

6

42893.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Др 48
103

К. А. КУРЫШЕВА.

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ
ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Др 116/2222

Саратов
1957

ИЗ САРАТОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Директор—доцент Б. А. НИКИТИН.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического
факультета (зав. кафедрой доктор медицинских
наук профессор М. А. Даниахий).

Научные руководители: профессор М. А. Даниахий.

профессор О. С. Парсамов.

Защита диссертации состоится в Совете Саратовского ме-
дицинского института « » 1957 года.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук про-
фессор А. М. Фой и кандидат медицинских наук доцент К. В.
Семенов.

Автореферат диссертации разослан « » 1957 г.

Государственная
БИБЛИОТЕКА

57-85350

Тканевая терапия как метод лечения при разнообразных
заболеваниях существует более 20 лет. Она эффективна при
ряде заболеваний глаз, желудка и двенадцатиперстной кишки,
при трофических язвах, при заболеваниях нервной системы,
при спаечных и рубцовых процессах в различных органах.

Несмотря на большой срок существования тканевой тера-
пии, механизм действия ее достаточно не выяснен.

Судя по литературным данным, тканевая терапия имеет
практическое применение и при воспалительных заболеваниях
половых органов женщины; однако широкого внедрения этого
метода в гинекологическую практику пока нет потому, что по
вопросу о целесообразности тканевой терапии у больных с ги-
некологическими заболеваниями имеется еще целый ряд неяс-
ностей.

Ввиду этого у нас возникла мысль провести клинические
и лабораторные исследования, могущие обосновать целесооб-
разность применения тканевой терапии у больных с воспали-
тельными заболеваниями во внутренних половых органах, изу-
чить отдаленные результаты лечения и отметить противопоказа-
ния к ее применению. Одновременно мы решили провести
лечение больных тканью, консервированной различными мето-
дами, чтобы решить все еще спорный вопрос о том, имеют ли
значение для эффективности действия различные методы кон-
сервации тканей и сама структура применяемых тканей.

В своей работе мы занялись изучением изменений в нерв-
ной и эндокринной системах больных, которые возникают при
воспалительных заболеваниях женской половой сферы и в
связи с тканевой терапией.

Мы полагали, что понимание изменений в нервной и эндо-
кринной системах при воспалительных заболеваниях женской
половой сферы и после тканевой терапии поможет нам более
четко, чем это имеет место в настоящее время, уяснить меха-
низм действия на воспалительный процесс этого вида лечения,
а также обосновать сферу применения его у подобного рода
больных.

С целью изучения изменений в нервной и эндокринной си-
стемах при заболеваниях и в связи с тканевой терапией мы

пользовались неврологическим анамнезом больной и следующими тестами: 1. Определяли кальций в сыворотке крови. 2. Определяли гидрофильность тканей (проба Мак-Клюра и Олдрича). 3. Изучали рефлекторные реакции с матки, по которым можно было судить о состоянии ее нервной системы, а также и о взаимоотношении ее с центральной нервной системой больных. 4. Производили цитологическое исследование влагалищного отделяемого.

Клинические наблюдения мы провели на 206 больных с подострыми и хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Из них 121 больная лечилась тканью, консервированной по методу Г. Е. Румянцева, 40 больных—по методу В. П. Филатова и 45 больных—по методу Н. И. Краузе.

Значительное количество больных, леченных тканью, консервированной по методу Г. Е. Румянцева, обусловлено тем, что в то время, когда мы начинали наше исследование, временная инструкция Министерства Здравоохранения СССР от 2-го июля 1950 г. призывала заняться изучением данного метода.

Консервацию ткани по методам Г. Е. Румянцева, В. П. Филатова и Н. И. Краузе мы проводили соответственно указаниям авторов. Ткань при лечении больных по методу Г. Е. Румянцева и Н. И. Краузе вводилась в виде подсадки, а по методу В. П. Филатова в виде инъекций эмульсии плаценты вместе с пуповиной.

Большинство больных получили от 1 до 3 подсадок с перерывами в 2—3 недели или 3—6 инъекций эмульсии с промежутками в 5—6 дней.

Состав больных 3 групп по возрасту, социальному положению, этиологическому фактору заболевания в пропорциональном отношении был приблизительно одинаков. Более длительные заболевания чаще встречались у больных, лечившихся по методу Г. Е. Румянцева и Н. И. Краузе.

Большинство наших больных кроме специфических жалоб, характерных для воспалительного гинекологического заболевания, предъявляло ряд других (слабость, головная боль, головокружение, повышенная раздражительность, плохой сон и аппетит), указывающих на изменения в центральной нервной системе и других органах у больной.

Результаты лечения тканью мы анализировали отдельно по 3 вышеуказанным группам.

Под влиянием тканевой терапии мы наблюдали улучшение общего состояния почти в равной степени у больных всех 3

групп. У них повышалось чувство бодрости и работоспособность, снижалась раздражительность. Наблюдался выраженный аналгезирующий эффект, причем он проявлялся тогда, когда в патологическом очаге еще не наступало выраженных изменений. Тканевая терапия оказывала нормализующее влияние на температуру больных. В связи с тканевой терапией у одной трети больных было критическое падение температуры, а у большинства больных температура падала литически в течении 4—7 дней.

Наши исследования показали, что при тканевой терапии у больных нормализуется менструальная функция. Нормализацию менструального цикла можно отметить уже в первом или во втором цикле с момента применения ткани. Раньше всего исчезали жалобы на болезненность менструаций, прекращались кровянистые выделения при затянувшейся менструации.

Изменения наблюдались у больных и в секреторной функции. В первые дни после подсадки у многих больных количество влагалищных выделений увеличивалось, что, надо полагать, было связано с реактивными изменениями в патологическом очаге. После окончания лечения у больных менялся характер влагалищных выделений, а именно: ранее гнойные или слизисто-гнойные становились слизистыми или выделениями дескативного характера.

Нам удалось установить, что тканевая терапия больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов оказывает нормализующее влияние на количество лейкоцитов крови. При этом установлено две закономерности: у большинства больных ликвидируется лейкоцитоз, а при наличии лейкопении количество лейкоцитов увеличивается до нормальных величин.

Объективные данные об эффективности тканевой терапии в воспалительном очаге мы получали методом бимануального исследования, а также осмотром половых органов в момент операции, если последней предшествовало лечение тканью.

Тканевая терапия у больных с инфильтративными и спаечно-инфильтративными воспалительными образованиями в придатках матки и на брюшине малого таза небольшой давности полностью рассасывает эти образования с восстановлением функций органов, о чем свидетельствует наступление беременности у данных больных.

У больных с инфильтративными и спаечно-инфильтративными процессами, появившимися в результате обострения часто рецидивирующего заболевания в области придатков матки, при тканевой терапии рассасываются инфильтраты и частично

спайки, образовавшиеся вследствие последнего рецидива заболевания. Хронические очаги, находящиеся чаще всего в области придатков матки в виде мешетчатых и тубоовариальных опухолей большей или меньшей величины, обратному развитию не подвергались.

Результаты тканевой терапии при воспалительных образованиях, возникших в связи с гонорройной инфекцией, значительно хуже, чем при заболеваниях неспецифической этиологии. Последнее, возможно, связано с тем, что в тканях половых органов при хронических гонорройных процессах имеется значительное развитие соединительной ткани, переходящей в рубцы, а при неспецифической септической инфекции у больных после перенесенного заболевания остаются более рыхлые сращения.

Наши исследования установили, что тканевая терапия противопоказана у больных, имеющих пиосальпинксы или гнойные тубоовариальные опухоли. При наличии указанных образований тканевая терапия дает тяжелые обострения воспалительного процесса.

Влияние тканевой терапии при заболеваниях внутренних половых органов проявилось либо в полном рассасывании воспалительных образований, либо в значительном или частичном уменьшении их. Полное рассасывание наблюдалось у 30,58 проц. больных, лечившихся по методу Г. Е. Румянцева, у 31,11 проц. больных—по методу Н. И. Краузе и у 35 проц. больных, лечившихся по методу В. П. Филатова. Значительное рассасывание воспалительных очагов у больных, лечившихся по методу Г. Е. Румянцева имело место у 39, 67 проц., по методу В. П. Филатова—у 37,5 проц. и по методу Н. И. Краузе—у 46,67 проц. Частичный эффект от тканевой терапии отмечен у 25,62 проц. больных, лечившихся по методу Г. Е. Румянцева, у 27,5 проц.—по методу В. П. Филатова и у 15,56 проц., лечившихся по методу Н. И. Краузе. Эффекта не было от тканевой терапии у 4, 13 проц. больных, лечившихся по методу Г. Е. Румянцева, у 6,66 проц.—по методу Н. И. Краузе.

Таким образом, изучая результаты тканевой терапии при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов у женщин с применением для подсадки тканей, консервированных по 3 методам, мы отметили, что метод консервации ткани на эффективность лечения заметного влияния не оказывает.

Отдаленные результаты после лечения консервированной тканью прослежены нами у 147 больных, из них 92 лечились по методу Г. Е. Румянцева, 30—по методу В. П. Филатова и 25—по методу Н. И. Краузе. Срок наблюдения до 1 года имел место у 45 больных, до 2 лет—у 52 больных и до 4-х лет—у

50 больных. За этот период обострение заболевания наступило у 14 проц. больных. Беременность наступила у 13,4 проц. больных. Изучение отдаленных результатов при тканевой терапии у остальных больных показало стойкость положительных результатов в том случае, если при лечении наступало обратное развитие воспалительных образований. Рецидивы же заболевания наблюдались у больных из группы с неполными анатомическими восстановлениями в половых органах.

Гидрофильтность тканей определялась у 51 больной до подсадки, на 2—3 день после подсадки и после прекращения лечения. Проба на гидрофильтность ткани проведена у 17 больных с подострой стадией заболевания, у 22—с обострением хронического процесса и у 12—с хроническими процессами. Из них тканевая терапия проводилась по методу Г. Е. Румянцева у 29 больных, В. П. Филатова у 13 больных и Н. И. Краузе у 9 больных. У всех больных в подострой стадии заболевания и в период обострения хронического процесса проба Мак-Клюр Олдрича была ускорена, причем скорость всасывания физиологического раствора зависела от тяжести воспалительного процесса. Степень гидрофильтности тканей меняется от интоксикации организма больной. Исследования данной пробы показали увеличение интенсивности интоксикации организма больной на 2—3 день после подсадки, даже у больных с хроническим течением заболевания.

Изменение данной пробы вскоре после введения консервированной ткани в организм больной даже там, где заболевание носило хронический характер, указывает на непосредственную связь данной реакции с введенной тканью. Следовательно, с консервированной тканью вводятся белковые субстанции, которые и обусловливают изменение гидрофильтности ткани.

После лечения пробы на гидрофильтность тканей показывала нормальные цифры или они приближались к норме.

Определение кальция в сыворотке крови произведено у 39 больных в различные стадии воспалительного процесса. Исследование проводилось дважды: до тканевой терапии и после нее. Лечение проводилось тканью, консервированной по разным методам. При этом отмечалось понижение или повышение количества кальция, что связано с угнетением или возбуждением функции симпатической нервной системы.

Под влиянием тканевой терапии, как показали наши исследования, наступают изменения уровня кальция в сыворотке крови, указывающие на нормализацию функции симпатической нервной системы.

Мы провели исследование вагинального отделяемого у 54 больных с нарушенным менструальным циклом при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов и проследили изменение его под влиянием тканевой терапии. Исследования проводились до лечения и в первые 1—2 месяца после окончания лечения в определенные дни менструального цикла, в дни предполагаемого наибольшего насыщения организма гормонами, т. е. в средине менструального цикла и перед приходом менструаций. У каждой больной производилось от 4 до 6 исследований.

Наши исследования показали, что причиной нарушения менструаций у половины обследованных больных явились гормональные сдвиги у них, выражавшиеся, почти у всех больных в эстрогенной недостаточности; у второй половины больных гормональных нарушений выявить не удалось. Нормализация менструального цикла под влиянием тканевой терапии наступает как у больных с гормональными нарушениями, так и без них. Эффект от тканевой терапии в отношении нормализации менструального цикла хуже у больных, у которых при наличии воспалительных изменений имеются еще и гормональные нарушения, но все же у $\frac{1}{3}$ их получено полное восстановление менструаций.

Пользуясь методом плеизмографии, мы изучили характер сосудистой реакции у 25 женщин с подострыми и хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки и брюшины малого таза в процессе заболевания. Каждой больной производилось от 2 до 6 исследований. Исходные плеизмограммы у наших больных имели малые пульсовые колебания. Они часто носили резко выраженный волнобразный, а у ряда больных инертный характер. Подобный вид плеизмограмм свидетельствует о нарушении равновесия между процессами возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Хорошо выраженную нулевую плеизмограмму у больных мы получали только после того, как тканевая терапия оказывала выраженное положительное влияние на организм больной.

Частота записи плеизмограмм решающего значения не имела. Результаты исследования исходных плеизмограмм, как и указанные клинические наблюдения, показывают нам, что при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов у больных наступают глубокие нарушения функции центральной нервной системы, которые нормализуются под влиянием тканевой терапии.

Используя методику, предложенную В. М. Лотис, мы решили изучить состояние периферической нервной системы в патологическом очаге у 25 наших больных по рефлекторным реакциям матки. Для этой цели мы использовали метод плеизмографии.

При исследовании рефлекторных реакций с матки путем механического и теплового раздражения области наружного зева цервикального канала мы установили отсутствие указанных реакций в период заболевания. Рефлекторные реакции с матки после тканевой терапии мы обнаружили у всех больных с полным рассасыванием воспалительных образований и у 2 больных со значительным их уменьшением.

На появление рефлекторных реакций с матки оказывает влияние причины заболевания. Мы не получили рефлекторных реакций с матки при первом рецидиве заболевания у больных, перенесших в недалеком прошлом гоноррею.

Рефлекторные реакции с матки мы не наблюдали у больных с полным рассасыванием инфильтративных образований в полости малого таза, если в теле или шейке матки у них оставались явления хронического метрита, и у больных с длительно существующими воспалительными заболеваниями в виде мешетчатых опухолей придатков матки.

Исходя из наших клинико-экспериментальных данных можно сделать вывод, что длительное течение воспалительного заболевания с неоднократными обострениями вызывают гибель или резкое угнетение нервных элементов матки. В результате этого у наших больных рефлекторные реакции отсутствовали. Подобные данные получены и В. М. Лотис.

На основании исследований рефлекторных реакций с матки в период заболевания и после окончания лечения мы считаем, что у больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов нарушается обычная импульсация с ее интерорецепторов, в силу чего наступают изменения в центральной нервной системе и во всем организме больной.

Тканевая терапия, по мере выздоровления больной, оказывает нормализующее влияние на функциональное состояние центральной и периферической нервной системы и этим самым обуславливает появление физиологических рефлекторных реакций с матки. Отсюда мы полагаем, что у половины наших больных, у которых гормональных сдвигов в организме по цитологической картине не обнаружено, нарушение менструального цикла наступало в силу изменений в состоянии рецепторного аппарата матки.

ВЫВОДЫ

1. Тканевая терапия использованная нами у 206 гинекологических больных оказалась эффективным методом лечения при воспалительных процессах внутренних половых органов женщин.

2. В первые сутки после применения ткани у гинекологических больных с воспалительными заболеваниями половой сферы наблюдается повышение чувства бодрости, снижение раздражительности, улучшение сна, уменьшение или полное исчезновение головной боли, улучшение аппетита.

3. Тканевая терапия оказывает выраженный аналгезирующий эффект, снижает температуру критически, чаще же литически, нормализует морфологический состав крови.

4. Под влиянием тканевой терапии у гинекологических больных восстанавливается нарушенная при воспалительном процессе менструальная функция.

5. В результате тканевой терапии мы могли отметить полное и значительное рассасывание воспалительных образований в половых органах у 70,25 проц. больных, лечившихся по методу Г. Е. Румянцева, у 72,5 проц.—по методу В. П. Филатова и у 77,78 проц.—по методу Н. И. Краузе. У остальных больных наблюдалась частичный эффект или отсутствие его.

6. Таким образом мы установили, что эффективность тканевой терапии не зависит от способа консервации ткани, однако введение консервированной ткани методом инъекций имеет преимущества перед методом подсадок, так как является более доступным для широкого применения, в частности, в условиях сельского врачебного участка.

7. Эффективность тканевой терапии понижена у гинекологических больных, перенесших: а) длительные, часто рецидивирующие заболевания; б) заболевания, вызванные гонорреей, а также возникшие на фоне сепсиса; в) имеющих преформированные опухоли и рубцовые изменения в тканях половых органов.

8. Полное анатомическое восстановление в половых органах у больных под влиянием тканевой терапии наступает при инфильтративных и спаечно-инфильтративных процессах небольшой давности.

9. После лечения воспалительных заболеваний консервированной тканью возможно восстановление детородной функции.

10. При наличии конгломератов в половых органах, состоящих из инфильтрата, преформированных опухолей и спаечно-рубцовых изменений, тканевая терапия приводит к рассасыва-

нию инфильтратов, размягчению рубцов и может являться подготовительным методом к оперативному вмешательству.

11. Тканевая терапия противопоказана при гнойных мешчатых опухолях половой сферы.

12. Механизм действия тканевой терапии осуществляется в первую очередь путем нормализации функции центральной нервной системы у больных, о чем свидетельствуют приближение у них в результате лечения плеизограмм к типу нулевых, пробы Мак-Клюр и Олдрича, нормализация количества кальция в сыворотке крови, появление рефлекторных реакций с матки у больных с полным анатомическим восстановлением в половых органах. В результате вышеуказанных изменений под влиянием тканевой терапии происходит рассасывание воспалительных образований в патологическом очаге у гинекологических больных.

Содержание диссертации опубликовано:

1. Тканевая терапия при воспалительных заболеваниях половой сферы женщины.

Сборник авторефератов—докладов 19 научной сессии Саратовского Государственного медицинского института. Май, 1952 год.

2. Тканевая терапия при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов женщины.

Труды Саратовского медицинского института. Том 9, 1957 г.

Ответственный за выпуск—директор института
Б. А. Никитин.