

2. Обзидан способствует нормальному течению послеродового и раннего послеродового периода, что проявляется своевременным отделением последа и отсутствием патологического кровотечения.

3. Гипотензивный эффект обзидана у беременных с нормальным АД мало выражен. При гипертензии же, связанной с поздним токсикозом беременных, он проявляется отчетливо, что позволяет рекомендовать препарат в комплексном лечении токсикоза.

4. С учетом избирательности действия обзидана его можно комбинировать с другими родостимулирующими средствами.

5. В дозе 40—60 мг обзидан не оказывает вредного влияния на плод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимович Г. И., Дуда И. В. а) Акуш. и гин., 1984, 5, 39; б) Там же, 1984, 12, 27.—2. Дуда И. В., Герасимович Г. И., Балаклеевский А. И. Там же, 1981, 10, 32.—3. Караш Ю. М. Диагностика сократительной деятельности матки в родах. М., Медицина, 1982.—4. Колганова Р. И., Михайленко Е. Т., В кн.: Родовая деятельность и ее регуляция. М., 1973.—5. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., Медицина, 1984.—6. Старостина Т. А., Ельцова-Стрелкова В. М., Голощапова Н. В. Акуш. и гин., 1983, 3, 73.—7. Старостина Т. А., Размахнина Н. И. Там же, 1985, 4, 73.

Поступила 10.04.86.

УДК 618.12—002.1—085.33—031.84

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ ВНУТРИКОСТНЫМ ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ

Е. В. Уткин

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.—проф. В. А. Кулаевский) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ

Воспалительные заболевания внутренних половых органов по-прежнему являются одной из наиболее важных проблем гинекологии. Из них наиболее трудным для лечения процессом является пельвиоперитонит, который может служить причиной развития в дальнейшем таких осложнений, как гнойное расплавление придатков матки и разлитой перитонит. Особенно тяжелое течение пельвиоперитонита с образованием обширных спаечных изменений характерно для гнойного поражения придатков матки [1]. Опасность развития таких грозных осложнений, как разлитой перитонит, диктует необходимость быстрее купирования воспаления при помощи создания повышенных концентраций антибиотиков.

Эффективным методом достижения этой цели является внутрикостное введение антибиотиков в крыло подвздошной кости, применяемое наряду с внутримышечным и внутривенным введениями. Из внутрикостного депо введенный раствор перемещается в кровеносные сосуды париетальной брюшины и забрюшинных образований, а также в лимфатические сосуды и парааортальные лимфатические узлы [3]. Известно, что концентрация антибиотиков в лимфатической системе сохраняется длительно и на более высоком уровне по сравнению с концентрацией их в кровеносном русле, что обеспечивает пролонгированный эффект. Кроме того, при введении раствора с новокаином в губчатое вещество тазовой кости наряду с их общим эффектом имеет место ударное воздействие высоких доз антибиотика непосредственно на очаг воспаления, поскольку внутрикостные сосуды тесно связаны с внутритазовыми органами и околоорганами венами малого таза [2].

Комплексное противовоспалительное лечение с применением внутрикостного введения антибиотиков было проведено 20 больным в возрасте до 30 лет с острым воспалительными заболеваниями придатков матки. При поступлении у 9 женщин был диагностирован острый пельвиоперитонит, у 6 — острый метроэндометрит и двусторонний сальпингоофорит, у 2 — острый гнойный сальпингоофорит, у 2 — заднебоковой параметрит и у одной — разлитой перитонит. В первый день от начала заболевания поступили три женщины, в первые 5 дней — остальные 17.

При госпитализации все больные жаловались на резкие боли в животе, причем у 3 отмечалась разлитая боль по всему животу, у 4 она иррадиировала в зад-

ний проход и у 5 локализовалась в правой подвздошной области. Кроме того, 5 женщин жаловались на тошноту и рвоту, 3 — на рези при мочеиспускании и 4 — на кровавистые выделения из половых путей. Состояние при поступлении было расценено как тяжелое у одной больной, средней тяжести — у 19. Температура выше 38 была у 6 больных, выше 37,5° — у 9, субфебрильная — у 5.

При объективном обследовании у 17 женщин пальпация живота была болезненной, из них у 10 боль локализовалась в нижних его отделах, у 2 — в правой подвздошной области и у 5 — по всей поверхности живота. У 10 больных констатировано напряжение мышц передней брюшной стенки, у 11 — положительные перитонеальные симптомы.

При двуручном гинекологическом исследовании у 9 женщин определялись инфильтрированные резко болезненные придатки без четких контуров, у 3 — болезненность и выпячивание заднего свода; у 8 пальпировать матку и придатки во время первого осмотра не удалось из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности.

Общий анализ крови показал умеренный лейкоцитоз, нарастание числа палочкоядерных нейтрофилов и уменьшение числа лимфоцитов, моноцитов и эозинофилов у 14 женщин; СОЭ выше 15 мм/ч было у 13. У 18 обследованных в сыворотке крови констатировано уменьшение уровня альбуминов и увеличение содержания глобулинов за счет α_1 -, α_2 - и γ -фракций. У 10 женщин реакция на С-РБ была положительной. При бактериологическом исследовании у 11 больных была высеяна стафилококковая флора, у 9 — ассоциация 2—3 возбудителей. Средние геометрические титры аутоорганых антител к слизистой маточных труб достигали 1:28,8 и к ткани яичника — 1:38,4. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов оказалась повышенной в 1,6—2 раза по сравнению с нормой.

С учетом особенностей клинического течения заболевания проводили комплексную противовоспалительную терапию, в которую были включены внутрикостные инфузии антибиотиков. Причем 6 больных были оперированы по экстренным показаниям в первые 24 ч от момента поступления в стационар, остальные 14 лечились консервативно.

Внутрикостное вливание растворов антибиотиков производили 6 оперированным ежедневно во внутреннюю губу гребня крыла подвздошной кости со стороны преимущественной локализации процесса (курс — 3—5 инъекций) [4]. Для введения использовали ампициллин, оксациллин, ампиокс, пенициллин. Их разовая доза равнялась суточной. Антибактериальную терапию сочетали с назначением витаминов В₁, В₆, В₁₂, С и Р, противогрибковых и антигистаминных препаратов. Помимо этого, все больные получали инфузионно-трансфузионную терапию (изотонический раствор хлорида натрия, гемодез, реополиглюкин, раствор глюкозы) и после стихания острых явлений воспаления — физиотерапевтическое лечение.

Такая комплексная терапия довольно быстро приводила к улучшению общего состояния больных, уменьшению явлений интоксикации. После первого же внутрикостного вливания все женщины отмечали значительное уменьшение или полное исчезновение боли. В течение первых 3 дней лечения боли полностью прекратились у 15 больных, температура нормализовалась у 14. В первые 5 дней показатели общего анализа крови достигли нормы у 14 женщин, в течение 7 дней — у остальных. К 10-му дню лечения нормализовались биохимические, цитохимические и иммунологические показатели.

Полное рассасывание воспалительных образований при проведении бимануального исследования отмечено к 11—15-му дням лечения. У всех больных наступило клиническое выздоровление. Средняя продолжительность лечения составила 17,1 дня.

Для сравнения 20 женщинам с аналогичными диагнозами противовоспалительное лечение проводили без внутрикостных вливаний антибиотиков. 6 из них также были прооперированы по экстренным показаниям. Болевые ощущения беспокоили этих больных в течение более длительного времени и полностью прекратились лишь к 10—11-му дням лечения. Температура тела снизилась до нормы в первые 5 дней. Показатели крови нормализовались в более поздние сроки — к 18—19-му дням, полное рассасывание воспалительных образований — на 21—22-й дни лечения. Средняя продолжительность лечения больных без проведения им внутрикостных вливаний антибиотиков составила 26,25 дня.

Таким образом, изложенное выше позволяет рекомендовать при тяжелом течении воспалительных заболеваний придатков матки (сальпингоофоритах, пельвиоперитонитах, разлитых перитонитах) метод комплексной противовоспалительной терапии с внутрикостным введением антибиотиков.

1. Краснопольский В. И., Кулаков В. И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. М., Медицина, 1984.—2. Липницкая О. Г., Ланцман Ю. В. В кн.: Некоторые вопросы акушерства и гинекологии. Томск, 1971.—3. Торгунаков А. П. и др. В кн.: Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Иркутск, 1984.—4. Уткин Е. В. В кн.: Тезисы докладов I съезда акушеров-гинекологов Башкирской АССР. Уфа, 1984.

Поступила 24.12.85.

УДК 618.14—007.61—02:616.3

ДИСРЕГУЛЯТОРНЫЕ ВИСЦЕРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ МАТКИ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Н. И. Петрушкова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Л. Ф. Шинкарева), кафедра терапии № 2 (зав.—проф. В. В. Трусов) Устиновского ордена Дружбы народов медицинского института

Изучение нейрогормонально-висцеральных взаимоотношений у больных эндометриозом матки имеет практическое значение в разработке рациональной терапии и профилактики этой сложной и довольно часто встречающейся патологии. В настоящей работе была поставлена задача изучить функциональное состояние пищеварительных желез желудка, кишечника, печени и поджелудочной железы у 152 больных внутренним эндометриозом матки (1-я группа) и у 50 с рецидивирующей гиперплазией эндометрия (2-я группа). Контрольную группу составили 20 здоровых женщин. Для обследования были подобраны такие больные, у которых в анамнезе не было заболеваний системы пищеварения.

Возраст женщин колебался от 22 до 55 лет, у большинства (156) — от 26 до 50. Продолжительность заболевания была различной — от 1 года до 10 лет. У подавляющей части обследованных (129) давность заболевания не превышала 3 лет.

При изучении анамнеза у половины больных были жалобы на тошноту, расстройство стула, метеоризм, периодические боли в эпигастральной области и правом подреберье. Указанные симптомы появились у больных одновременно с клиническими признаками эндометриоза. Каких-либо хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта в прошлом не выявлено ни у одной из обследованных.

О функциональном состоянии желудка судили по часовому дебиту свободной соляной кислоты, содержанию пепсина, пепсиногена, уропепсина. Для изучения функционального состояния печени исследовали поглотительно-экскреторную функцию этого органа по пробе с ^{131}I -бенгал-роз. Внешнесекреторную функцию поджелудочной железы оценивали по концентрации панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом; функцию тонкого кишечника — по всасыванию ^{131}I -олеиновой кислоты (^{131}I -ОК), ^{131}I -триолетата глицерина (^{131}I -ТГ), Д-ксилозы, пробам с йодидом калия и этанолом.

Объем секрета желудка натощак и после стимуляции был одинаково сниженным у больных обеих групп. Более резкие сдвиги в сторону подавления секреторной функции желудка выявлены у них при подсчете часового дебита свободной соляной кислоты (табл. 1).

При одновременном снижении уровня пепсина в желудочном соке у половины женщин 1-й группы и у каждой четвертой больной во 2-й группе имело место повышение содержания пепсиногена в крови (соответственно 95 ± 9 г/л и 81 ± 7 г/л) и уропепсина (соответственно 4.4 ± 0.9 мг/ч и 3.0 ± 0.3 мг/ч). Показатели протеолитической ак-

Таблица 1

Секреторная и кислотообразующая функции желудка у больных

| Группы обследованных | Базальная секреция, мл | Секреция после стимуляции, мл | Часовой дебит НС \downarrow после стимуляции, ммоль/л |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| 1-я . . . | $35,2 \pm 3,5$ $P > 0,05$ | $86,3 \pm 3,0$ $P < 0,05$ | $49,6 \pm 5,0$ $P < 0,001$ |
| 2-я . . . | $20,6 \pm 1,4$ $P < 0,001$ | $55,0 \pm 2,6$ $P < 0,001$ | $24,5 \pm 3,0$ $P < 0,001$ |
| Контроль | $36,5 \pm 2,9$ | $104,4 \pm 6,2$ | $120,0 \pm 0,21$ |