

тими нейроплегическими и ганглиоблокирующими гипотензивными средствами и избежании ослабления родовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персианинов Л. С. Акуш. и гинек., 1957, 5. — 2. Лабри А., Гюгенар П. Гибриотерапия в медицинской практике, М., 1956. — 3. Kruger E. H. Zbl. Gynäkol., 1956, Bd. 49, 5. — 4. Ruzicka J. и др. Gynecol. et obst., 1957, 56, 4. — 5. Davies, John J. Canad. Anaes. Soc. J., 1955, v. 2—4. — 6. Nold B. u. and. Zbl. Gynäkol., 1957, 28. — 7. Herschenson B. B. a. oth. New England J. of Med., 1954, 251 (August, 5).

Поступила 24 июня 1959 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИДАЗЫ ПРИ МЕШЕЧЧАТЫХ ОПУХОЛЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ И ПАРАМЕТРИТАХ

Канд. мед. наук И. Н. Рембез

(Львов)

Гнойный процесс в трубах и яичниках ограничивается образованием из их стенок плотных капсул и обширных сращений со стенками таза и соседними органами (матка, кишечник, сальник).

Образование непроницаемых для микробов капсул и обширных сращений в острой стадии играет защитную роль, препятствуя распространению инфекции. В этом проявляется барьерная функция соединительной ткани. В дальнейшем, после гибели возбудителей воспалительного процесса в придатках, эти непроницаемые капсулы задерживают рассасывание накопившегося серозного или гнойного экссудата.

Достичь рассасывания возможно лишь путем повышения проницаемости тканей, окружающих этот экссудат. Способностью повышать проницаемость тканей обладают факторы распространения Дюран-Рейналса, идентифицированные Чейном и Дьюти с гиалуронидазой. Феномен распространения в тканях объясняется энзиматическим действием гиалуронидазы на гиалуроновую кислоту.

Гиалуронидаза обладает диффузионными свойствами уже в разведении 1:100 000 — 1:1 000 000 (Л. И. Маграчева, Б. Н. Могильницкий и В. П. Шехонин). В последнее время делаются попытки применить препараты гиалуронидазного действия для лечения различных гнойных заболеваний (Спир, Рис и Клифтон, Райфенштуль).

Однако, гиалуронидаза преодолевает барьер лишь в случае, если она введена в ткань, образующую этот барьер, в противном случае она распространяется вокруг него по линии наименьшего сопротивления. Барьер остается нарушенным в течение 24 час. и через 48 час. полностью восстанавливается (О. Хехтер).

Лидаза — советский препарат гиалуронидазного действия, изготавливаемый из семенников половозрелого скота путем автолиза. Это — стерильный белковый порошок желтоватого цвета, выпускается в ампулах по 0,1, что соответствует 64 ед.

Содержимое ампулы перед применением растворяется в 2—4 мл 0,5% раствора новокаина.

Целью нашей работы является изучение влияния лидазы на скорость рассасывания воспалительных экссудатов придатков матки и околоматочной клетчатки.

Прежде чем ввести лидазу, необходимо больную обследовать и сделать пункцию опухоли. Если пунктат оказывается стерильным, что обычно и бывает при очень давних мешеччатых опухолях, а число лейкоцитов в крови в пределах нормы и РОЭ не выше 20 мм/час, можно применять лидазу. Желательно вместе с лидазой вводить и антибиотики, действие которых значительно усиливается.

Введение лидазы производится с помощью шприца и длинной иглы. Сначала внутренним исследованием определяются локализация, величина и соотношение опухоли с соседними органами, избирается наиболее легко доступная для прокола точка. После этого делается прокол соответствующего свода либо под контролем пальцев, либо в зеркалах под контролем глаза. Если игла оказывается в полости опухоли, содержимое последней отсасывают и отправляют на исследование. Через эту же иглу, но другим шприцем вводится лидаза в дозе от 64 до 128 ед. вместе с 0,5—1,0 стреп-

томицина или 500 000 ед. пенициллина. При двусторонних мешеччатых опухолях лидаза одновременно вводится в обе опухоли.

Такова же методика применения лидазы и при параметритах. Техника введения лидазы в параметральные инфильтраты значительно проще. Применяется лидаза каждые 4—5 дней, всего 4—5 раз.

Описанная методика применена нами у 34 больных: у 30 при мешеччатых опухолях придатков и у 4 при гнойных параметритах. Возраст больных — от 30 до 40 лет, из них нерожавших 6, аборт в анамнезе отмечен у всех; давность заболевания — от 4 до 9 лет.

Нередко при первой пункции гнойное содержимое опухоли отсасывается с трудом из-за густой консистенции гноя. После первого введения лидазы с антибиотиками у большинства больных наблюдаются недомогание, повышение температуры до субфебрильных цифр, потливость.

При второй пункции легко отсасывается разжиженное гнойное содержимое в значительно большем количестве, чем в первый раз (в 1,5—2 раза). В первые же сутки после второго введения лидазы наблюдается резкое улучшение общего состояния больных: прекращаются или значительно затихают боли, нормализуется температура тела.

При третьей пункции опухоли обычно добывается серозное содержимое; количество его с каждой пункцией уменьшается, размеры опухоли становятся значительно меньшими с одновременным увеличением подвижности матки и придатков.

Описанные изменения происходят параллельно с уменьшением или исчезновением лейкоцитов в пунктате, нормализацией количества лейкоцитов в крови больных и замедлением РОЭ.

У больных с обширными уплотнениями тканей вокруг гнойных очагов после полного рассасывания экссудата, что обычно завершается в 25—30 дней, необходимо сделать перерыв в лечении на 1—1,5 месяца, рекомендуя им рациональный отдых. После перерыва для рассасывания этих уплотнений и полного восстановления подвижности внутренних половых органов мы рекомендуем инъекции лидазы в точки наиболее выраженной плотности по 128—300 ед. через день, всего 15 введений. В дни, когда лидаза не вводится, применяются глубокие прогревания органов малого таза коротковолновой диатермией по 20—30 мин, всего 15 сеансов.

Полное клиническое выздоровление от проведенного по нашей методике лечения было отмечено у 20 из 34 женщин. У остальных 14 больных после 1—1,5-месячного отдыха с вполне удовлетворительным результатом проведено дополнительное лечение, как описано выше, инъекциями лидазы и коротковолновой диатермией. Давность наблюдения по окончании лечения — 3—6 месяцев.

С нашей точки зрения, предлагаемая методика имеет несомненные преимущества перед оперативными методами лечения, проста и доступна в условиях любого лечебного учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маграчева Л. И. Акуш. и гинек., 1957, 4. — 2. Могильницкий Б. Н. и Шехонин В. П. Вopr. проницаемости кров. капилл. в патологии, 1949, 9. — 3. Учитель И. Я. ЖМЭИ, 1950, 4. — 4. Duran-Roynals F. a. Goldsmith E. D. Science, 1949, 74. — 5. Hechter O. Proc. Soc. Exper. Biol. a. Med., 1948, 67. — 6. Reiffenstahl G. Zbl. Gynäcol., 1957, 32. — 7. Spier I. R., Rees T. a. Clifton E. E. Am. J. of Surgery, 1956, 92, 4.

Поступила 26 сентября 1959 г.