

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

И. А. ПЕТРОВА

ЛЕЧЕНИЕ НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ГОРМОНОМ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Одним из осложнений беременности является недонашивание, которое, как известно из литературы, встречается в 10—13% всех родов. Поэтому понятно стремление акушеров найти наиболее эффективный метод лечения этой патологии.

Преыдушие наши исследования установили стимулирующее действие гиперинтерренализации на развитие половых органов инфантильных самок белых крыс. Учитывая, что среди этиологических моментов недонашивания значительную роль играет недоразвитие полового аппарата, мы провели лечение недонашивания беременности гормоном коры надпочечников.

Инфантилизм женских половых органов чаще всего развивается как следствие перенесенных острых инфекционных заболеваний, протекающих в тяжелой форме, а также алиментарной дистрофии и тяжелой физической работы в препубертатном возрасте (А. М. Агаронов [1]). Упомянутые факторы оказывают пагубное действие на корковое вещество надпочечников, которое играет значительную роль наряду с гипофизом еще до начала функционирования яичников в формировании половых органов девочки.

Так, при дифтерии наблюдаются кровоизлияния в мозговое, корковое вещество и капсулу надпочечников, а также белковое перерождение и некроз клеток коркового вещества (В. И. Молчанов [7]).

М. Л. Рохлина [10] отметила наличие некроза в коре надпочечников при некоторых инфекционных заболеваниях, особенно—дифтерии и перитоните; при септических процессах наблюдался отек коры надпочечников.

Недостаточное питание также вызывает дегенеративные процессы в надпочечниках. Так, В. Г. Штефко [11] описал три типа деструктивных изменений, происходящих в надпочечниках при различных стадиях голодания: в начале—кровоизлияние в корковое вещество, а в конечной стадии—вакуольное перерождение клеток почти всех зон коркового вещества.

Вызванное нарушением функции коры надпочечников в детском возрасте отставание в развитии женских половых органов в дальнейшем не компенсируется функцией яичника. Вследствие этого половые органы

(в основном, матка) у взрослой женщины остаются недоразвитыми, что приводит к бесплодию или недонашиванию.

С целью стимуляции развития матки во время беременности и понижения возбудимости ее (С. М. Беккер [2]) мы применяли препарат гормона коры надпочечников—дезоксикортикостеронацетат (ДОКСА).

ДОКСА (уксуснокислый эфир 11-дезоксикортикостерона) представляет собой белый кристаллический порошок, стойкий на воздухе. Растворяется в спирте, ацетоне, эфире, растительных маслах. Препарат выпускается в 0,5% масляном растворе в ампулах по 1 мл (5 мг).

Механизм действия ДОКСА при недонашивании беременности можно представить следующим образом: ДОКСА, как и прогестерон, вызывает у животных секреторную фазу в эндометрии (Е. Н. Марголина [6], Е. И. Кватер [4]) и изменения в клетках влагалищного эпителия (Кайзер Р. и Конрад И., Keiser R. и Konrad I. [12]); подавляет сократительную деятельность матки и улучшает ее кровоснабжение (Беккер С. М.).

Противопоказанием для применения ДОКСА, согласно информационному письму № 4 ГАПТУ МЗ СССР, является гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность с отеками, нефрит, нефропатия беременных.

Лечение, применяемое нами, заключалось в ежедневных инъекциях по 1 мл 0,5% раствора ДОКСА; в среднем на курс лечения—10 инъекций (50 мг).

Под нашим наблюдением находилось 118 больных с явлениями угрожающего или начавшегося прерывания беременности, из которых первобеременных было 52, повторобеременных—66. Из повторобеременных женщин только у 16 предыдущие беременности закончились срочными родами.

По возрасту все больные распределялись следующим образом:

- до 20 лет было 4 больных;
- 20—29 лет — 82 больных;
- 30 лет и выше — 32 больных.

Симптомы недонашивания появились в следующие сроки беременности: 1. Беременность до 8 недель была у 19 женщин, из них: угрожающий аборт был у 13, начавшийся аборт—у 6 женщин; 2. Беременность 9—12 недель была у 24 женщин, из них: угрожающий аборт был у 14, начавшийся аборт—у 10 женщин; 3. Беременность 13—16 недель была у 15 женщин, из них: угрожающий аборт был у 15 женщин; 4. Беременность 17—20 недель была у 18 женщин, из них: угрожающий аборт—у 15, начавшийся аборт—у 3 женщин; 5. Беременность 21—24 недели была у 9 женщин, из них: угрожающий аборт был у 7, начавшийся аборт—у 2 женщины; 6. Беременность 25—28 недель была у 8 женщин, у всех был угрожающий аборт; 7. Беременность 29—32 недели была у 13 женщин; 8. Беременность 33—38 недель—у 12 женщин.

По клинической картине больные распределялись следующим образом: угрожающий аборт был у 72 больных, начавшийся аборт—у 21 больной, угрожающие преждевременные роды—у 25 больных.

У большинства больных с угрожающим абортом схваткообразные боли начались за 3—5 дней, а у большинства больных с начавшимся абортом кровянистые выделения—за 4—5 дней до поступления в клинику. Таким образом, подавляющее большинство больных поступало в клинику с ясно выраженной картиной недонашиваемости.

Возможной этиологией недонашивания беременности служили:

недоразвитие матки—у 47 женщин, искусственное прерывание предыдущих беременностей—у 33, общие заболевания—у 2, физическая и психическая травма—у 6, постлактационная атрофия матки—у 1, другие заболевания—у 4, невыясненные причины—у 25 женщин.

Как видно из приведенных данных об этиологии заболевания, значительную роль в возникновении недонашивания играло недоразвитие матки. Это, возможно, обусловлено тем, что период полового созревания у этих больных совпал с годами Великой Отечественной войны, во время которой нарушения питания, выполнение физической работы и тяжелые бытовые условия могли оказать пагубное влияние на организм подрастающего поколения.

У больных с недоразвитием матки объективные признаки инфантилизма половых органов были выражены с различной степенью интенсивности; помимо этого, у больных отмечалось позднее начало первых месячных. Так, в возрасте 14—15 лет первые месячные начались у 12 больных, в 16—17 лет—у 26, в 18 лет и старше—у 8 больных; значительная часть из них (30 женщин) жаловалась на болезненные месячные.

Из 118 больных с угрожающим недонашиванием после первого курса лечения выписались с сохранившейся беременностью 115 женщин (97,4%). Из трех женщин, у которых беременность прервалась при проведении первого курса лечения, у двух был угрожающий привычный выкидыш, у одной—начавшийся аборт; вероятной причиной недонашивания служили у одной больной двурогая фиброматозная матка, у второй—искусственное прерывание первых двух беременностей. Некоторую роль у этой больной мог сыграть условный рефлекс на время развития недонашивания, т. к. три предыдущие беременности прерывались в одинаковые сроки. У больной с начавшимся абортом недонашивание возникло после физической травмы; возможно, некоторую роль в неблагоприятных результатах лечения сыграло то, что больная от госпитализации отказалась и лечение было проведено амбулаторно.

У большинства больных симптомы угрожающего прерывания беременности проходили через 4—5 дней после начала лечения; дальнейшее лечение проводилось для закрепления полученного эффекта.

После выписки из стационара у некоторых больных вновь появлялась угроза преждевременного прерывания беременности, в связи с чем 5 беременных были повторно госпитализированы, а 15 больных находились на амбулаторном лечении.

Всего до 50 мг ДОКСА получили 56 больных,			
50— 80 мг	»	»	49
80—100 мг	»	»	9
свыше 100 мг	»	»	4

Из числа выписавшихся домой после первого курса лечения с сохранившейся беременностью в дальнейшем беременность прервалась у 4 больных; причем у двух из них наступили преждевременные роды жизнеспособным плодом (в весе 2300,0 и 2400,0).

Таким образом, из 118 больных, подвергшихся лечению ДОКСА, сохранили беременность и разрешились в срок 111 женщин (94%). Эти результаты лечения являются обнадеживающими и значительно более эффективными, чем при других методах лечения недонашивания.

Так, одним из наиболее распространенных современных методов лечения недонашивания является применение прогестерона, который дает положительный эффект в 80,6% (Е. Ф. Попова [9]), причем в число случаев с благоприятным исходом включены и преждевременные роды, а без них лечение оказалось положительным только в 64,5% случаев.

При применении прогестерона вместе с плацентарной кровью (А. Г. Болгова [3]) у 32 больных срочные роды наступили у 19, т. е. немного более, чем в половине всех случаев.

Лечение прегнином угрожающего недонашивания, по Морозовой Р. М., у 20 больных способствовало наступлению срочных родов всего лишь у 8 больных.

Мирсагатова Р. С., применявшая для лечения недонашивания витамин «Е» у 85 больных, положительные результаты получила у 27 больных.

Константинов В. И. проводил лечение недонашивания методом словесного внушения. Срочные роды наступили у 87,8 процента больных.

Таким образом, применение препарата коры надпочечников ДОКСА у беременных при клинической картине угрожающего недонашивания является этиопатогенетическим лечением при недоразвитии и чрезмерной возбудимости матки и дает значительно лучшие результаты, чем при лечении другими методами.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ереванского медицинского института

Поступило 23.I 1961 г.

Ի. Ա. ՊԵՏՐՈՎԱ

ՀԱՆՐԱՊԵՏԱՆԻ ՎԱՂԱԺԱՄ ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ
ՄԱԿԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ՀՈՐՄՈՆՈՎ

Ա մ ֆ ո ֆ ո լ մ

Հղիութեան վաղաժամ ընդհատումը կանխելու նպատակով կատարվում է բուժում մակերիկամային հորմոնի սինթետիկ պրեպարատի դեզօքսիկորտիկոստերոն ացետատը (դոքս) 0,5%-անոց լուղային լուծույթը ներարկումներով՝ օրական 15 մլ շափով:

Բուժվել են հղիության ընթացքում դիտողության ներքո գտնվող 118 հղիներ, որոնցից 72-ը ունեցել են սպառնացող վիժում, 21-ը՝ սկսվող վիժում և 25-ը սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերություն:

Մեր հղիների մոտ սպառնացող վաղաժամ ծննդաբերության ամենահավանական, հաճախ ընդհատվող պատճառը եղել է ինֆանտիլիզմը (38,8%):

Կլինիկական դրական էֆեկտ ստացվել է 118 բուժվող հղիներից 111-ի մոտ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агаронов А. М. Акуш. и гинеко., 1947, 5, 53—54.
2. Беккер С. М. Нов. медиц., 1952, 32, 45—49.
3. Болгова А. Г. Нов. медиц., 1952, 32, 37—42.
4. Кватер Е. И. Акуш. и гинеко., 1946, 6, 4—13.
5. Константинов В. И. Педиатрія акуш. і. гинеко. (укр.), 1950, 3, 21—25.
6. Марголина Е. Н. Бюллетень ВИЭМ, 1934, 8—9, 32—36.
7. Молчанов В. И. Надпочечники и их изменения при дифтерии. Дисс. 1909, 256.
8. Николаев А. П. Акуш. и гинеко., 1946, 2, 4—14.
9. Попова Е. Ф. Акуш. и гинеко., 1948, 5, 6—19.
10. Рохлина М. Л. Усп. совр. биол., 1941, 14, 2, 218—226.
11. Штефко В. Г. Русск. клиника, 1925, 10, III, 147—167.
12. Keiser R. und Kenrad I. Zentralbl. für Gynäce. 1958, 28, 12.