ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ [1]

Ассистент *Г. П. Лисица, Г. В. Барило*

Из кафедры акушерства и гинекологии (зав. — проф. А. В. Анисимов) Станиславского медицинского института

Мы применили в женской консультации тканевую терапию 262 гинекологическим больным; из них 141 — для лечения воспалительных процессов половых органов, 35 — с расстройствами овариально-менструального цикла, 32 — по поводу болезненных менструаций, 31 — по поводу инфантилизма и первичного бесплодия и 23 женщинам, у которых отмечались боли в области половых органов, не связанные с менструациями и без объективных анатомических изменений.

Большинству больных до лечения инъекциями плацентарной ткани неоднократно применяли другие методы терапии, которые не дали эффекта. Так, 214 женщин лечили как в условиях стационара, так и в условиях женской консультации фармакологическими препаратами, 241 получала физиотерапевтические процедуры, 187 — грязи, 187 — орошения, 145 — соллюкс, 138 — световые ванны, 137 — диатермию, 129 — ионтофорез, 120 — инфракрасные лучи.

Методика. От здоровой роженицы берут плаценту, отмывают ее от сгустков крови и хранят в холодильнике при 4° в течение 7 дней; после этого ее разрезают на мелкие куски размером 3×4 см и на лоточке стерилизуют в автоклаве при давлении 2 атм. и температуре 120° в течение 45 минут. Простерилизованные куски плаценты вводят под кожу грудной клетки на уровне VII—VIII ребра с помощью особого шприца.

Шприц представляет полую металлическую трубку, на обоих концах которой имеются винтовые нарезки. На один конец трубки навинчивают канюлю, имеющую резьбу для иглы (просвет 0,3 мм), на второй — крышку, в центре которой имеется отверстие с винтовой резьбой, в которое ввинчивают стержень; на одном конце стержня расположена рукоятка, на другом — поршень. При ввинчивании стержня поршень выдавливает через иглу плацентарную массу, причем при 8 полных поворотах стержня выдавливается 1 г плацентарной массы. Место инъекции анестезируют 0,25% раствором новокаина. Больной вводят 1 г плацентарной массы. Повторные инъекции (всего 4—6) делают через 21 день. Больные хорошо переносят лечение.

Больным проводили от 2 до 10 инъекций плацентарной массы, всего 262 больным было сделано 1458 инъекций.

У всех 262 больных через год были проверены отдаленные результаты лечения. Мы убедились, что эффективность его зависит от давности заболевания, течения воспалительного процесса, а также от количества инъекций плацентарной массы.

Полное излечение наступило у 38 из 141 больной, значительное улучшение — у 72, эффекта не получено у 31 больной.

Лечение оказалось более эффективным при острых и подострых воспалительных процессах женских половых органов, худшие результаты получены при лечении хронических воспалительных процессов. Так, при остром воспалительном процессе (13 больных) полное излечение отмечено у 7, значительное улучшение — у 5, отсутствие эффекта — у 1 больной.

Лучшие результаты были получены у больных, давность заболевания у которых не превышала года. У 61 женщины заболевание продолжалось не более года, среди них полное излечение или значительное улучшение наступило у 56, а из 80 больных, воспалительный процесс у которых продолжался более года, после проведенного лечения наступило излечение или улучшение только у 54, а у 26 лечение эффекта не дало.

Для излечения или значительного улучшения необходимо сделать от 4 до 6 инъекций плацентарной массы, дальнейшее увеличение числа инъекций положительных результатов не дает.

При расстройстве овариально-менструального цикла излечение наступило после 5—6 инъекций в сочетании с гормонотерапией и бромидами только у 4 из 35 больных. Поэтому мы считаем, что лечение расстройств овариально-менструального цикла инъекциями плацентарной массы, за исключением болезненных менструаций, является безуспешным.

Из 32 женщин, жаловавшихся на болезненные менструации, излечение после инъекций плацентарной массы наступило у 14, в том числе у 3 из 9, у которых боли появились с первой менструацией, у 6 из 12 — после родов и у 5 из 11 — после аборта. Таким образом, следует считать, что при болезненных менструациях показаны в качестве неспецифического лечения инъекции плацентарной массы.

---

[1] Доклад на заседании Акушерско-гинекологического общества Станиславской области 7/XII 1959 г.

У 31 больной, у которой был инфантилизм и первичное бесплодие, проведенное лечение инъекциями плацентарной массы улучшения не дало.

У 23 женщин были боли без анатомических изменений в области гениталий, пониженное питание и общая слабость; после инъекций плацентарной массы у 20 из них наступило излечение, все они прибавили в весе, стали чувствовать себя бодро, перестали испытывать боли.

Среди 262 больных после 1458 инъекций у 1,3% наблюдались осложнения в виде местной реакции: припухлость и покраснение — у 9, выхождение плацентарной массы через инъекционное отверстие — у 3; у одной женщины было нагноение, некоторые больные отмечали общее недомогание и повышение температуры тела до 37,7°.

Почти у половины больных, которым впервые производили инъекции плацентарной массы, к исходу суток после инъекции появлялись чувство ломоты в конечностях, головная боль, разбитость, реже наблюдалось однократное повышение температуры. На 2-е сутки все эти явления исчезали. При повторении инъекций реакция обычно отсутствовала или была очень слабой.

Наши наблюдения указывают, что метод инъекций плацентарной массы более прост, чем подсадка, технически легко выполним, дает мало осложнений. Его можно применять в условиях женской консультации и стационара. При проведении этого метода лечения для снижения количества осложнений после инъекций желательно выделять специального врача, который должен хорошо усвоить методику этой тканевой терапии.

Поступила 9/VI 1960 г.

ВРОЖДЕННЫЙ СВИЩ МЕЖДУ ПРЯМОЙ КИШКОЙ И ПРЕДДВЕРИЕМ ВЛАГАЛИЩА ПРИ НОРМАЛЬНОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ

Кандидат медицинских наук *Н. Б. Ситковский*

Из клиники хирургии детского возраста (зав. — проф. А. Р. Шуринок) на базе Городской специализированной детской больницы (главный врач Т. П. Новикова)

Среди различных аномалий развития у девочек чрезвычайно редко встречается врожденный свищ между прямой кишкой и преддверием влагалища при нормальном заднем проходе.

Детей со свищами между прямой кишкой и преддверием влагалища при нормальном заднем проходе необходимо взять на учет с первых дней после рождения. Они должны находиться под систематическим наблюдением детского хирурга, гинеколога и педиатра. Правильное вскармливание и послабляющая диета дают возможность наладить функцию кишечника, а тщательный уход за половыми органами избавляет ребенка от мацерации кожи. Операцию целесообразно произвести в возрасте 3—4 лет.

Оперативное вмешательство осуществляется следующим образом. Под местным новокаиновым обезболиванием либо эфирно-кислородным наркозом окаймляющим разрезом вокруг заднего прохода, продолженным кпереди по средней линии и кзади до верхушки копчика, послойно рассекают кожу и подкожную клетчатку. Дойдя до наружного жома и не нарушая его целости, отделяют от него прямую кишку, затем ее мобилизуют сзади и с боков. Отсепаровав свищ в преддверии влагалища, отделяют переднюю стенку прямой кишки от задней стенки влагалища. Мобилизовав прямую кишку в такой степени, чтобы ее можно было низвести на промежность без натяжения, отсекают ее выше выделенного свища и сшивают с мышцей, поднимающей задний проход, а слизистую оболочку — с кожей заднего прохода. Указанная методика гарантирует от неудач, которые часто встречаются при операции ушивания свища. Для создания покоя промежностной ране после операции накладывают гипсовую повязку, предложенную И. К. Мурашовым.

Из 55 девочек, лечившихся в клинике с 1944 г. по октябрь 1961 г. по поводу аномалий развития прямой кишки в сочетании со свищами в половую систему, у 6 был свищ между прямой кишкой и преддверием влагалища при нормальном заднем проходе. Среди наших больных 4 были в возрасте от 20 дней до 2 месяцев, одна — 8 месяцев, одна — 14 лет. Четверо из них лечились консервативно, двум была произведена операция. Из указанных наблюдений особого внимания заслуживает одно, в котором врожденный свищ между прямой кишкой и преддверием влагалища сочетался с двурогой маткой и двойным влагалищем.

Больная С., 14 лет, поступила в клинику по поводу врожденного свища между прямой кишкой и преддверием влагалища. В раннем детском возрасте безуспешно подвергалась операции по поводу свища. При обследовании: задний проход воронкообразно втянут. На передней стенке прямой кишки при пальцевом исследовании в 2 см от заднего прохода определяется отверстие. При раздвигании половых губ в преддве-