

ванности после полового акта, не принесшего им каких-либо новых ощущений.

У женщин четвертой подгруппы было выявлено безразличие к половой жизни, в частности к смене позиций. Именно в трех последних группах и были обнаружены описанные выше сексуальные нарушения.

Сексуальная активность и заинтересованность супругов в половой жизни снижаются с их возрастом и стажем супружества. Одними из причин этого явления считаются наличие детей и связанные с ними проблемы. Пациентки основной группы страдали бесплодием, и для них желание забеременеть являлось достаточно актуальным, поэтому у них не прослеживалось выраженной тенденции к снижению половой активности. Несмотря на одиозное и стереотипное половое поведение, а также на имевшиеся сексуальные нарушения, у части пациенток урегулирование половых сношений не отмечалось даже при длительном стаже брака. Можно предположить, что в некоторых случаях сексуальные расстройства являются первичными, но мы, вероятно, чаще видим следствие имеющихся гинекологических нарушений. Большую роль в этих случаях играют, несомненно, психологические факторы.

Гинекологические, сексуальные и психологические нарушения, тесно переплетаясь между собой, образуют единый патологический комплекс и требуют комплексного подхода при лечении и коррекции. С учетом того факта, что лишь у 31,4% пациенток не было выявлено никаких сексуальных расстройств, необходимо обращать внимание на эту сферу жизни больных. Недооценивание наличия и тяжести сексуальных расстройств может привести к усугублению гинекологических нарушений, создавая тем самым порочный круг. Поэтому при

анализе причин функциональных нарушений менструального цикла и бесплодия необходимо уделять внимание исследованию сексуальной сферы больных, и при выявлении сексуальных нарушений или особенностей половой конституции их следует своевременно направлять на консультацию к сексопатологу и психотерапевту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданова Е. А. // Акуш. и гин.—1981.— № 7.— С. 6—7.
2. Ботнева И. Л. // Сексопатология.— М., 1990.
3. Говорухина Е. М. Синдром альгодисменореи (этиология, клиника, лечение): Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— М., 1982.
4. Добротина М. С. Вторичная аменорея центрального генеза у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— М., 1981.
5. Кулавский В. А., Степанова Г. И., Каншина Т. М. Актуальные вопросы сексопатологии.— Тезисы докладов I Всесоюзной конференции сексопатологов.— Уфа, 1986.
6. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства.— М., 1986.
7. Федорова Т. А. Материалы республиканской научной конференции молодых ученых Грузии по проблеме «Бесплодный брак».— Тбилиси, 1985.
8. Ballinger C. B. // J. Psychosom. Res.—1983.— Vol. 27.— P. 328—329.
9. Mai F. M. M. et al. // Psychosom. Med.—1972.— Vol. 34.— P. 431.
10. Sabo D. // J. of Psychosocial onology.—1986.— Vol. 4.— P. 19—29.

Поступила 18.01.94.

SEXOLOGIC PECULIARITIES OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DISORDERS OF THE MENSTRUAL CYCLE AND STERILITY

E. V. Makaricheva, V. D. Mendelevich,
V. I. Eremkina

Summary

It is shown that in the analysis of the reasons of functional disorders of the menstrual cycle and sterility, the emphasis must be placed on the investigation of sexual sphere of patients, and in revealing of sexual disorders or peculiarities of sexual constitution the women should be appropriately referred to a sexual pathologist and psychotherapist.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНОГО НЕЙРОДЕРМИТА

Р. Х. Бурнашева, В. Н. Коробков, Р. С. Фассахов,
Н. М. Рахматуллина, В. В. Храмов

Кафедра аллергологии (зав.— Р. С. Фассахов)

Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Проблема лечения хронического диффузного нейродермита до настоящего времени остается актуальной.

В клинической практике не наблюдается снижения заболеваемости диффузным нейродермитом (ДНД). Для

этого заболевания характерны раннее начало, чаще в детском возрасте, и длительный, упорный характер.

Целью данной работы было изучение возможности применения обменного фракционного плазмафереза (ПА) в комплексном лечении ДНД. В литературе имеются данные о положительном влиянии ПА на течение некоторых аутоиммунных заболеваний [2, 6] или устранение кожного зуда [1]. Показано отсутствие отрицательного воздействия ПА на показатели сердечно-сосудистой и свертывающей систем крови [3, 5].

На кафедре аллергологии Казанской медицинской академии последипломного образования с 1989 г. находились на лечении 122 пациента, страдающих ДНД. Мужчин было 44, женщин — 78. Больные были в возрасте от 25 до 56 лет. У 38 больных заболевание возникло в детском возрасте, то есть с 2—3 лет, и началось с диатеза. Большинство больных начало заболевания связывают с имевшимися в их жизни стрессовыми ситуациями.

Все больные были клинически обследованы. У 98% пациентов выявлены сопутствующие заболевания — наличие очагов инфекции, чаще всего хронические холециститы (у 76%), дисбактериоз (у 68%), лямблиоз (у 36%), хронический тонзиллит (у 26%), хронический бронхит (у 13%).

Специфическая иммунная диагностика показала, что у 96% больных наблюдается поливалентная сенсибилизация: бытовая, клещевая, пыльцевая, эпидермальная, бактериальная (стрептококки, стафилококки и кишечная палочка).

До госпитализации в аллергологический стационар 12% больных получали специфическую иммунотерапию, но без особого эффекта. Рецидивы заболевания возникали до 5—6 раз в год. При исследовании иммунного статуса наблюдались изменения в иммунологических показателях: увеличение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

При поступлении у них отмечены наличие кожного зуда и выраженные в той или иной степени изменения кожных покровов (сыпь, шелушение, лихенификации, точечные и линейные эксфолиации). Клинически кожные покровы имели участки измененной

окраски, очаги уплотнения и отека с шелушением и ссадинами, а в ряде случаев на фоне длительного течения болезни — везикуло-папулезные высыпания. Преимущественно поражались области локтевых сгибов, лучезапястных суставов, а также другие участки (кожа задней поверхности головы, шеи и ног).

Анализ крови 63% больных показывал невыраженную эозинофилию, умеренное снижение количества сегментоядерных нейтрофилов и увеличение количества лимфоцитов. Количество лейкоцитов и эритроцитов, как правило, было в пределах нормы.

Все больные были условно разделены на две группы по длительности заболевания и возрасту. В 1-ю группу вошли 84 пациента, которые получали традиционную терапию (десенсибилизирующие препараты, санация хронических очагов инфекции, местное лечение). 2-ю группу составили 38 больных, у которых традиционную терапию сочетали с ПА.

Техника плазмафереза. Из кубитальной вены предплечья эксфузировалось от 200 до 600 мл крови в стандартные флаконы с гемоконсервантом (глюгидином) с помощью одноразовых систем для взятия крови ВК-01. Перед эксфузией крови, во время ее проведения и после ее завершения измеряли АД и частоту пульса. При этом больному внутривенно вводили растворы 5% глюкозы, физиологический раствор, реополиглюкин, общее количество которых равнялось или превышало (на 15—20%) объем эксфузированной крови. Затем в течение 8—12 часов кровь больного при температуре 41°C в стандартных флаконах разделялась на слой форменных элементов и слой плазмы, после этого клетки крови реинфузировали больному внутривенно. Процедуру ПА повторяли ежедневно в течение 5 дней, в результате у больного удалялось от 600 до 1000 мл плазмы. Уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК) не допускалось путем внутривенного введения растворов гемодилютантов вместо удаляемой плазмы.

Следует подчеркнуть, что используемый нами фракционный способ ПА позволяет соединить в себе элементы гемодилюции и аутогемотрансфузии, лечебные эффекты которых

описаны в многочисленных публикациях. Как правило, эти эффекты связаны с улучшением микроциркуляции, транскпиллярного обмена в тканях, снижением общего периферического сосудистого сопротивления, улучшением показателей ударного и минутного объемов сердца [8], а также умеренным стимулирующим действием на гемопозитические функции костного мозга [4, 5].

Можно предполагать, что продукты нарушенного метаболизма, накапливающиеся в тканях кожного эпителия при ДНД, в условиях гемореологического эффекта при введении гемодилутантов будут быстрее выходить из тканевого депо в кровоток, а оттуда с эксфузируемой плазмой больного удаляться из организма. Вероятно, уменьшение кожного зуда при ПА связано с удалением из организма больного метаболитов наружного обмена. Время хранения эксфузионной крови больного при проведении ПФ не должно превышать сутки, поскольку при более длительном сроке неизбежно отрицательное воздействие на ее биохимические и морфологические свойства [7, 9].

Анализ проводимого лечения показал, что у больных 1-й группы кожные проявления сохранялись до 3—4 недель, рецидивы наблюдались через 4—5 недель после окончания курса лечения. Эффективность составила лишь 14 %.

У больных 2-й группы клинического положительного эффекта мы достигали на 3—5-й день. На фоне ПА улучшались общее состояние и самочувствие больных, ослабевал или исчезал кожный зуд и уменьшались элементы высыпания на коже. Кожные покровы приобретали нормальную окраску и эластичность. Эффективность лечения составила 76 %. У 16 больных 2-й группы значительное улучшение наступило уже после окончания курса ПА в течение первых 2 недель, у остальных — через 3—4 недели.

После проведения курса ПА анализы крови показали нормализацию

лейкоформулы, при которой лейкоцитоз уменьшался, а число сегментоядерных нейтрофилов приближалось к норме.

Таким образом, наши данные доказывают целесообразность применения в комплексном лечении ДНД фракционного ПА. Механизм лечебного действия ПА при этом связан, вероятно, с удалением части продуктов нарушенного метаболизма из тканей кожного эпителия, улучшением реологических свойств и вязкости крови, капиллярного кровотока и транскпиллярного обмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев П. А., Дворецкий Л. И., Гранич Л. П. // Тер. арх.—1984.— № 11.— С. 91—94.
2. Городецкий В. М. и др. // Тер. арх.—1984.— № 6.— С. 19—23.
3. Гутник Р. Г. и др. // Пробл. гематол. и перелив. крови.—1981.— № 1.— С. 55—57.
4. Захарченко В. Н., Ларионов С. М., Лопухин Ю. М. и др. // Гематол. и трансфузиол.—1985.— № 2.— С. 31.
5. Кражев Л. Н., Тимофеев Г. А., Конюхов С. Г. // Гематол. и трансфузиол.—1983.— № 10.— С. 28.
6. Шуокава Ю. // Тер. арх.—1982.— № 6.— С. 49—54.
7. Шмитт В. Ш., Хартуг В., Кузин М. И. Общая хирургия.— М., 1985.
8. James O. // Europ. J. Intens. Care Med.—1977.— Vol. 4.— P. 163—166.
9. Messer K. // Anecth. Analg. reanim.—1976.— Vol. 4.— P. 509—520.

Поступила 13.09.94.

PLASMAPHERESIS IN COMBINED TREATMENT OF THE DIFFUSIVE NEURODERMITE

R. Kh. Burnasheva, V. N. Korobkov,
R. S. Fassakhov, N. M. Rakhmatullina,
V. V. Khranov

Summary

The advisability of the use of metabolic fractional plasmapheresis in combined treatment of the diffusive neurodermite is shown. The mechanism of the therapeutic action of plasmapheresis is probably connected with the removal of the part of disordered metabolism products from dermatic epithelium tissue, the improvement of rheologic properties and viscosity of the blood, capillary blood flow and transcapillary metabolism.