

яркость и чувственная окраска психотических переживаний. По выходе из психоза более выраженными были проявления деградации, что находило свое выражение не только в сужении круга интересов, утрате профессиональных навыков, а в дальнейшем — и норм этического поведения, но и в возобновлении злоупотребления алкоголем в весьма ранние сроки по выходе из психотического состояния. У женщин отмечалось некоторое преобладание алкогольного галлюциноза над делирием.

Как система лечебных мероприятий, так и арсенал средств, применяемых для лечения алкоголизма у женщин, не представляли существенных отличий от тех, которые оправдали себя у мужчин.

Лечение тетурамом с последующим проведением тетурам-алкогольных проб у женщин не находило широкого применения. Эффективность лечения оказалась значительно ниже. Большая частота рецидивов обусловлена и тем, что последние у алкоголиков особенно часто возникают под влиянием психотравматизирующих факторов, к воздействию которых группа больных женщин оказалась более чувствительной, что объясняется значительным удельным весом преморбидных истерических и иных психопатических черт (эксплозивность, неуравновешенность).

В женской группе в силу тех или иных обстоятельств гораздо реже (в 2 с лишним раза) удавалось проводить длительную поддерживающую терапию.

Неутешительные результаты лечения женщин-алкоголичек не дают основания для вывода о бесперспективности лечения. Они лишь побуждают изыскивать возможности более дифференцированной тактики в процессе как курсовой, так и поддерживающей терапии алкоголизма у женщин.

Целесообразно установить для женщин более продолжительные средние сроки пребывания в стационаре. Выписывать их следует лишь по достижении больными большой устойчивости по отношению к патогенным влияниям. Целесообразно дополнять основной комплекс лечебных мероприятий включением в него антиаллергических, стимулирующих и седативных средств, малых транквилизаторов.

Особое внимание должно быть уделено систематическому проведению поддерживающей терапии вне стационара, для чего необходимо использовать самые разнообразные формы контроля за ее осуществлением и борьбы с уклонением больных от систематического посещения ими внебольничных учреждений. Регулярная связь с родственниками больных, общественностью, со всеми, кто заинтересован в обеспечении стойкости результатов лечения алкоголизма и в предотвращении рецидивов даст врачам надежных союзников в борьбе за разрешение задач вторичной профилактики алкоголизма.

УДК 616.65—002—615.361.45

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОКОРТИЗОНОМ УПОРНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Канд. мед. наук А. А. Кобелев

*Факультетская хирургическая клиника (зав.—проф. Н. Е. Повстаной) и кафедра
кожных и венерических болезней (зав.—проф. И. И. Ильин) Челябинского
медицинского института*

Опираясь на первую публикацию М. Е. Мебель, мы с 1962 г. включаем в комплекс лечения упорных форм хронических простатитов кортикостероидные гормоны путем непосредственного введения их в ткань предстательной железы.

Нами проведено наблюдение за двумя примерно равными группами больных (всего 298 человек), которые ранее длительно без эффекта получали различное этиотропное и патогенетическое лечение. Сроки предшествовавшего лечения обычно совпадали с продолжительностью заболевания. Они составляли: у 21,7% больных — до года, у 27,3% — до 2 лет, у 31,4% — до 3 лет и у 19,6% — более 3 лет. В возрасте от 20 до 30 лет было 62,9% больных, от 31 до 40 лет — 25,2%, от 41 до 50 лет — 8,4% и старше — 3,5%. Катаральный простатит диагностирован у 49,6% больных, фолликулярный — у 25,2%, паренхиматозный — у 24,5% и гранулематозный — у 0,7%. У 79,7% больных были выявлены различные осложнения простатита, в том числе у некоторых по два и более (задний уретрит — у 78,3%, везикулит — у 30,8%, радикулиты и невралгии — у 21,7%, нарушения половых функций — у 17,5%, неврастения — у 9,1%, эпидидимит — у 6,3%, цистит — у 4,9%, артриты — у 2,8%, синдром Рейтера — у 1,4% и др.).

Первой группе больных (143) проведено лечение кортикостероидными гормонами, второй (155) продолжена обычная комплексная терапия.

Гидрокортизон (или кортизон-ацетат) впрыскивали трансперинеально в боковые доли предстательной железы по 25 мг от 1 до 3 (реже 4) раз через 7—10 дней. В общем итоге сделана 341 внутривлагалищная инъекция гормонов. При этом мы изредка наблюдали

микрогематурию (у 22 больных — 6,1%), примесь эритроцитов к секрету простаты (у 27) и кровоизлияние в области семенного бугорка (у 3). Эти побочные явления, связанные с травмой железы иглой во время пункции, вскоре исчезали без применения лечения.

137 больных 1-й группы и 131 больной 2-й группы были под нашим наблюдением от 6 месяцев до 4 лет после окончания лечения.

Полным выздоровлением мы считали исчезновение объективных признаков простатита и субъективных расстройств. Под значительным улучшением понимали стойкое и выраженное уменьшение числа лейкоцитов в секрете простаты, рассасывание инфильтрата и полное или почти полное отсутствие жалоб, под улучшением — ослабление нарушений самочувствия и состояния простаты (см. табл.).

Результаты лечения больных хроническим простатитом (в % к числу больных данной группы)

Результаты лечения	Непосредственно после лечения		На сроках от 6 мес. до 4 лет	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Лечение эффективно:				
а) выздоровление	46,2	31,6	60,6	10,7
б) значительное улучшение	13,3	11,6	16,0	11,5
в) улучшение	29,3	22,0	8,8	12,9
Всего	88,8	65,2	85,4	35,1
Лечение неэффективно:				
а) без улучшения	11,2	34,8	5,8	33,6
б) наступил рецидив	—	—	8,8	31,3
Всего	11,2	34,8	14,6	64,9

Преимущество кортикостероидной терапии перед обычным комплексным лечением особенно наглядно при сравнении отдаленных результатов лечения. Если после кортизонотерапии стойкое клиническое выздоровление наступило у 60,6% больных, то после обычного комплексного лечения — лишь у 10,7%.

Субъективные расстройства чаще исчезали сразу же после излечения простатита, а иногда оставались длительное время и требовали дополнительных лечебных мероприятий. При обследовании в отдаленные сроки после внутриочагового введения гормонов 78,1% больных не предъявляли жалоб и считали себя здоровыми. Только у 4 из 31 больного остались симптомы пояснично-крестцового фуникулита, у 5 из 25 — нарушения половых функций и у 4 из 13 — вторичный неврастенический синдром. Эти субъективные расстройства были обусловлены неизлеченным простатитом и его осложнениями.

Внутриочаговая кортизонотерапия оказывает менее быстрое, но эффективное действие на объективные признаки хронического простатита. Уже через 6 месяцев после окончания лечения только у 29 из 72 больных фолликулярным и паренхиматозным простатитом остались морфологические изменения в железе при стойком отсутствии или значительном уменьшении других признаков воспаления. И. М. Порудоминский, Блюмензаат, Май и др. объясняют это несоответствие образованием в процессе воспаления рубцовой ткани, деформирующей предстательную железу. У 71,5% больных определялось нормальное содержание лейкоцитов в секрете простаты, у 18,3% их количество уменьшилось и только у 10,2% осталось без изменений. Напротив, число липоидных зерен у 72,8% больных оказалось в пределах нормы, у 17,6% повысилось и лишь у 9,6% больных их было мало или они совсем отсутствовали.

Кортикостероидные гормоны облегчают течение инфекционно-аллергических осложнений простатита (уретрита, везикулита, артрита, синдрома Рейтера и др.). До введения гормонов различные осложнения простатита были у 79,7% больных, при отдаленном контроле после лечения они остались лишь у 13,9%.

У части больных простатитом после внутриочагового введения гормонов наступала активизация латентно протекавшей инфекции предстательной железы. В секрете простаты и уретральном экссудате у 15 больных выявлены инфекционные возбудители (у 10 больных — трихомонады, у 3 — гонококки, у 1 — гонококки и трихомонады и у 1 — грибы кандиды), которые не обнаруживались до начала лечения.

Внутриочаговое введение кортизона является безопасным вмешательством, способствует повышению эффективности терапии упорных форм хронического простатита и сокращает сроки лечения. Кортикостероидные гормоны улучшают дальнейшее течение инфекционно-аллергических осложнений простатита. У части больных наступает обострение латентно протекавшей гонорейной, трихомонадной и других инфекций предстательной железы, что позволяет затем проводить направленное этиотропное лечение. Кортизонотерапия показана тем больным хроническим простатитом, у которых обычное длительное комплексное лечение оказывается безуспешным.

УДК 618.33—007.29

НЕДОНАШИВАЕМОСТЬ ПО МАТЕРИАЛАМ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ г. КАЗАНИ

Проф. З. Н. Якубова, Н. А. Шамова, С. Г. Сафина, Ю. П. Грачева,
Ф. А. Мифтахова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. З. Н. Якубова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Куратова*

Недонашивание считается серьезной акушерской проблемой. Значительные в целом успехи современного родовспоможения мало отразились на ее состоянии. Частота недонашивания по данным разных авторов в настоящее время колеблется от 10 до 13%. Потеря недоношенных детей достигает огромных цифр, среди погибших антенатально она составляет от 43 до 73%, а интра- и постнатально — от 40 до 78% (М. А. Петров-Маслаков и С. М. Беккер).

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению этиологии и патогенеза недонашивания, в этих вопросах все еще много нерешенного. По мнению ряда исследователей, в 30—40% не удается выяснить факторы, способствующие преждевременному прерыванию беременности. Установленные причины недонашивания принято делить на 2 группы: 1) связанные со здоровьем матери; 2) связанные с особенностями плодного яйца. К первой группе относят: нарушение функционального состояния периферической и центральной нервной системы женщины [1, 2, 7], инфантилизм [11, 18], воспалительные заболевания женской половой системы [2, 10, 32], инфекционные заболевания, среди них чаще грипп [3, 7, 12, 17, 25, 37], туберкулез, токсоплазмоз [19, 20, 21, 31], бруцеллез и листериоз [28]. А. А. Никольская, А. И. Конопко и Я. А. Дульцин указывают, что в большинстве случаев недонашивание сочетается с токсокозами первой и второй половины беременности.

По данным ряда авторов [2, 29 и др.], значительное место среди причин недонашивания занимает истмико-цервикальная недостаточность, аномалии развития внутренних половых органов, внутриматочные синехии, неправильные положения матки, а также гормональные нарушения.

В последние годы внимание исследователей направлено на изучение аномалии развития половых клеток как возможной причины недонашивания. Некоторые авторы [34 и др.] связывают недонашивание с падением содержания ДНК в сперме или деформацией головки сперматозоида, а другие [14, 22, 26, 27, 35, 36] — с хромосомными aberrациями в кариотипе зародыша.

Задачей настоящей работы было изучение причин недонашивания по материалам нескольких родовспомогательных учреждений г. Казани за 1967 г., причем нас особенно интересовала роль экстрагенитальных заболеваний и искусственных абортов в недонашивании беременности. Попутно мы изучали АВО и резус-принадлежность матери и недоношенного плода, а также особенности течения преждевременных родов.

Клиническому анализу была подвергнута 621 история родов и изучена судьба 645 недоношенных детей. Частота недонашивания по городу в 1967 г. составила 8,4%.

В возрасте до 20 лет было 89 рожениц, от 21 до 25 лет — 180, от 26 до 30 лет — 214, от 31 до 35 лет — 291, от 36 до 40 лет — 35 и старше — 12; следовательно, 63,3% были в возрасте от 20 до 30 лет.

Профессиональная вредность как единственная причина недонашивания установлена нами у 65 женщин (10,46%), из них 43 работают на химических предприятиях, 16 подвергались вибрации, 6 — термическим воздействиям. По данным А. И. Егоровой, профессиональная вредность как причина недонашивания составляет 12,3%. Являясь показателями перспективного анализа, эти цифры могут служить резервом профилактики недонашивания.

Первородящих было 350 (из них 202 — первобеременные), повторнородящих — 266. Повторное недонашивание отмечено у 35 женщин (5,6%). Искусственные аборты были у 276 женщин (44,5%), спонтанные аборты — у 74 (12,2%).

По данным В. И. Бодяжиной, а также Л. И. Ивановой, после абортов, осложненных воспалительными заболеваниями, невынашивание встречается значительно чаще. Нельзя не согласиться с мнением отдельных исследователей [6, 23, 38] о возможности возникновения иммунологических реакций в связи с тем, что при выскабливании в сосуды матки могут проникнуть мельчайшие частицы тканей плодного яйца, обла-