

ON THE CLINICAL PECULIARITIES OF "FEBRIL CATATONY"

On the base of clinical-catamnestic observations of patients with "febril catatony" the fact of belonging of this pathology to schizophrenia has been confirmed. The course of this disease and its differential-diagnosical peculiarities are described which allow to differentiate the fits of "febril catatony" from outwardly similar psychosis of different origin.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Даниелян К. Г. В кн.: VI Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1975, стр. 209.
2. Наджаров Р. А. В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез. М., 1969, стр. 29.
3. Ромасенко В. А. Гипертоксическая шизофрения. М., 1967.
4. Снежневский А. В. В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез. М., 1969, стр. 5.
5. Туганов А. С. Дисс. канд. М., 1960.
6. Brierre De., Boismont A. Du délire aigu. Med. Acad. med. 1845, 11, 477.
7. Forder F. E. Traite du delire, applique a la medecine. a la morale et a la legislation. Paris, 1817.
8. Kahlbaum K. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. Heft 1. Die Katatonie. Berlin, 1874.
9. Marchand L. et Courtais A. Les encephalites psychosiques. Paris, 1935.
10. Schied K. F. Febrile Episoden bei Schizophrenen psychosen: eine Klinische und pathophysiologische Studie. Leipzig, 1937.
11. Scheidegger W. Z. Neur. Psychiat., 1929, 120, 587.
12. Stauder K. H. Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1934, 102, 5, 614.
13. Toulouse E., Marchand L., Courtois A. Pres. med. 1930, 38, 497.

УДК 618.177:615.256.5

М. С. АБОВЯН, Г. Г. ДОЛЯН, А. С. МИРЗОЯН, М. А. ХАЧИКЯН

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КЛОСТИЛБЕГИТОМ
ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Проведена клиническая апробация препарата и дана сравнительная оценка его эффективности при лечении эндокринного бесплодия различного генеза. Установлено, что применение клостилбегита оказалось эффективным при дизовуляции на фоне нормального или умеренно сниженного содержания эстрогенов.

За последние годы в зарубежной и отечественной литературе появилось большое число работ, посвященных лечению эндокринного бесплодия цитратом кломифена [2—4, 7—9]. Механизм его действия окончательно не выяснен. Установлено, что кломифен, воздействуя на гипоталамус, способствует циклическому выбросу ЛГ-релизинг-фактора и лютеинизирующего гормона аденогипофизом. При этом стимуляция овуляции осуществляется только при интактном аденогипофизе и при функционирующих, имеющих зрелые фолликулы, яичниках [6]. Неко-

торые авторы указывают на антиэстрогенное действие препарата [5]. В литературе имеется сообщение о том, что кломифен действует непосредственно на яичники, стимулируя выделение эстрогенов [1]. По данным ряда авторов [1, 2], эффективность лечения кломифеном колеблется в пределах 45—80%.

Ввиду противоречивости литературных данных о клинических результатах, достигнутых применением кломифена, мы задались целью— провести сравнительную оценку эффективности препарата при лечении эндокринного бесплодия различного генеза. Нами использовался венгерский препарат клостилбегит, одна таблетка которого содержит 50 мг кломифен-дегидрогенцитрата.

Были обследованы 102 женщины в возрасте от 18 до 36 лет, находящиеся в бесплодном браке длительностью от 2 до 11 лет. Из них первичным бесплодием страдали 73 женщины, вторичным—29.

Обследование проводилось по следующему плану: изучение функции яичников по тестам функциональной диагностики, определение суточной экскреции эстрогенов и прегнандиола в моче в динамике цикла, суточной экскреции 17-КС, 17-ОКС и ДЭА в условиях функциональных нагрузочных проб с инфекундином и дексаметазоном, гистологическое исследование эндометрия, рентгенография черепа, прогестероновый и глюкозо-толерантный тесты. Предварительно исключалось мужское и трубное бесплодие.

В зависимости от характера менструального цикла больные были разделены на 3 клинические группы. В I группу вошли 34 женщины с регулярными ановуляторными менструальными циклами, во II—61 женщина с ановуляторной олигоменореей, в III—7 женщин с аменореей.

Результаты проведенного исследования показали, что I группу составили 22 женщины с остаточными явлениями перенесенного воспалительного процесса гениталий, 9—с гипоталамическим синдромом и 3—со стертой формой адено-генитального синдрома. Вторую группу составили 15 женщин с синдромом Штейна-Левенталя, 25—с поликистозом яичников гипоталамического генеза, 8—с сочетанием гипоталамического синдрома и синдрома Штейна-Левенталя и 13 женщин—с постпубертатной формой адено-генитального синдрома. В III группу вошли 7 женщин с синдромом аменореи-галактореи.

Определение суточной экскреции эстрогенов в моче и тесты функциональной диагностики яичников позволили установить, что у женщин I группы уровень эстрогенов был нормальным или умеренно сниженным, у женщин II и III групп отмечалась умеренная и выраженная гипозестрогения.

Клостилбегит применялся по стандартной схеме с 5-го дня менструального цикла по 50 мг в течение 5 дней. При отсутствии овуляции доза препарата увеличивалась до 100—150 мг в последующих циклах. При наличии дисфункции коры надпочечников клостилбегит назначался на фоне глюкокортикоидной терапии. У женщин с гипоталамическим синдромом до назначения клостилбегита предварительно проводилась дегидратационная, противовоспалительная и витаминотерапия.

Лечение клостилбегитом проводилось под контролем тестов функциональной диагностики яичников и суточной экскреции эстрогенов.

Результаты проведенного лечения представлены в таблице.

Таблица

Эффективность лечения эндокринного бесплодия клостилбегитом

Эффект лечения	Г р у п п ы				
	I		II		III
	число больных	процент	число больных	процент	число больных
Стимуляция овуляции с наступлением беременности	12	35,3	24	39,3	1
Стимуляция овуляции	19	55,9	12	19,7	0
Отсутствие эффекта	3	8,8	25	41	6

Таким образом, клостилбегит оказался эффективным для лечения бесплодия при дизовуляции на фоне нормального или умеренно сниженного содержания эстрогенов. У женщин с выраженной гипоэстрогемией лечение клостилбегитом оказалось менее эффективным.

НИИ акушерства и гинекологии
Минздрава Армянской ССР

Поступила 12/VII 1982 г

Մ. Ս. ԱՐՈՎՅԱՆ, Գ. Գ. ԴՈԼՅԱՆ, Ա. Ս. ՄԻՐԶՈՅԱՆ, Մ. Ա. ԽԱՉԻԿՅԱՆ

ԶԱՆԱԶԱՆ ԾԱԳՈՒՄ ՈՒՆԵՑՈՂ ԷՆԴՈԿՐԻՆ ԱՆՊՏՂՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԼՈՍՏԻԼԲԵԳԻՏՈՎ

Տարբեր ծագում ունեցող էնդոկրին անպտղությունը կլոստիլբեգիտով բուժելու արդյունավետությունը պարզելու համար բուժման են ենթարկվել 102 կին, որոնք տառապում էին դիզովուլյացիայով: Բուժումը առավել արդյունավետ եղավ այն խմբի կանանց մոտ, որոնց էստրոգենների քանակը նորմալ էր կամ չափավոր իջած, իսկ արտահայտված հիպոէստրոգենիայով կանանց բուժումը քիչ արդյունավետ էր:

M. S. ABOVIAN, G. G. DOLIAN, A. S. MIRZOYAN, M. A. KHACHIKIAN

EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF ENDOCRINOUS INFERTILITY OF DIFFERENT GENESIS BY CLOSTILBEGIT

The preparation clostilbegit has been clinically approved in the treatment of infertility of different genesis. The comparative evaluation of its effectiveness is brought in the paper. It is established that the application of this drug is highly effective in case of disovulation on the background of normal or moderately lowered content of estrogens.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бакаленко Н. Г. В сб.: Новые терапевтические возможности в акушерско-гинекологической практике. М., 1976, стр. 18.

2. Мануилова И. А., Иванов И. П., Пшеничникова Т. Я., Фукс М. А., Демидова Т. В. Акушер. и гинекол., 1977, 11, стр. 13.
3. Пищулия А. А., Добрачева А. Д., Голубева И. В., Зеленецкая В. С. Пробл. эндокринол., 1976, 6, стр. 42.
4. Пшеничникова Т. Я. Акушер. и гинекол., 1977, 11, стр. 13.
5. Такач И. В. в сб.: Новые терапевтические возможности в акушерско-гинекологической практике. М., 1976, стр. 22.
6. Хейфец С. Н. в сб.: Современные аспекты регуляции репродуктивной функции. Ереван, 1980, стр. 179.
7. Dodson K., Macnaughton M. C., Coutts J. R. Brit. J. Obstet. Gynec., 1975, 82, 8, 625.
8. Kistner R. W. Fertil. and Steril., 1976, 27, 1, 72.
9. Seki K., Seki M., Okumura S., Tuang Ko-En. Amer. J. Obstet. Gynec., 1976, 124, 2, 125.

УДК 618.34—007.251

Э. С. АКОПДЖАНЫН, К. А. КАРАПЕТЯН

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕДА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

Гистологическими и гистохимическими исследованиями плацентарной и оболочечной ткани при преждевременном разрыве плодного пузыря (ПРПП) выявлена высокая активность гиалуронидазы, которая вызывает гидролиз гиалуроновой кислоты. Это приводит к деструктивным изменениям аргирофильных волокон соединительных тканей, что способствует снижению эластичности оболочечной ткани и ПРПП.

Плодный пузырь играет важную роль для нормального течения родов. Его функция заканчивается после полного открытия шейки матки. Преждевременный разрыв плодного пузыря (ПРПП) способствует увеличению количества оперативных вмешательств, создает условия для нарушения маточно-плацентарного кровообращения, обуславливает развитие гипоксии и асфиксии плода. Помимо этого, возникает серьезная угроза инфицирования родовых путей, а в дальнейшем—развития послеродовых инфекционных заболеваний. Причины ПРПП изучены недостаточно. Имеющиеся литературные данные разноречивы. По данным одних авторов [3], причиной ПРПП считаются деструктивные изменения в самих плодных оболочках, приводящие к снижению прочности и эластичности в результате увеличения содержания в них высокополимерных кислых мукополисахаридов, что способствует повышению проницаемости тканей. Другие авторы [4, 6] повышение проницаемости оболочек и плацентарной ткани объясняют уменьшением количества кислых мукополисахаридов. Существует мнение, что причиной ПРПП может быть также механическое воздействие. Деструктивные изменения в оболочках и плаценте связывают с ранее перенесенными женскими заболеваниями, с недостаточностью витамина «С» и с экстрагенитальными заболеваниями [5, 6].

Ряд авторов [2] указывает на существенную роль биологической системы гиалуроновой кислоты и фермента гиалуронидазы в физиоло-