



Комплект шпателей для онкоцитологических исследований (УК-1; УК-2; УК-3).

смотровых кабинетов амбулаторий до крупных городских и республиканских больниц, что дало возможность брать материал у подавляющего большинства женщин, проходящих профилактический осмотр — 94,4% в 1978 г.

Если 5 лет назад в Удмуртской АССР лишь у трети осмотренных были взяты мазки с шейки матки для исследования на наличие бластоматозного процесса, а запущенные формы данной локализации составляли 3,1%, то в 1976 г. в результате массового проведения онкоцитологических исследований с помощью изготовленных шпателей этот показатель снизился до 1,3%. Сейчас в

районах и городах республики мазки с шейки матки берут у 70—90%, а в ряде лечебных учреждений — у всех без исключения осматриваемых женщин.

В 1978 г. преинвазионный рак шейки матки найден у 83 больных, что составило 29,3% среди обнаруженных при профосмотре. В общем числе больных процент активно выявленного рака шейки матки составил 87,3. При этом в I и II стадиях рак установлен у 96,1% больных, в том числе в I стадии — 47,5%.

Таким образом, широкое применение шпателей нашей модификации для цитологического исследования мазков с шейки матки и цервикального канала резко повысило качество профилактических осмотров по активному выявлению рака шейки матки в Удмуртской АССР.

УДК 618.12—002.2

Кандидаты мед. наук Н. А. Кузьмина, С. Ш. Джабраилова (Москва). Сосудистая реактивность и функция яичников у больных хроническим воспалением придатков матки

У 46 больных хроническим воспалением придатков матки изучена функция яичников, экскреция лютеинизирующего гормона (ЛГ) и сосудистая реактивность (включая кровообращение органов малого таза). Возраст пациенток — от 20 до 35 лет. У 11 больных менархе началось с 11—12 лет, у 22 — с 13—14, у 13 — с 15—17 лет. У 23 женщин в результате перенесенного воспалительного процесса возникло нарушение менструального цикла: у 10 — меноррагия, у 6 — метроррагия, у 3 — опсоменорея, у 4 — межменструальные кровянистые выделения. Бесплодием страдали 32 из 46 женщин; у 12 оно было первичным, у 20 — вторичным. Длительность воспалительного процесса составляла от 1 года до 14 лет.

Все больные жаловались на боли внизу живота, в пояснице, усиливающиеся перед менструацией и во время нее, и на выделения белей; почти все они отмечали раздражительность, быструю утомляемость, снижение работоспособности. У части больных была нарушена моторика кишечника (метеоризм, запоры, поносы).

28 женщин связывали начало воспалительного процесса с искусственным прерыванием беременности. Частые обострения воспалительного процесса, сопровождающиеся усилением белей, ухудшением самочувствия, субфебрильной температурой, наблюдались у 37 женщин.

С целью изучения функции яичников измеряли базальную температуру в течение 2—3 менструальных циклов, проводили цитологическое исследование вагинального отделяемого с подсчетом кариопикнотического индекса (КПИ) на 7—8, 14—15, 20—22-й дни менструального цикла, динамическое наблюдение за феноменом «зрячка». Кроме того, определяли экскрецию прегнандиола в моче по методу Клоппера у 26 больных и экскрецию ЛГ в моче у всех 46 пациенток ежедневно в течение всего менструального цикла иммунологическим методом. Состояние кровообращения органов малого таза изучали с помощью реографа РГ-2.

В зависимости от длительности воспалительного процесса обследованных больных разделили на 2 группы. В 1-ю включены 22 больные воспалением придатков матки, длительность которого не превышала 5 лет; во 2-ю — 24 женщины с продолжительностью заболевания более 5 лет.

1-я группа. У 6 из 22 женщин наблюдалась метроррагия после перенесенного воспалительного процесса. 8 больных страдало бесплодием. У 8 женщин кривая базальной температуры была двухфазной, что свидетельствовало о полноценной овуляции и достаточной гормональной функции яичников. У 13 больных разница базальной температуры в первой и второй фазах менструального цикла не превышала 0,2—0,3°. Определялось укорочение лютеиновой фазы до 6—8 дней. У 1 больной базальная температура была монофазной. Содержание эстрогенных гормонов только у 14 женщин оказалось доста-

точным. Количество прегнандиола составляло в среднем $2,99 \pm 0,15$ мкмоль/сут в первую фазу и $8,11 \pm 0,72$ мкмоль/сут во вторую.

Экскреция ЛГ у 14 больных имела циклический характер с выраженным предовуляционным пиком гормона. В первой и второй фазах цикла количество его колебалось от 31,2 до 62,4 н. е., а в период овуляции — от 187,2 до 250,0 н. е. Предовуляционный пик гормона наблюдался только в течение одного дня, обычно между 10 и 15-м днями менструального цикла (в зависимости от его продолжительности). Увеличение количества гормонов совпадало с подъемом базальной температуры или предшествовало ему на 1—2 дня. У остальных 8 больных также наблюдалась циклическость в экскреции ЛГ, но со снижением его уровня в период овуляции. В предовуляционные дни содержание ЛГ у этих больных не превышало 93—125 н. е., а в первой и второй фазах менструального цикла падало до 16,2—31,4 н. е.

Таким образом, у 14 больных констатировано сохранение функции яичников и передней доли гипофиза.

Косвенно о сохранении функции половых органов свидетельствовало также достаточное кровоснабжение их, установленное путем реографии, и состояние сосудистой реактивности, выявленное методом электротермометрии (отмечена лишь незначительная асимметрия температуры органоспецифических зон кожи внизу живота). Показатели реограмм органов малого таза и электротермометрии у больных I-й группы почти не отличались от нормы.

2-я группа. У большинства пациенток наблюдались частые обострения заболевания, связанные в основном с переохлаждением. Менструальный цикл был сохранен у 8 больных; у 4 выявлена меноррагия, у 4 — опсоменорея, у 3 — межменструальные кровянистые выделения, у 5 — метроррагия. Ректальная температура только у 5 женщин была выраженной двухфазной, у 11 она оказалась слабовыраженной двухфазной с укорочением второй фазы до 6—8 дней, а у 8 — монофазной в течение 2—3 менструальных циклов, что свидетельствовало об отсутствии овуляции и функционирующего желтого тела. У 15 больных была нарушена генеративная функция. Содержание ЛГ было достаточным только у 1 больной. У 10 женщин отмечено снижение как циклической, так и базальной экскреции ЛГ, предовуляционный пик не превышал 93—125 н. е. У 4 больных мы определяли содержание ЛГ ежедневно в течение 30—35 дней, поскольку у них были метроррагии; у всех четырех обнаружены резкие изменения в экскреции ЛГ. У 3 больных отмечалось несколько резких спадов и подъемов в выделении гормона: содержание его колебалось от 15,6 до 499,4 н. е. Кривые экскреции у каждой больной имели индивидуальный характер. У 6 женщин экскреция гормона была монотонной, не превышая 62,4 н. е., предовуляционный пик гормона отсутствовал, что указывало на нарушение функций передней доли гипофиза на уровне гипоталамуса и других подкорковых систем. Показатели сосудистой реактивности у больных этой группы также свидетельствовали об изменении функционального состояния вазомоторных центров (асимметрия кожной температуры достигала 2° , восстановление температуры после охлаждения было замедлено более чем вдвое). Значительное снижение кровоснабжения и инертность сосудов органов малого таза, по-видимому, приводили к снижению и нарушению функции яичников.

Таким образом, у большинства больных хроническим воспалением придатков матки выявлено нарушение функции яичников и передней доли гипофиза, а также выраженные изменения сосудистой реактивности и кровоснабжения органов малого таза.

УДК 616.668—08

М. Г. Мухамадеев, М. П. Трофимов (Бугульма, ТАССР). Применение димексида при комплексном лечении болезни Пейрони

Под нашим наблюдением было 9 больных с пластической индурацией полового члена (болезнь Пейрони), 3 из них прервали лечение. У 6 больных (возраст — от 48 до 60 лет) прослежены отдаленные результаты лечения: у 5 в течение 2—4 лет жалоб и клинических проявлений рецидива заболевания не отмечено.

При первичном обращении все пациенты жаловались на наличие уплотненного участка на половом члене и ослабление эрекции. 2 больных, кроме того, отмечали затруднение мочеиспускания и боли во время эрекции и полового акта. Продолжительность заболевания составляла от 1 мес до 2 лет.

При обследовании у всех больных было установлено двустороннее поражение белочной оболочки с частичным переходом на кавернозные тела корня пениса; у 2, кроме того, выявлен хронический неспецифический уретрит и односторонний эпидидимит, у 1 — распространенный чешуйчатый лишай.

Для успешного лечения больных с фибропластической индурацией очень важно разъяснить им, что данное заболевание излечимо при строгом соблюдении установленного режима и точном выполнении лечебных процедур в лечебном учреждении и дома.

При назначении медикаментозного лечения мы учитывали показания и противопоказания к тому или иному препарату, индивидуальную переносимость и возраст больного. Обычно лечебный комплекс включал следующие средства.

1. Пенициллин внутримышечно, на курс 10—12 млн. ед.
2. Сульфаниламиды (в основном этазол), на курс 30—40 г.