

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АМЕНОРЕЕЙ С УЧЕТОМ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Канд. мед. наук К. А. Курышева

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.— проф. М. А. Даниахий) педиатрического факультета Саратовского медицинского института

Одним из наиболее сложных вопросов гинекологии является борьба с патологическими аменореями, которые могут быть симптомом различных или функциональных нарушений, или заболеваний.

На нарушение функции вегетативной и центральной нервной системы при аменорее указывают А. П. Анисимова, Е. М. Креслинг, М. М. Круглова, С. Д. Ролле, Ю. А. Клаас и др. Н. С. Уточникова почти у всех больных аменореей нашла изменения электроэнцефалограммы, свидетельствующие о нарушении взаимоотношений между возбуждающими и тормозными процессами в сторону преобладания или того, или другого в коре головного мозга.

Мы решили определить и использовать при лечении больных аменореей типологические особенности нервной системы, которые устанавливали путем углубленной беседы с больной об основных этапах в истории ее жизни по схеме, предложенной проф. М. А. Даниахий, и путем наблюдения за поведением больной в клинике.

У всех больных до и после лечения нами изучались цитологическая картина вагинального отделяемого (1 раз в неделю в течение 4 недель), методом плетизмографии — характер сосудистых реакций, а также рефлекторные реакции с матки и влагалища по методикам, предложенным В. М. Лотис и М. Я. Ахмедовой.

Под нашим наблюдением находились 35 больных аменореей и гипоменструальным синдромом в возрасте от 17 до 36 лет. Двенадцать больных (первая группа) с начала менструальной функции имели нерегулярные менструации, в последующем у 8 из них наступила аменорея. Двадцать три больных (вторая группа) страдали вторичной аменореей или гипоменструальным синдромом. Работа, требовавшая большого умственного напряжения, была у 9.

Почти у половины больных имелись неблагоприятные условия труда и быта, которые могли способствовать нарушению менструального цикла. Одиннадцать больных страдали аменореей от 1,5 до 3 лет, 14 — от 3 до 10 лет, 10 — свыше 10 лет. В прошлом в связи с аменореей безрезультатно или с кратковременным эффектом лечились 32 больных, 3 — не лечились.

При определении типологических особенностей нервной системы у 15 был установлен слабый тип высшей нервной деятельности (7 — с первичной аменореей, 8 — с вторичной). Эти больные имели пониженную работоспособность вследствие быстрой утомляемости, они, как правило, не проявляли необходимой настойчивости в достижении поставленной перед собой цели, легко отступали при встрече с препятствиями в жизни, были мало выносливыми. При наблюдении за их поведением в клинике мы отмечали, что они всё делают медленно, с трудом переходят от одного дела к другому, медленно засыпают и с трудом просыпаются. Долго не могут привыкнуть к новой обстановке, боятся ее перемен. На исследования, которые им проводились, эти больные легко соглашались, при этом вели себя спокойно, но продолжительные манипуляции их утомляли.

У 20 больных нами определен сильный, безудержный тип (5 — с первичной аменореей, 15 — с вторичной).

У больных этого типа отмечалась повышенная работоспособность; они инициативны, все делают быстро, но не умеют себя сдерживать,

нетерпеливы, вспыльчивы; быстро привыкают к новым условиям жизни и труда при перемене места жительства и работы; легко засыпают и быстро переходят к бодрствованию, но сон их тревожный, неглубокий. В момент исследования больные вели себя беспокойно, стремились изменить положение, которое они должны были сохранять. У больных этой группы часто имелись конфликты с медицинским персоналом.

Таким образом, среди больных с первичной аменореей больше было женщин слабого типа высшей нервной деятельности, а среди больных с вторичной аменореей — сильного, безудержного типа.

Клинический анализ больных аменореей и гипоменструальным синдромом мы провели отдельно.

Первую группу составили 12 больных, у которых менструации с самого начала были нерегулярными. В последующем у 8 больных наступила аменорея. У всех больных этой группы в анамнезе были указания на причины общего недоразвития организма — тяжелые условия жизни и инфекционные заболевания (скарлатина, воспаление легких и др.).

При бимануальном исследовании у 10 больных определялась маленькая матка, у 2 матка была нормальных размеров. Со стороны придатков матки изменений не отмечалось.

При исследовании влагалищного отделяемого у 6 больных постоянно определялась IV реакция мазка, у 3 — переходная от III ко II. Следовательно, у половины больных с первичной аменореей наблюдались глубокие изменения функции яичников.

Характер сосудистых реакций в этой группе больных мы изучали у 7, а рефлекторные реакции с матки и влагалища — у 5. У 2 больных имелась нулевая плетизмограмма, у 4 — инертная, а у 1 — возбудимого типа. Рефлекторные реакции с матки и влагалища в период аменореи отсутствовали у 5. Таким образом, характер фоновых плетизмограмм свидетельствует о нарушении у них равновесия между процессами возбуждения и торможения в высших отделах центральной нервной системы, за исключением 2 больных. Наши данные, полученные при исследовании рефлекторных реакций с матки и влагалища у больных первичной аменореей, подтверждают крайне слабую возбудимость рецепторов матки у инфантильных женщин, страдающих аменореей.

Вторую группу составили 20 больных аменореей и 3 больных с гипоменструальным синдромом. В прошлом все они имели нормальный менструальный цикл. Причины, с которыми больные связывают аменорею, были следующие: тяжелые нервно-психические переживания (8), заболевания щитовидной железы (4), аборт (2), введение йода в полость матки (1); 8 женщин причину аменореи указать не могли. Длительность аменореи от 2 до 10 лет была у 16, свыше 10 — у 7. По типологическим особенностям нервной системы 8 больных имели слабый, а 15 — сильный, безудержный тип нервной системы. Таким образом, и в этой группе больных аменореей страдали женщины с крайними типами нервной системы. При влагалищном исследовании у 13 больных отмечено уменьшение размеров матки, а у 10 матка имела нормальные размеры.

Цитологическая реакция мазка из вагинального отделяемого больных этой группы была: у 9 — IV, у 5 — III—IV, у 9 — III реакция. Следовательно, у больных этой группы обнаружены менее тяжелые нарушения функции яичников, чем при первичной аменорее.

Плетизмограммы, полученные у больных этой группы, также свидетельствовали о нарушении у них равновесия между основными процессами возбуждения и торможения в высших отделах центральной нервной системы. Рефлекторные реакции с матки и влагалища отсутствовали у 1 больной, у 3 имелись только с влагалища, у остальных

с матки и влагалища, но у 3 они были слабо выраженными и неадекватными.

У этих больных среди причин нарушения менструального цикла должное место следует отнести особенностям состояния высших отделов центральной нервной системы, а также рецепторного аппарата матки и влагалища.

Лечение больных мы проводили комплексно в течение 3—4 месяцев с учетом типологических особенностей их нервной системы, гормональных нарушений и нарушений со стороны рефлекторных реакций с матки и влагалища.

Все больные в течение 7—10 дней получали внутривенно — индивидуальную дозу 10% раствора бромистого натрия, которую мы определяли по методике В. К. Пророковой, оказавшейся, по нашим наблюдениям, весьма ценной. Затем мы назначали раствор брома в микстуре: женщинам с сильным, безудержным типом нервной системы 3—4% раствор бромистого натрия по 1 ст. ложке 3 раза в день без кофеина, женщинам со слабым типом нервной системы — 1% раствор брома, также по 1 ст. ложке 3 раза в день, но в сочетании с кофеином по 0,1 два раза в день. Раствор брома больные принимали 3—4 месяца с недельным перерывом между каждым месяцем. Больным, страдающим аменореей длительное время и имевшим уменьшенные размеры матки, назначалась гормональная терапия (синестрол 1 мг в таблетках или инъекциях по 1 мл 0,1% раствора, прогестерон по 1 мл 0,5% раствора). В течение 3—4 месяцев этим больным искусственно создавался менструальный цикл по дням, наиболее часто встречаемым (21—23-дневным). Женщинам с аменореей и гипоменструальным синдромом, имеющим IV реакцию вагинального мазка, назначался за 10 дней до предполагаемых менструаций только прогестерон 1 мл 0,5% раствора. Для нормализации рефлекторных реакций с матки больные получали диатермию солнечного сплетения по 10—20 сеансов в каждом месяце. Больным с сильным, безудержным типом нервной системы назначалось 15—20 процедур продолжительностью до 30 мин., а со слабым типом нервной системы — 10 процедур по 10—15 мин. С этой же целью мы некоторым больным назначали и тканевую терапию в виде алоэ, фибса по 1 мл ежедневно в течение 30 дней. Больным с сильным, безудержным типом нервной системы лечение тканевыми препаратами проводилось в течение 2 месяцев с месячным перерывом между ними. Тканевую терапию мы применили в связи с тем, что она способствует нормализации рефлекторных реакций с матки. Больным с первичной аменореей и гипоменструальным синдромом назначались брюшно-крестцовая диатермия, озокеритотерапия, грязелечение. При назначении указанных видов мы учитывали и типологические особенности нервной системы. Известно, что указанные методы лечения усиливают процессы торможения в корковой нейродинамике. Больным со слабым типом нервной системы мы назначали 10—15 процедур продолжительностью в 10—15 мин., а с сильным, безудержным типом нервной системы — 20—30 процедур от 20 до 30 мин. Больные, страдающие плохим сном, получали снотворные средства: с сильным, безудержным типом нервной системы получали люминал или барбитал, а со слабым — мединал.

При неполноценном питании больным вводилась внутривенно глюкоза, иногда в сочетании с инсулином подкожно. В случае необходимости больным назначались витамины: с сильным, безудержным типом нервной системы получали поливитамины, а со слабым — витамины в следующих дозировках: А — 0,001 (что составляет 3300 ME) или в драже 1 шт. 1—2 раза в день, В₁ — в драже по 5 шт. 3—4 раза в день и витамин С — в драже по 3 шт. 3 раза в день. Больные с заболеваниями щитовидной железы и другими соматическими заболеваниями находились одновременно на лечении у эндокринолога и других специалистов. Больные, имеющие тяжелую работу или связанную с переутомлением, переводились на более легкую и не связанную с переутомлением.

Полностью восстановился менструальный цикл у 10 больных, из них у 2 наступила беременность. У 18 появились нерегулярные менструации. У 6 страдающих аменореей кровянистые выделения появлялись только в период лечения, а у 1 больной совсем не появлялись (она лечение проводила нерегулярно).

Лучшие результаты лечения получены у больных с сильным, безудержным типом нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова А. П. Акуш. и гинек. 1945, 1.— 2. Клаас Ю. А. Тр. АМН СССР, 1950, 11. Вopr. акуш. и гинек.— 3. Креслинг Е. М. Там же.— 4. Круглов А. М. М. Акуш. и гинек., 1945, 1.— 5. Лотис В. М. Тез. докл. на Пленуме Об-

ва акушеров и гинекологов СССР, 1952.— 6. Лотис В. М. Нервная регуляция деятельности матки. Докт. дисс., М., 1955.— 7. Пророкова В. К. Токсикозы беременности. М., 1954.— 8. Ролле С. Д. Акуш. и гinek. 1945, 1.— 9. Уточникова Н. С. Лечение некоторых расстройств овариально-менструального цикла у женщин пересадкой яичниковой ткани. Докт. дисс., Л., 1955.

Поступила 11 апреля 1960 г.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Доц. К. Ф. Фомин

Клиника кожных и венерических болезней (и. о. зав.— доц. К. Ф. Фомин)
Сталинского ГИДУВа

Больные красной волчанкой требуют комплексной и вместе с тем строго индивидуализированной терапии. Однако здесь не должно быть чистого опыта терапии, напротив, необходимо полнее использовать возможности каждого метода в комбинированном применении различных средств, дополняющих друг друга.

В комплексной терапии больных красной волчанкой (118 человек) в клинике получили более широкое применение методы Прокопчука и Голлендера, инъекции биохинола, никотиновая кислота и др. По показаниям использовались также антибиотики и химиопрепараты (у 27), тканевая терапия (у 14), дробные гемотрансфузии (у 10), препараты мышьяка (у 15), витамин Д₂ (у 7), рефлекторная терапия, новокаиновая блокада; у 8 больных учтено положительное влияние только санации очагов пиогенной инфекции на течение болезненного процесса. Широкое применение получили вливания растворов гипосульфита, хлористого кальция, глюкозы, витамины, бромиды и другие десенсибилизирующие, симптоматические и общеукрепляющие средства в комплексе с обычными методами, применяемыми для лечения красной волчанки.

Из наружных (местных) способов лечения более широко применялись имбибиции (обкалывания) растворами акрихина с новокаином, хинина, стрептомицина, криотерапия (замораживание снегом угольной кислоты), фотозащитные пасты и мази, противовоспалительные примочки, пасты и др., причем наружному воздействию, как правило, предшествовало общее лечение.

Из 87 больных, получавших инъекции биохинола, клиническое излечение наблюдалось у 4, кроме того, у 2 от инъекций бисмоверола, значительное улучшение — у 19, улучшение — у 21.

Различные побочные явления и обострения болезненного процесса при лечении биохинолом отмечены у 29 чел. (повышение температуры — у 3, боли в суставах — у 2, жжение, зуд, усиление гиперемии в очагах, появление новых очагов — у 24 больных). Все это позволяет высказаться за более осторожное применение биохинола, и только по показаниям.

Из 87 больных, леченных по методу Прокопчука¹, клиническое излечение наступило у 12, значительное улучшение — у 19. Побочные явления наблюдались у 18 больных (бессонница — у 2, головные боли — у 4, сердцебиения — у 2, общая слабость и снижение аппетита — у 2, зуд и болезненность в очагах — у 4, повышенная нервозность — у 2, боли в области желудка и рвота — у 2), как правило, быстро исчезающие при отмене препарата.

¹ В течение 10 дней принимается акрихин внутрь по 0,13 раза в день. Затем перерыв 5—10 дней и еще 2—3 таких цикла с перерывами.