

Из Костенеевской районной больницы ТССР (Зав.—Д-р М. К. Державин).

Опыт применения внутримышечных инъекций ихтиола при острых и хронических заболеваниях женской половой сферы.

Врача В. М. Осиповского.

Действие ихтиола, введенного парентерально в человеческий организм, до сих пор экспериментально не изучено. В русской и иностранной литературе я не нашел на этот вопрос ответа. Возможно ихтиол играет роль активатора протоплазмы, а может быть действие ихтиола укладывается в теорию раздражения Bier'a. Сокольский, Кенис и др. рассматривают действие ихтиола как протеинотерапию.

Так это или иначе, но парентеральное введение ихтиола является одним из методов неспецифической терапии, оправдавшим себя на целом ряде клинических наблюдений при разнообразных заболеваниях (Straszynski, Кушелевский, Сокольский и Кенис, Докшицкая).

Сульфохтиоловый аммоний (ихтиол) добывается из битуминозных сланцев и содержит, в виде органических соединений, около 11% серы. Ихтиол обладает антисептическим, анагезирующим и сосудосуживающим свойствами. Выделяется ихтиол частью через почки, повышая содержание серы в моче, частью через кишечник (Эйдерман, Лихачев). В широкой медицинской практике ихтиол получил большое распространение как для наружного, так и для внутреннего употребления.

Настоящее сообщение посвящено парентеральному применению ихтиола в гинекологической практике.

Наш материал состоит из 200 случаев. Наблюдения велись в трех больницах (100 случ.—собств. набл., 56 случ.—в Алатырской жел.-дор. б-це д-р М. А. Осиповский, 50 случ.—в Афанасовской б-це д-р М. С. Любимова. Пользуясь случаем, приношу им благодарность за любезно предоставленный мне материал). Продолжительность наблюдений от 1 мес. до 2 лет.

Распределение материала: 1) Острые процессы (salpingoophor. bilat., endometritis post partum, endometr. haemorrhag.)—45 случ. (длительность заболевания от 4 дней до 1 мес.); 2) подострые (pelvoperitonitis, periparametritis, adnexitis)—9 случ. (длительность заболевания 3 недели—2 мес.); 3) хронические (salp.-oophorit. bilat., endometritis chr., periparametritis)—144 случ. (длительность заболевания 4 мес.—10 мес.) и 2 случ. (давность заболевания 10—12 лет).

Техника лечения такова: готовится в аптеке 5% водный раствор ихтиола и стерилизуется. По обычному способу производится внутримышечное впрыскивание в области ягодиц. Дезинфекция места инъекции спиртом и иодом.—Впрыскивается 1—1,5—2 куб. см. раствора через день, амбулаторно. Такая дозировка, а также перерывы, превышающие один и более дней,—совершенно неопасны. Раствор перед инъекцией лучше подогревать до t° тела. Терапевтический эффект от этого не изменяется. В последнее время раствор ихтиола у нас готовится на физиологическом (0,9%) растворе. Такой раствор лучше и быстрее всасывает

ся и не оставляет никаких раздражений и инфильтратов на месте укола. Количество уколов варьирует, Минимум уколов, при котором я получал стойкий клинический результат,—10; максимум—25 уколов. Здесь, видимо, имеет значение длительность процесса, а также и его анатомическая распространенность. На тысячу уколов, проведенных в 75% случаев амбулаторно, мы ни разу не видели каких-либо осложнений (анафилактика, шок и т. д.). В 4 случаях имели небольшие инфильтраты, которые быстро рассосались под влиянием спиртовых компрессов.

Впечатление от применения ихтиоловой терапии складывается на основании субъективных жалоб больных и объективных наблюдений (общая температурная, очаговая реакции, лабораторные исследования).

Клинические результаты от применения ихтиоловой терапии хорошие. В 85% случаев лечение дало стойкие результаты, в 10%—временное улучшение и в 5% осталось безуспешным. На парентеральное введение ихтиола хронические процессы женской половой сферы не реагируют ни повышением t° , ни местной, ни очаговой реакциями. Острые случаи давали повышение t° 37,5—37,9°. Наблюдались обострения процесса (очаговая реакция, длящаяся обычно недолго).

Обострение процесса давали спечические, гонорройные процессы. После первых уколов усиливалось отделяемое, наступали резкие боли в области яичников и повышалась температура.

То обстоятельство, что первые уколы при гонорройных эндометри-тах давали усиление отделяемого и вызывали всегда очаговое обострение, навело меня на мысль, не провоцирует-ли ихтиол, введенный парентерально, появление гонококков в выделениях? С этой целью мною ставятся опыты с бактериоскопическим изучением микрофлоры отделяемого при хронических и острых процессах до и после инъекций ихтиола.

Старые процессы довольно быстро поддаются лечению. После первых 3—5 инъекций можно констатировать клинически—улучшение. Объективно наблюдается рассасывание спаек, отделяемое идет на убыль и совершенно уничтожается. Субъективные ощущения больных улучшаются: боли в пояснице, крестце и пахах, доселе мучившие больных, совершенно пропадают. Больные охотно ходят на уколы и определенно заявляют о пользе их.

В острых случаях боли стихают после первых 3—4 инъекций, t° приходит к норме, самочувствие значительно улучшается.

Для выяснения изменений, наступающих в организме под влиянием ихтиоловой терапии, мною были произведены некоторые лабораторные наблюдения у 25 стационарных больных. Среди них 15 с острыми и 10 хроническими процессами. У каждой больной производилось исследование крови (количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула, реакция оседания эритроцитов, количество Hb) и полный анализ мочи—до инъекций и после.

Острые процессы, как правило, всегда сопровождались большим лейкоцитозом (16.000—22.000), сдвигом гемограммы влево. После первой инъекции в лейкоцитарной формуле не всегда наступают одинаковые изменения. В 11 случаях количество нейтрофилов снижалось, а в 4 случаях, наоборот, было увеличение. Колебание других составных частей формулы не постоянны. После 3—4 уколов, т. е. 6—8 дней лечения,

гемограмма имеет ясный сдвиг к норме, а после 8—10 уколов, а иногда значительно раньше, лейкоцитарная формула приходит к норме.

Реакция оседания эритроцитов (Р. О. Э.) производилась аппаратом Панченкова, но в последнее время я пользовался методикой Бланка. Кстати укажу здесь на жизненность и простоту этой методики, которая весьма доступна в условиях участковой больницы. Р. О. Э. в острых случаях всегда значительно ускорена и приходит к норме параллельно со сдвигом гемограммы.

Количество гемоглобина дает весьма нестойкие колебания.

Полный анализ мочи показал некоторые колебание удельного веса (1020—1025—1030); каких-либо других отклонений от нормы не отмечалось. Клиническая картина находится в полном соответствии с изменением в крови.

В хронических случаях количество лейкоцитов давало невысокие цифры (10.000—12.000), лейкоцитарная формула отличалась незначительным повышением % нейтрофилов (70—72⁰/₁₀₀). Р. О. Э. в некоторых случаях ускорена, а в ряде случаев (4) оставалась без изменений. Количество гемоглобина изменений не дает. Моча—норма. Выравнивается гемограмма и Р. О. Э. быстро, после 2—3 уколов.

Аналогичные изменения в крови были мною находимы и при применении протейновой терапии и аутогемотерапии в случаях острых и хронических воспалений. Последнее заставляет склониться к мысли, что парэнтеральное введение ихтиола есть разновидность протеиновой терапии, имеющая перед впрыскиваниями молока и крови ряд преимуществ, как-то: отсутствие t⁰-ной реакции, анафилаксии, простота техники и доступность препарата.

Из Нервной клиники Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в г. Казани. (Зав. проф. И. И. Русецкий).

К симптоматологии опухолей лобных долей¹⁾.

Ординатора И. Д. Грибанова.

Посвящается памяти дорогого учителя профессора А. В. Фаворского.

Вопрос о значении лобных долей в высшей нервной деятельности человека, несмотря на многочисленные экспериментальные, эмбриологические, филогенетические и анатомо-клинические данные, является до сих пор далеким от своего окончательного разрешения. Обширная литература, посвященная разбираемому вопросу, представляет ценный материал для выяснения проблемы функций и синдромов лобных долей.

Hitzig, Bianchi, Franz экспериментами на животных доказывают огромное значение передней лобной области в высшей психической деятельности, с чем вполне согласуются анатомо-клинические данные, говорящие за то, что поражение передне-лобных долей вызывает более

¹⁾ Доложено на заседании Общества врачей при Казанском университете 18 марта 1930 г.