

В заключение следует подчеркнуть, что цифровые показатели, квалифицирующие сперму, не представляют ничего абсолютного, так как ошибки при их подсчете колеблются до $\pm 25\%$. Вот почему окончательное суждение о сперме можно вынести лишь на основании суммарной оценки всех качеств эякулята. И только когда патологические данные исследования многократно повторяются, можно с большей вероятностью сказать, что сперма патологическая.

Для клинической оценки спермы очень важно иметь спермограмму, которая одна только позволяет проанализировать строение семенных клеток и подсчитать количество нормальных и аномальных форм.

Биопсия яичка, являясь важным дополнением к микроскопическому исследованию эякулята, дает возможность на основании аналого-клинических сопоставлений поставить правильный диагноз и выбрать обоснованную терапию.

Для патогенетической терапии очень важно иметь результаты всех современных клинических и лабораторных исследований обоих супругов. Только сравнительный анализ этих результатов с использованием всех клинически оправданных методов лечения может при обоснованном их применении приобрести перспективность.

Поступила 4 июля 1960 г.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ АКТГ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Доц. Я. Е. Кривицкий

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав. — доц. Я. Е. Кривицкий)
Оренбургского медицинского института

Последние годы ознаменовались широким применением адренокортикотропного гормона при целом ряде заболеваний.

Хотя давно установлена функциональная связь между корой надпочечника и женской половой сферой, вопросу о влиянии АКТГ на женский половой аппарат и о возможном применении в акушерско-гинекологической клинике в литературе уделено очень мало внимания.

Кар, Каркун, Рой (1954) установили, что под влиянием АКТГ в яичниках половозрелых крыс происходит ускоренное созревание фолликулов, рост и развитие желтых тел. В матке утолщается мышечный слой и происходит обильная васкуляризация.

Леони (1955), вводя АКТГ неполовозрелым мышам, установил преждевременное созревание фолликулов и образование желтых тел, количество которых увеличивается с увеличением дозы гормона.

И. А. Эскин (1955) указывает, что АКТГ подавляет наступление полового созревания у крыс. Происходит задержка в росте яичников и матки.

В. В. Пашенко (1957), изучая влияние АКТГ на сократительную способность матки крольчихи, установил, что АКТГ повышает тонус и усиливает ритм спонтанных сокращений рога матки животных.

Ю. Якубов (1959), приводя результаты лечения 16 больных функциональными маточными кровотечениями кортизоном и бромкофеином, считает, что такая терапия оказывает благоприятное влияние.

Для дальнейшего изучения влияния АКТГ на женскую половую сферу и его применения в акушерско-гинекологической клинике мы провели исследование на 50 половозрелых самках белых мышей (40 опытных и 10 контрольных) весом 18—20 г.

Наряду с изменениями в половом аппарате, изучались изменения в отдельных зонах коры надпочечника.

Всего мышам вводилось от 14 до 16 мг АКТГ по 1 мг ежедневно. Для инъекций использовался отечественный препарат АКТГ.

После инъекций животные убивались, половой аппарат и надпочечники фиксировались в 10% формалине и подвергались гистологическому исследованию.

Влияние АКТГ на эстральный цикл сводилось к удлинению фазы проэструса за счет укорочения фазы покоя.

Гистологические изменения в половом аппарате были следующие. В яичнике

увеличение коркового слоя и числа созревающих фолликулов. Значительная васкуляризация интерстициальной ткани. В матке отмечено утолщение слизистой и мышечного слоя. Слизистая складчатая. Железы увеличены в размерах и образуют разветвления. Отмечается активизация соединительнотканых элементов. Во влагалище отмечалась готовность к сдвиганию апикальных и части ороговевающих клеток.

В коре надпочечника наиболее резкие изменения отмечены в сетчатом слое и в участках пучковой зоны, прилегающей к ней. Клетки сетчатого слоя достигают очень больших размеров, в протоплазме появляется ясно выраженная вакуолизация.

Наряду с вышеприведенными данными, нами исследовалось также влияние АКТГ на сократительную деятельность изолированного рога матки небеременной крольчихи (кафедра фармакологии, зав. — проф. А. А. Любушин). Всего проведено 12 опытов на 7 половозрелых крольчихах, весом 2,6—3,2 кг. Опыты проводились по методике Магнус — Керера. Было установлено, что при добавлении раствора АКТГ 1:1000 после латентного периода в среднем от 5 до 10 минут сокращения рога резко усиливаются. Значительно увеличивается амплитуда и удлиняется время сокращений рога. Паузы между отдельными сокращениями уменьшаются.

Проведя вышеуказанные исследования, мы считали возможным перейти к применению АКТГ в клинике.

С февраля 1958 г. АКТГ применен у 38 родильниц для лечения послеродовой субинволюции матки и у 31 больной функциональными маточными кровотечениями.

Для лечения замедленной послеродовой инволюции матки АКТГ вводился по 5 ед. внутримышечно через каждые 6 часов в течение 4—6 суток. Во всех случаях отмечено быстрое сокращение матки на 3—4-й день от начала введения АКТГ. Имевшаяся субфебрильная температура снижалась до нормы. Как правило, прекращались кровянистые выделения, если причиной их не являлась задержка частей последа.

Нами ни в одном случае не отмечено неблагоприятное влияние АКТГ на лактацию или состояние новорожденных. Все родильницы и новорожденные выписаны в хорошем состоянии.

Больные с функциональными маточными кровотечениями распределялись следующим образом: ювенильные кровотечения — 3, геморрагическая метрпатия — 21, климактерические кровотечения — 7 больных.

АКТГ вводился внутримышечно по 5—10 ед. через 6 часов в течение 5—6 дней.

Лечение АКТГ проводилось только во время кровотечения. Уже на 2—4 день от начала инъекций АКТГ кровоостанавливающий эффект получен у 27 больных, из которых до настоящего времени 24 больных менструируют нормально (длительность наблюдения — от 8 месяцев до 2 лет).

Одной больной, страдавшей ювенильным кровотечением, в дальнейшем проведена эстроген-прогестероновая терапия по Е. И. Кватеру, а трем больным с климактерическим кровотечением произведено выскабливание матки ввиду обильного кровотечения.

Как при лечении послеродовой субинволюции матки, так и функциональных маточных кровотечений, перед назначением АКТГ и во время лечения измерялось АД. Лечение АКТГ не проводилось при артериальной гипертонии у родильниц или гинекологических больных или указаниях на поздний токсикоз беременности.

Небольшой объем исследований позволяет сделать лишь предварительные выводы о целесообразности применения АКТГ в акушерско-гинекологической клинике.

Нам кажется, что этот вопрос заслуживает внимания и требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пашенко В. В. Педиатрия, акушерство и гинекология, 1957, 5. —
2. Эскин И. А. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1955, 1. — 3. Якубов Ю. Акушерство и гинекология, 1959, 1. — 4. Kar A. B., Karkun J. N., Roy S. K. Acta endocrinologica, 1954, 15. — 5. Leon D. R. Riv. ostetr. e ginecol., 1955, 10, 2.

Поступила 17 июня 1960 г.