

первичным и вторичным бесплодием, составляла $11,9 \pm 4,0\%$, число родов в среднем — $1,6 \pm 0,1$, аборт — $2,4 \pm 0,3$. Среди больных данной возрастной группы, но с сохраненной менструальной функцией, относительное число бесплодных женщин было существенно выше — $32,0 \pm 0,7\%$ ($P < 0,05$); число родов в среднем — $1,2 \pm 0,1$, аборт — $2,3 \pm 0,3$.

Следовательно, у женщин с нарушенной ранее генеративной функцией и с большим числом родов рак яичников возникает чаще в постменопаузе. Напротив, при бесплодии и меньшем числе родов рак яичников обнаруживается чаще при сохраненной менструальной функции.

Отмечается довольно высокий уровень заболеваемости гипертонической болезнью у больных раком яичников в постменопаузе ($54,6 \pm 4,6\%$), который в 5 раз превышает аналогичный показатель у больных с сохраненной менструальной функцией ($10,3 \pm 3,8\%$, $7,42 P < 0,01$) и в 2 раза больше, чем у больных с доброкачественными опухолями яичников в постменопаузе ($26,0 \pm 5,9\%$, $P < 0,01$). Таким образом, можно предположить взаимосвязь заболеваемости раком яичника и гипертонической болезни в постменопаузе.

Обращает на себя внимание различная частота отдельных симптомов у больных раком яичников в 1 и 2-й подгруппах. Так, среди больных 2-й подгруппы жалобы на похудание представляли $31,1 \pm 4,3\%$ женщин, на нарушения мочеиспускания — $21,2 \pm 3,8\%$, в то время как для больных 1-й подгруппы частота этих жалоб составляла соответственно $17,9 \pm 4,4\%$ ($P < 0,05$) и $7,7 \pm 3,0\%$ ($P < 0,01$).

Следовательно, у больных раком яичника в постменопаузе, в отличие от больных с сохраненной менструальной функцией, наблюдаются меньшая частота бесплодия, более высокие показатели генеративной функции, высокий уровень заболеваемости гипертонической болезнью, а также различия в частоте отдельных жалоб. Полученные нами данные могут быть использованы гинекологами и онкологами при оценке клинических данных в условиях поликлиники при формировании групп женщин повышенного риска.

УДК 577.175.53:616—001.36:576.8.097.29:591.113

М. С. Мусин (Казань). Влияние преднизолона на лимфообращение и состав лимфы при эндотоксическом шоке

Несмотря на широкое применение массивных доз преднизолона в терапии эндотоксического шока, ряд положительных механизмов его действия до настоящего времени остается недостаточно изученным. Как показали наши исследования, при эндотоксическом шоке наблюдаются значительные изменения в лимфообращении и составе лимфы. Можно предположить, что в положительном клиническом эффекте преднизолона при эндотоксическом шоке определенная роль принадлежит изменениям функциональной деятельности лимфатической системы, вызванным влиянием этого препарата.

Целью настоящей работы являлось изучение влияния массивных доз преднизолона на лимфообращение и состав лимфы при эндотоксическом шоке.

Исследования выполнены на 3 группах животных: в 1-ю группу были включены 6 интактных животных, которым вводили преднизолон, во 2-ю — 24 собаки с эндотоксическим шоком, не получавших лечения, в 3-ю — 10 животных, леченных преднизолоном. Преднизолон («Рихтер», Венгрия) в экспериментальной и контрольной группах применяли в дозе 30 мг/кг. Препарат растворяли в изотоническом растворе хлорида натрия из расчета 5 мл/кг и вводили капельно внутривенно в течение 25—30 мин через 30 мин после введения эндотоксина. Эндотоксический шок воспроизводили однократным внутривенным введением эндотоксина шигеллы Зонне в дозе 3,5 мг/кг.

Как показали полученные данные, скорость лимфотока на всех сроках исследования была значительно увеличенной, причем максимальные сдвиги в токе лимфы (более чем в 4 раза) были выявлены уже в первые минуты шока (см. табл.). Одновременно наблюдаются значительное увеличение содержания общего белка в лимфе грудного протока и его уменьшение в сыворотке крови, свидетельствующие о повышении сосудистой проницаемости при эндотоксическом шоке. Расстройство микроциркуляции и повреждение механизмов клеточной адаптации к гипоксии проявлялись у животных с нарушением кислотно-щелочного равновесия лимфы грудного протока. Возникновение в организме продуктов незавершенного энергетического обмена вызывало значительное истощение фонда буферных оснований лимфы, определяя развитие декомпенсированного метаболического ацидоза. Следует отметить, что при наличии параллелизма в изменении pH и дефицита оснований (BE) лимфы со значительными, выявленными в артериальной и венозной крови, изменениями pCO_2 имели разнонаправленный характер в первые минуты шока — увеличение парциального давления CO_2 с последующей тенденцией к нормализации в лимфе и уменьшение его в артериальной и венозной крови. При сравнении показателей кислотно-щелочного равновесия лимфы и крови установлено, что как в исходном состоянии, так и при шоке реакция лимфы грудного протока более щелочная, чем крови (pH лимфы — $7,402 \pm 0,016$, артериальной крови — $7,297 \pm 0,017$, венозной — $7,283 \pm 0,008$). Очевидно, лимфа играет роль настоящего буфера, доставляя более щелочную жидкость в кровь при выражен-

Влияние массивных доз преднизолона на скорость лимфотока, содержание общего белка и транспорт его лимфой грудного протока при эндотоксическом шоке (M ± m)

Показатели	Группы животных	Исходные данные	Время наблюдения, мин						
			5	30	60	90	120	150	180
Скорость лимфотока, мл/мин на кг·10 ⁻¹	1-я	0,366±0,079	0,449*±0,075	0,549*±0,082	0,558*±0,119	0,468*±0,093	0,485*±0,084	0,429±0,076	0,402±0,090
	2-я	0,311±0,040	1,250*±0,175	0,632*±0,094	0,437*±0,056		0,454*±0,049		0,429*±0,068
	3-я	0,269±0,047	1,160*±0,206	0,602*±0,066	0,987*±* **0,155		1,076*±0,160	0,898* **±0,134	0,740*±0,117
Общий белок лимфы, г/л	1-я	53,6±4,9	53,2±5,1	53,1±4,9		54,0±3,9	54,4±2,7	53,5±2,7	51,9±3,7
	2-я	49,6±2,0	58,2*±2,2	57,0*±2,4	62,2*±2,3		59,1*±2,2		56,2*±2,1
	3-я	51,4±1,7	60,2*±2,4	60,3*±2,5	56,4*±1,6	54,1*±1,7	53,7*±1,8	53,3*±1,8	53,1*±1,8
Транспорт белка лимфой г/кг в мин·10 ⁻³	1-я	1,96	2,44	2,92	2,96	2,53	2,64	2,30	2,09
	2-я	1,54	7,28	3,60	2,72		2,68		2,41
	3-я	1,38	6,98		5,71	5,82	4,82	3,94	3,87
Общий белок сыворотки крови, г/л	1-я	78,4±3,8		72,3±4,7			74,8±7,0		75,2±5,1
	2-я	73,6±2,0	70,0*±2,0	73,6±1,9	70,6*±2,0		63,2*±1,6		62,3*±1,7
	3-я	72,8±1,2	68,6*±0,8		62,9* **±1,3		61,2*±1,1		63,7*±1,4

Примечание. * — достоверно по сравнению с исходными данными; ** — достоверно по сравнению с данными группы без лечения.

ном дефиците оснований в ней. Тем не менее, по данным наших многочисленных исследований, величина рН лимфы грудного протока никогда не превышала 7,6. Мы полагаем, что приводимые даже в учебных пособиях сомнительно высокие величины рН лимфы до 9,0, по-видимому, являются ошибочными.

С первых же минут введения преднизолона у интактных животных наблюдалось значительное увеличение скорости лимфотока, которое достигало максимума к 30—60-й минуте (150—161%). Длительность стимулирующего эффекта составляла 120—150 мин. Содержание белка в лимфе существенно не изменялось.

Введение массивных доз преднизолона животным на фоне эндотоксического шока приводило к значительной интенсификации лимфообращения. На всех сроках исследования количество выделившейся из грудного протока лимфы у животных 3-й группы было больше, чем во 2-й группе. Так, скорость лимфотока к 1 часу составила 400% от исходного уровня, тогда как у нелеченных животных — лишь 141%. После введения преднизолона появилась тенденция к понижению концентрации белка в лимфе. В то же время за счет повышения скорости лимфотока абсолютное количество белка, транспортируемого лимфатической системой, было значительно выше, чем у нелеченных животных (к 1 часу развития шока — соответственно 413% и 176%). Кроме того, введение препарата приводило к компенсации метаболического ацидоза при эндотоксическом шоке, что подтверждалось нормализацией показателей кислотно-щелочного равновесия.

Полученные данные позволяют предположить, что увеличение количества лимфы, поступающей в общую циркуляцию, как результат мобилизации extravаскулярных и покинувших сосудистое русло белков и жидкости является своеобразной аутотрансфузией и способствует восстановлению показателей нарушенного гомеостаза при эндотоксическом шоке. Более выраженные изменения лимфотока при введении массивных доз преднизолона, по-видимому, обусловлены как изменениями в гемодинамике, так и активацией сократительной способности лимфатических сосудов.

В механизме развивающейся гипопротейемии при шоке существенная роль принадлежит, вероятно, и недостаточности резорбционной и транспортной функций лимфатической системы. Мы полагаем, что увеличение транспорта лимфой белка в кровяное русло при введении преднизолона связано не с изменениями сосудистой проницаемости, а с повышением резорбционной и сократительной способности лимфати-

ческих капилляров и сосудов. Это подтверждается однозначными изменениями концентрации белка в сыворотке крови у животных 2 и 3-й групп, выявленными через 2—3 ч с момента развития шока. В то же время показано, что ритмические сокращения лимфатических капилляров оказывают концентрирующее действие на содержание белка в лимфе.

Динамика АД при эндотоксиновом шоке характеризуется фазностью изменения. Резкое падение его сразу после введения эндотоксина (до 51,7% от исходного) сменяется на 30-й минуте тенденцией к восстановлению с последующим повторным снижением. Введение преднизолона задерживало снижение АД, уровень которого через 3 ч наблюдения был одинаковым в обеих группах. Такое кратковременное положительное действие препарата можно объяснить тем, что в наших экспериментах происходило свободное лимфоистечение, и потеря лимфы (более выраженная после стимуляции лимфообращения) приводила к нарушению гемодинамики.

Одним из критериев эффективности противошоковых препаратов является выживаемость животных. Если при эндотоксиновом шоке выживало 16,7% животных, то при лечении их преднизолоном — 30%. Более положительный клинический эффект преднизолона в тех же дозах, по данным литературы, свидетельствует о важности эндогенной лимфостимуляции при шоке. Можно предположить, что лимфостимуляция в сочетании с методами очистки лимфы от токсических продуктов (лимфосорбция и др.) и реинфузия ее оказывали бы более позитивный эффект на исход шока.

Таким образом, одним из механизмов положительного клинического эффекта массивных доз преднизолона при эндотоксиновом шоке является воздействие его на лимфатическую систему — стимуляция лимфообращения и транспорта лимфы.

УДК 616—083.98:615.851

Е. А. Сахаров (Казань). Опыт психотерапии при оказании скорой и неотложной медицинской помощи

За последнее время в работе врачей станции скорой и неотложной медицинской помощи отчетливо выявляется тенденция к увеличению количества вызовов по поводу различных психосоматических заболеваний, ситуационных невротических реакций, то есть именно тех случаев, где одним из основных методов лечения является психотерапия.

Принимая во внимание специфику работы врача скорой помощи, мы решили использовать наиболее приемлемые для данных условий методы психотерапии: рациональную и наркопсихотерапию. Те или иные элементы рациональной психотерапии применялись нами при обслуживании любых больных. Особое внимание рациональной психотерапии уделялось в тех случаях, когда больные впервые встречались с врачом, поскольку вопросы объективного освещения характера болезни, формирования правильного отношения больного к своему состоянию имеют первостепенное значение.

Наркопсихотерапия применялась нами в виде внушения на фоне кратковременного гексеналового наркоза и наркогипноза с седуксеном. В первом случае внутривенное введение 1—2 мл 10% раствора гексенала приводило к развитию состояния выраженного расслабления, эйфории с элементами оглушенности, что существенно облегало контакт врача с больным и делало наиболее эффективными соответствующие суггестивные воздействия.

Наркогипноз создавал возможность одновременного сочетания действия внушений и сна, а также реализации постгипнотических внушений. После внутривенного введения 2—4 мл 0,5% раствора седуксена произносились обычные формулы внушения, как и при погружении больного в гипнотическое состояние. Продолжительность сеанса — 30—50 мин. Формулы внушения повторялись несколько раз. Врач говорил о благотворном влиянии лекарственного вещества и гипноза, которые принесут больному полноценный отдых, сон, душевный покой, уверенность в себе, хорошее самочувствие и настроение.

Нами была проведена психотерапия 25 больным. У 8 из них была начальная стадия гипертонической болезни, у 3 — дисгармонически протекающий климакс, у 3 — истерический невроз, у 6 — неврастения с выраженным вегетативным компонентом, у 2 — ситуационная невротическая реакция на фоне органического поражения головного мозга, у 2 — ипохондрический невроз, у 1 — шизофрения в стадии неустойчивой ремиссии.

Поводом для вызова врача скорой помощи являлись «угрожающие жизни» (по мнению больных и их родственников) состояния. При объективном исследовании эти «критические состояния» представляли собой истерические невротические реакции, вегетососудистые кризы и различные алгические синдромы.

Вопрос о выборе метода психотерапии решался на месте. На обслуживание одного вызова с применением психотерапии требовалось в среднем не более 1 ч.

Хотя материал, накопленный за время нашей работы, еще невелик (25 случаев), мы считаем, что психотерапия в условиях работы врача скорой помощи имеет определенный эффект. Ее положительное влияние проявлялось в непосредственном изменении состояния, наблюдаемом у постели больного сразу же после проведения психотерапевтического сеанса. У больных отмечалось снижение АД, урежение частоты