

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 констатируется 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.

3. Биостимулирующие препараты: экстракт алоэ по 1 мл подкожно ежедневно, на курс 30 инъекций.

4. Витамины: А в драже по 1 шт. 3 раза в день (в масле по 15—20 капель 3 раза в день) — 1 мес, Е в капсулах по 1 шт. 3 раза в день — 1 мес, либо 5% — по 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

5. Гормонотерапия: тестостерона пропионат 5% — 1 мл внутримышечно 2 раза в нед, на курс 10—12 инъекций; сустанон-250 (омнадрен) — по 1 мл внутримышечно 1 раз в мес, 3—6 инъекций на все курсы.

6. Пирогенал внутримышечно через 1 или 2 дня в зависимости от общей и местной реакции, повышая дозу, согласно инструкции, с 25—50 МПД разовой дозы, на курс 15—20 инъекций.

Для местного лечения применяли следующие средства и процедуры.

1. Раствор лидазы по 64 ед. (при отсутствии лидазы использовали стекловидное тело по 1—2 мл).

2. Гидрокортизон по 50 мг непосредственно в пораженный участок. Эти два препарата вводили, чередуя, через день, на курс по 15 инъекций каждого.

3. Физיותרпию: УВЧ, ультразвук, диатермию ежедневно или через день по 10—15 сеансов каждого из них, чередуя или повторяя их на каждый курс.

4. Втирание в область пораженного участка 50—70% раствора ДМСО (димексида) 2 раза в день в течение 1 мес.

5. Тепловые процедуры местно в виде грелок, сидячих ванн по 15—20 мин ежедневно, 15—20 на курс.

В целях закрепления полученного эффекта или улучшения результатов лечения описанные курсы терапии повторяли через 1—3 мес. Для полного излечения иногда требовалось 3—4 и более курсов, что занимало в общей продолжительности 1—2 года.

Лечение при повторных курсах проводили теми же лекарственными средствами и по той же методике, что и в первый раз, иногда заменяя лидазу на стекловидное тело, УВЧ на диатермию или наоборот.

Чтобы предотвратить развитие аутоаллергии и аллергии, рекомендуем применение антигистаминных препаратов (димедрола, пипольфена, супрастина, диазолина) в обычных дозах.

Во время лечения предписываем больным употреблять пищу, богатую белками и витаминами, ограничивать использование пересоленных, маринованных и консервированных пищевых продуктов. Полностью запрещаем употребление алкоголя. Предлагаем остерегаться переохлаждения в целом и области промежности и наружных половых органов в особенности. Во время циклов лечения запрещается половая жизнь. Все больные переносили лечение хорошо, каких-либо осложнений не наблюдалось.

Полное выздоровление наступило у 5 больных, а у 1 больного удалось приостановить прогрессирование патологического процесса и достичь нормализации эрекции и половой функции.

Таким образом, длительное комплексное лечение фибропластической индурации полового члена прерывистыми курсами, включающими втирания димексида, дает хорошие результаты. Мы считаем целесообразным рекомендовать указанный метод для широкого внедрения в клиническую практику.

УДК 616.33—006.5—02:616.155.1

**Ф. Н. Казанцев, И. Х. Голуб (Казань).
Метаболические процессы в эритроцитах при раке желудка**

Мы исследовали содержание эритроцитов, гемоглобина, пировиноградной и молочной кислот в эритроцитах, а также активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) у 120 больных со II—IV стадией рака желудка. У 60 из них были произведены радикальные хирургические вмешательства, а у остальных 60 пробные лапаротомии и паллиативные операции (соответственно — 1-я и 2-я группы больных). Возраст больных — от 35 до 70 лет. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц. Кровь для анализа брали из локтевой вены до операции и на 1, 3, 5—7-е, 10—12-е, 17—21-е сутки после хирургического вмешательства. Средние величины активности ЛДГ, уровня молочной и пировиноградной кислот (МК и ПК) в эритроцитах приведены в таблице. Данные, полученные до операции, сравнивали с контролем, а показатели послеоперационного периода — с исходными.

У больных раком желудка определяется анемия, особенно выраженная при запущенном опухолевом процессе. После радикальных операций у больных раком желудка (1-я группа) в первые сутки послеоперационного периода незначительно увеличилось количество эритроцитов и содержание гемоглобина, что можно объяснить последствием хирургического вмешательства и некоторым сгущением крови, а цветовой показатель (ЦП) оставался без изменений. На 3-й день количество эритроцитов, содержание гемоглобина уменьшались, а ЦП оставался в тех же пределах, что и до операции. На 5—7-е, 10—12-е сутки мы не отметили улучшения показателей красной крови. Перед выпиской из стационара (17—21-е сутки) у радикально оперированных больных морфологические показатели красной крови заметно улучшались.