неполном аборте. Длительность заболевания — 4 года. Проходимость цервикального канала восстанавливалась трижды методом зондирования и дилатаций, применялась гормоно- и физиотерапия, после чего в дни ожидаемых менструаций показывались кровянистые выделения, которые прекращались через 3—4 месяца. Методом изучения базальной температуры, цитологической картины влагалищного отделяемого, симптома кристаллизации цервикальной слизи установлен двухфазный цикл.

Гистологическое исследование эндометрия показывало стадию пролиферации при гипоплазии. В связи с рецидивом атрезии и неполноценным состоянием эндометрия произведена трансплантация плодных оболочек методом введения их на трубку. После окончания курса гормонотерапии через 20 дней после операции пришли менструации в умеренном количестве как до заболевания. В следующем месяце мен-

¹ ЛИПК — Ленинградский институт переливания крови.

струации повторились, затем наступила беременность, которая протекала с явлениями угрожающего выкидыша при сроке 9—10 недель, а при сроке 13—14 недель перестала развиваться (missed abortion).

II У. С., 33 лет, атрезия цервикального канала наступила после выскабливания полости матки на 21-й день после родов. Длительность заболевания — 7 лет. Помимо аменореи, больная жаловалась на головные боли, частые боли в низу живота и пояснице. При гинекологическом осмотре обнаружена начинающаяся атрофия половых органов. Гистологическое исследование эндометрия выявило малое количество желез, фибробластическое превращение стромы, местами инфильтрацию стромы лейкоцитами.

Базальная температура однофазная, цитологическая картина влагалищного отделяемого — III реакция по Гейсту и Сэлмону. Двукратным зондированием и дилатацией удалось добиться восстановления проходимости цервикального канала, но менструации не восстановились, несмотря на гормоно- и физиотерапию. Произведена трансплантация плодных оболочек вкладыванием лоскута в полость матки. Менструации восстановились, и улучшилось самочувствие: прошли головные боли и боли в животе. Длительность наблюдения — 1 год 8 мес.

Анализируя приведенные клинические наблюдения, фиксируем внимание на том, что пересадка плодных оболочек, примененная нами для лечения рецидивирующих атрезий цервикального канала и аменореи, связанной с ареактивностью эндометрия, у всех больных оказалась успешной. У 1 больной после восстановления менструаций через 2 месяца наступила беременность. То обстоятельство, что больные не реагировали на ранее проводимое гормональное лечение, а пересадка плодных оболочек в сочетании с теми же гормональными методами вызвала у всех больных восстановление менструаций, позволяет отнести успешное лечение аменореи за счет пересадки плодных оболочек.

Восстановление менструаций при неполноценном эндометрии после трансплантации плодных оболочек в полость матки, по-видимому, происходит вследствие того, что пересаженные оболочки являются биологически активным веществом, стимулирующим рост эндометрия.

Поступила 29 января 1962 г.

ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

М. С. Серженко

Родильное отделение (зав.— М. С. Серженко) медико-санитарной части Ждановского металлургического завода (главврач — М. Л. Самойлович, руководитель работы — канд. мед. наук А. М. Чарный)

Материалом для данной работы послужило многократное измерение венозного давления у 125 беременных с различными сроками беременности. Мы разбили их на две группы. В I включили 65 женщин с нормально протекающей беременностью, во II — 60 с различной патологией беременности или заболеваниями.

Венозное давление измерялось флеботометром Вальдмана прямым методом. Независимо от возраста беременной и срока беременности колебания венозного давления у женщин первой группы были от 70 до 120 мм водяного столба, то есть находились в пределах нормы по данным большинства авторов (Аденский, Давыдов, Вальдман).

Женщин II группы мы разделили на несколько подгрупп.

В I подгруппу вошли 18 женщин с ранними токсикозами беременности. АД у них было, как правило, нормальным (115/70). Венозное давление у 16 женщин было повышено до 170 и у двух — до 140, причем чем резче были выражены проявления токсикоза, тем выше цифры венозного давления. После прерывания беременности венозное давление в течение первых двух суток оставалось на высоких цифрах и снижалось до нормальных цифр только на 10—12 день.

Во II подгруппу вошли 27 женщин с выраженными явлениями нефропатии. У большинства из них нефропатия развивалась на поздних сроках беременности (на 32—40 неделе). АД в этой подгруппе, как правило, было несколько повышенным (140/90). Венозное давление достигало 180—120. У одной нефропатия развивалась на раннем сроке беременности, и венозное давление достигало 240.

После необходимого лечения венозное давление у беременных этой подгруппы имело тенденцию к медленному снижению, однако даже спустя значительный промежуток времени оно было на уровне 170. У одной беременной в последующем раз-