

1. Анисимова М. И. и Кирнасова М. Р.; Оноприенко Н. В.; Фой А. М. Тр. Саратовск. мед. ин-та, 1968, 58/75.—2. Жмакин К. Н., Яковлев И. И. Тр. I Всеросс. конф. акуш. и гинек. Медгиз, М., 1958.—3. Персианинов Л. С. Руководство по акуш. и гинек. Медицина, М., 1964.—4. Петров-Маслаков М. А. и Репина М. А. Тез. докл. научн. конф. «Анестезия и реанимация в акушерстве», 1968.—5. Покровский В. А., Скугаревская З. И. Мат. Всеросс. конф. акуш. и гинек., Горький, 1968.—6. Швеи С. М. К вопросу о вакуум-аспирации как методе искусственного аборта. Автореф. канд. дисс. Саратов, 1965.

УДК 618.16—002—616.5—002.689—616—689

УСТРАНЕНИЕ ЗУДА ПРИ КРАУРОЗЕ ВУЛЬВЫ

Л. К. Малышев

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Как известно, крауроз и лейкоплакия вульвы сопровождаются зудом. Интенсивный зуд нередко длится годами, лишает больных трудоспособности, доводит до тяжелого невроза.

Мы испробовали следующие методы лечения: спирто-новокаиновую блокаду, паравульварную денервацию и тотальную вульвэктомию. Первые два метода привлекают простотой и безопасностью выполнения, достаточно высокой результативностью [3, 5, 7, 8, 9, 10].

На стационарном лечении находились 110 больных краурозом вульвы, из них 23 без лейкоплакии и 87 с лейкоплакией. Средний возраст больных первой группы составил 53 года, второй — 55 лет. Средняя продолжительность заболевания больных краурозом без лейкоплакии была $1,9 \pm 0,25$, с лейкоплакией — $5,2 \pm 0,37$ года ($P < 0,001$).

Для нормализации основных нервных процессов мы назначали седативные и снотворные средства, андаксин, триоксазин и др., поливитамины (А, С, гр. В, РР). При наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта, и в первую очередь субакидного и ацидного гастрита, мы прописывали 3% соляную кислоту с пепсином.

С целью купирования зуда применяли димедрол, пипольфен, дипразин в дозе 0,02—0,03 гра в день либо инъекции следующего состава: Novocaini, Thyamini bromati aa 0,5, As. nicotini 0,15, Dimedroli 0,2, Aq. destillatae 25,0 (стерильно). Инъекции производили внутримышечно начиная с 1 мл, ежедневно увеличивали количество раствора на 1 мл и доводили до 5 мл на инъекцию, затем вводили через день по 5 мл. Курс лечения был рассчитан на 10 инъекций. Кроме того, назначали ежедневное обмывание наружных половых органов настоем полевой ромашки или шалфея, сидячие горячие ванны с теми же настоями и последующей аппликацией на вульву витаминизированного рыбьего жира. При наличии на коже и слизистых покровах трещин и эксфолиаций, часто вторично инфицированных, мы применяли гидрокортизоновую (преднизолоновую, оксикортовую и др.) мазь в равных пропорциях с 3—10% эмульсией синтомицина. Если преобладали трофические нарушения кожи и слизистых покровов наружных половых органов (сухость, истончение эпителия, легкая ранимость тканей с появлением трещин), мы рекомендовали косметические витаминизированные кремы типа «Нектар», содержащий маточное молочко пчел, «Люкс», «Восторг», имеющие в составе витамины А, Е, F, «Янтарь», состоящий из ланолина, спермацета, косточкового масла. В некоторых случаях к этой основе мы добавляли другие ингредиенты: 1—2% димедрола, 0,25—0,5% андрогенов. При изготовлении крема такого состава кристаллы димедрола, метилтестостерона тщательно растирают в ступке, а 5% тестостерон-пропионат добавляют по каплям. При зуде перинальной области мы назначали свечи следующего состава: Prednisoloni 0,01, Ext. Belladonnae 0,02, Xeroformii 0,1, Dimedroli 0,02, Glycerini 0,12, But. Cacao 2,0 (по одной свече в прямую кишку на ночь ежедневно в течение 10—15 дней). Для воздействия на нервные центры спинного мозга всем больным проводили облучение пояснично-крестцовой области кварцем в эритематозных дозах.

Если вышеописанная консервативная терапия была неэффективной в течение 1—2 месяцев, мы переходили к другим видам лечения.

Спирто-новокаиновую блокаду применяли большей частью у больных с зудом продолжительностью до 2 лет, при отсутствии значительных трофических изменений тканей вульвы. Если зуд продолжался более 2 лет, была распространенная лейкоплакия, мы предпочитали применять паравульварную денервацию. Показанием для тотальной и частичной вульвэктомии служили очаговая и множественная лейкоплакия, сопровождающаяся длительно не заживающими трещинами и язвами, безуспешность консервативной терапии.

Обязательным условием для производства всех видов денервации являлось исключение малигнизации тканей вульвы. Все формы оперативного лечения противопоказаны при аллергических поражениях, диабете и других общих заболеваниях.

Новокаиновая блокада рассматривается в литературе как метод патогенетической терапии нервно-дистрофических заболеваний [1, 2, 4].

Техника спирто-новокаиновой блокады проста. Непосредственно перед блокадой готовят спирто-новокаиновую смесь из расчета 20 мл 96% спирта на 80 мл 0,25% раствора новокаина. Применение спирта более высокой концентрации нецелесообразно из-за возможности получения некроза тканей. Вначале для блокирования основных стволов срамного нерва производят пудендальную анестезию. В ишиоректальную ямку вводят 60 мл 20% спирто-новокаиновой смеси. Не вынимая полностью иглы, из этого же вкола продвигают иглу последовательно в толщу больших и малых половых губ, промежности, инфильтрируя ткани раствором. При этом блокируются кожные разветвления наружного семенного, подвздошно-пахового и заднего кожного нервов бедра. В такой же последовательности производят анестезию вульвы с другой стороны. В конце анестезии делают вкол под крайней плотью клитора до лонной кости и, несколько подтянув иглу на себя, вводят 40 мл 20% спирто-новокаиновой смеси под основание клитора. При наличии зуда в перинальной области последнюю также анестезируют. Всего на блокаду требуется около 300 мл 20% спирто-новокаиновой смеси и 40—60 мл 0,25% раствора новокаина. Уплотнение тканей сохраняется обычно 5—6 дней.

Спирто-новокаиновая блокада произведена 54 больным. После блокады были отмечены следующие осложнения: некроз подкожножировой клетчатки больших половых губ у 6 больных, уплотнение тканей больших половых губ, державшееся до 2 месяцев, — у 10.

Критерием эффективности лечения была степень устранения зуда и трофических нарушений тканей вульвы (тургор и эластичность тканей, устранение сухости и воспалительных изменений покровов, уменьшение или исчезновение лейкоплакических бляшек). Лечение не устранило атрофических поражений наружных половых органов. При наблюдении за больными от 6 мес. до 2 лет выздоровление отмечено у 25 больных ($46,29 \pm 6,85\%$), улучшение — у 7 ($12,96 \pm 4,61\%$), рецидив зуда — у 22 ($40,74 \pm 6,74\%$). У 12 больных в связи с рецидивом зуда произведена денервация вульвы.

Из существующих методов оперативной денервации вульвы мы избрали подкожную надфасциальную паравульварную денервацию, предложенную Горном, и метод Меринга, по которому отсепаровка кожно-слизистых покровов наружных половых органов дополняется паравульварным пересечением нервных стволов. Метод Горна заключается в надфасциальной паравульварной отсепаровке при помощи иглодержателя кожно-слизистых покровов вульвы и прилежащих кожных областей через множественные поперечные насадки кожи длиной 1—2 см. После тугой инфильтрации тканей вульвы 0,25% раствором новокаина производят насадки кожи с обеих сторон в такой последовательности: 1) через разрез кожи латеральнее больших половых губ на уровне наружного отверстия уретры мятникообразными движениями иглодержателя отсепаровывают кожно-слизистые покровы передней трети больших и малых половых губ, клитора и лобка. Одновременно производят отсепаровку кожи прилежащей области по направлению к бедренной и паховой складкам; 2) производят насадку кожи латеральнее больших половых губ несколько выше уровня задней спайки. Отсюда осуществляют отсепаровку покровов средней и задней трети больших и малых половых губ, дистального отдела влагалища, частично промежности и смежных паравульварных областей кожи; 3) через разрез кожи на 2—3 см медиальнее седалищных бугров и несколько кзади от их уровня отсепаровывают кожу промежности и перинальной области. В основание больших половых губ вводят турунду, смоченную спиртом. Насадки кожи ушивают шелком. Накладывают давящую повязку. Турунды оставляют на 5—7 дней и меняют через каждые 3 дня. Швы снимают на 5—6-й день.

У 5 больных отсепаровка кожно-слизистых покровов вульвы и смежных областей во всех направлениях (медиально до дистального отдела влагалища, латерально — к бедренной и паховой складкам) была дополнена паравульварным пересечением нервных стволов.

Паравульварная денервация названными выше методами произведена нами у 49 больных, причем у 21 из них ввиду значительных изменений тканей одновременно сделана частичная вульвэктомия. За период наблюдения от 6 месяцев до 2 лет после операции выздоровление отмечено у 38 больных ($77,55 \pm 6,02\%$), значительное улучшение — у 7 ($14,28 \pm 5,05\%$), рецидив — у 4 ($8,16 \pm 3,95\%$).

Гистологическое исследование тканей вульвы 5 больных краурозом, получивших лечение в виде спирто-новокаиновой блокады и паравульварной денервации, показало, что изменения в тканях при обоих методах терапии имеют много общих черт. Характерно было обилие вновь образованных сосудов, уменьшение или полное исчезновение мелкоклеточковой инфильтрации дермы. Нормализовался пласт эпителия.

Тотальная вульвэктомия рассматривалась нами как вынужденная операция, как последняя возможность излечения больной и предупреждения рака наружных половых органов. Тотальная вульвэктомия была сделана 21 больной краурозом. При наблю-

дении от 2 до 4 лет после вульвэктомии рецидив заболевания выявлен у 5 больных ($23,8 \pm 9,52\%$). У больных краурозом, которым тотальная вульвэктомия была дополнена паравульварной денервацией (10), рецидива заболевания не последовало, что как нам кажется, свидетельствует о целесообразности дополнения тотальной вульвэктомии паравульварной денервацией.

При сравнении отдаленных результатов лечения различными методами мы видим, что при каждом из них возникает определенное число рецидивов зуда и лейкоплакии. Это свидетельствует о необходимости изыскания новых методов терапии дистрофических предраковых заболеваний наружных гениталий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А. В. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Медгиз, М., 1956.—2. Гиллерсон А. Б. В кн.: Неоперативная гинекология. Медгиз, М., 1957.—3. Декстер Л. И. Акуш. и гинек., 1962, 3.—4. Ефимов К. Е. Сов. врач. журн., 1934, 14.—5. Шимановский Р. Н. Акуш. и гинек., 1967, 4.—6. Darier I. Основы дерматологии. М.—Л., 1930.—7. Düront M. Pol. Tyg. lek. 1960, 15, 49, 1917—1918.—8. Horn A. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 1947, 4, 504—506.—9. Kremling H. Münch. med. Wschr., 1956, 98, 40, 1367—1368.—10. Meringl H. Am. J. Obstet. Gynec., 1952, 64, 3, 619—627.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.13—002—031.63

Н. А. Романова и В. М. Андреев (Казань). Узелковый периартрит

Ш., 37 лет, 5/IX 1957 г. был доставлен в урологическое отделение службой скорой помощи по поводу остро возникшей боли в левой половине живота и над лобком с распространением в левую поясничную область, болезненного мочеиспускания, высокой температуры, головной боли и общей слабости. Сильнейшие боли в животе отмечались в течение 3 дней и прошли после окологломеральной новокаиновой блокады. Выявлен лейкоцитоз (14 600) с нейтрофилезом. В моче белок (0,033%), свежие и выделенные эритроциты 9—20 в поле зрения. Высокая температура (38—39°) держалась 10 дней, затем постепенно снизилась до субфебрильных цифр (37,4—37,6°). Хирургические урологические заболевания были исключены.

20/IX появились сильнейшие боли в мышцах конечностей, резкая мышечная слабость (не мог вставать, сидеть, плохо держал ложку). Еще через неделю температура вновь повысилась до 39°.

Больной был переведен в инфекционное отделение с подозрением на паратиф или геморрагическую лихорадку. Инфекционные заболевания были исключены, и больной снова переведен в урологическое отделение, где после многократных осмотров врачами различных специальностей было высказано предположение о наличии какого-то заболевания из группы коллагенозов. После назначения преднизолона (по 30 мг в день) совместно с антибиотиками боли в конечностях несколько ослабли, и больной 16/X был переведен в терапевтическую клинику.

Жалуется на резкие боли в мышцах рук и ног, слабость, жажду (выпивал за день до 4—5 л воды), похудание (за месяц убавил в весе на 6 кг), плохой аппетит и сон, ухудшение зрения. Сознание ясное, упитанность понижена, значительная атрофия мышц конечностей. Пальпация вызывает сильнейшие боли в области мышц плеча. Движения в суставах несколько скованы. Периферические лимфоузлы с горошину, плотные, безболезненные. Пульс 112, напряжен. Височные артерии плотные, извилистые. АД 190/110. Левая граница сердца — на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца ясные. Дыхание 20. Со стороны легких, органов брюшной полости изменений не обнаружено. Кровь: Э.—4 310 000 в 1 мм³, Гем.—13 г%, Л.—14 000 (в дальнейшем — 18 200, 24 600) в 1 мм³, п.—5,5%, с.—74,5%, э.—1,5%, м.—4,5%, л.—14%; РОЭ—26 мм/час. Общий белок—7 г%, альбумины—45,1%, глобулины: α_1 —6,6%, α_2 —15,7%, β —9,5%, γ —23,1%. Сналовые кислоты—0,355 ед. опт. пл. СРБ ++++, остаточный азот крови—28 мг% (в дальнейшем—58,8 мг%), сахар крови—102 мг%. RW отрицательна. Моча: уд. вес—1006—1015, белок—0,033—16,5%/оо, единичные гиалиновые и зернистые цилиндры. Рентгеноскопия грудной клетки не выявила особых изменений. Краниограмма: некоторая подчеркнутость рисунка сосудов в теменной области. ЭКГ: диффузные изменения в миокарде.