

ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ КЛИМАКСОМ

Канд. мед. наук Н. В. Свечникова

Из кафедры акушерства и гинекологии (зав.—проф. А. Ю. Лурье) Киевского медицинского института и Киевского противозобного диспансера (научный руководитель — проф. А. К. Горчаков)

По нашим материалам, 50% женщин климактерического возраста страдают тяжелыми или стертыми формами климактерических расстройств.

Отсутствие постоянного и совместного наблюдения за такими больными со стороны специалистов разных профилей, занимающихся диагностикой и лечением климактерических проявлений, практически приводит к тому, что указанные больные лишаются системы диспансерного наблюдения, вследствие чего лечение часто бывает мало эффективным.

В 1955 г. на базе городской клинической больницы Сталинского района был организован Киевский диспансер по борьбе с патологией климакса. Руководителем диспансера был назначен гинеколог, к которому для постоянной совместной работы были прикреплены терапевт, невропатолог и психиатр.

Гинекологом изучались гормональные сдвиги в организме больных. Для назначения рационального и эффективного лечения производились следующие исследования:

а) Определение содержания половых гормонов в моче, соотношения половых гормонов путем производства внутрикожной пробы с фолликулином и прогестероном, изучение мазков влагалищного отделяемого на степень эстрогенности и исследования слизи шейки матки — картина кристаллизации отделяемого цервикального канала. б) При необходимости — патогистологическое изучение соскоба слизистой оболочки матки. в) Исследование функции надпочечников: проба Торна, водная нагрузка, определение мочевино-хлорно-водного индекса в количестве 17-кетостероидов в суточной моче. г) Определение функции щитовидной железы путем изучения ее активности и основного обмена.

Невропатологи изучали функцию центральной и вегетативной нервной системы (биопаатографии, холодопрессорные пробы, артериальная осциллография, капилляроскопия, изучение сенсомоторных и вегетативных реакций).

Терапевты изучали состояние сердечно-сосудистой системы (электрокардиография, хронаксиметрия, определение газов крови, скорости кровотока).

Каждая больная, обращавшаяся в указанный диспансер, исследовалась всеми перечисленными специалистами, консультативно обсуждалась, и на основании полученных объективных и лабораторных данных ей назначалась соответствующая терапия.

Поступившие в диспансер женщины после исследования и назначения лечения находятся на постоянном учете и под наблюдением врача диспансера.

Упомянутая методика исследования больных, разумеется, практически не всегда осуществима в полном объеме в областных и районных центрах, поэтому там она была нами несколько видоизменена.

В областных городах создавался один диспансер, обслуживающий женщин не только данного города, но и области.

В районных центрах созданы специализированные кабинеты, работающие один раз в неделю и пользующиеся наиболее простыми методами исследования больных (гинекологический статус, общие анализы мочи, рентгеноскопия грудной клетки, измерение АД, определение соотношения половых гормонов путем внутрикожных проб и влагалищных мазков).

Для областных и районных диспансеров (кабинетов) по патологии климакса по-прежнему сохраняется принцип осмотра больных терапевтом, невропатологом и гинекологом.

При неэффективности лечения в районных центрах больные направляются в областные центры.

В деятельности кабинетов и диспансеров широкое участие принимают работники лечебной физкультуры.

Признаки климактерического периода обычно принято называть: «явления выпадения», «климактерический синдром», или «климактерический невроз». Почти все больные, тяжело переносящие климакс, страдают приливами, головной болью, бессонницей, болью в суставах, ознобами, потами, головокружениями, шумом и звоном в ушах и запорами. Более редко встречаются депрессивные состояния, психозы, обмороки и зуд половых органов. В этот период часто возникают или обостряются диабет, ревматизм, заболевания печени, понижается или повышается функция щитовидной железы, возникают различные урологические расстройства.

На основании изучения более 3000 женщин, страдающих тяжело протекающим климаксом, нам удалось выявить соотношения всех перечисленных «явлений выпадения». Так, приливы наблюдались у 98% женщин, поты — у 73,5%, головная боль — у 82,4%, бессонница — у 70%, нервозность, раздражительность — у 91,7%, боли в суставах — у 30%, ознобы — у 33,2%, головокружение, шум и звон в ушах — у 28,7%, депрессия — у 9,3%, зуд половых органов — у 4%.

Лечение больных было комплексным. В основе патогенетической терапии лежали нейро-гормональные изменения в организме женщины. Мы пользовались классификацией Б. Цондека, по которой климакс делится на 3 фазы: гиперфолликулиновую, гипофолликулиновую и полигонадотропную.

В первую фазу климакса, при достаточном насыщении или даже избытке эстрогенов в организме, хорошие результаты достигались общими методами лечения: бромиды, пирамидон, димедрол, алоэ, плазмол, лечебная гимнастика и физические методы. В этой фазе хорошие результаты достигнуты от введения антагонистов эстрогенов (гормона желтого тела или андрогенов).

Прогестерон применялся по 10 мг через день, 10—15 инъекций на курс лечения. Тестостеронпропионат назначался по 25 мг внутримышечно 3 раза в неделю в течение двух недель. После улучшения общего состояния инъекции тестостерона заменялись метилтестостероном (в таблетках по 5 мг) по 2 таблетки 2 раза в день в течение 10 дней, затем доза уменьшалась до 10 мг в течение 10 дней. Токсических симптомов при такой схеме лечения мы не наблюдали. Общее хорошее самочувствие при таком методе, в среднем, длилось 2—3 месяца. Таких курсов лечения можно провести 3—4.

Во II фазе климакса, при эстрогенной недостаточности, применялись эстрогены. Чаще всего нами использовалась следующая схема лечения: фолликулин по 5000 М. Е. внутримышечно через день (6—8 инъекций), или эстрадиолдипропионат по 10 000 М. Е. внутримышечно 1—2 раза в неделю (5—6 инъекций), или деместрол — 0,6% 1 раз в неделю (3 инъекции). При отсутствии фолликулина он заменялся 0,1% или 1% синестролом.

При рецидивах курс лечения повторялся. Подобные курсы можно повторить 2—3 раза с интервалами в 2 месяца.

В III фазе климакса благоприятно действуют эстрогенные препараты, угнетающие функцию гипофиза. При недостаточной эффективности эстрогенной терапии нами применялась комбинация мужского и женского половых гормонов по схеме: одна внутримышечная инъекция, в состав которой входят 1 мг масляного раствора эстрогена (фоллику-

лин или синестрол) и 25 мг тестостеронпропионата. На этом инъекции прекращались, и больные получали ежедневно в течение 3—4 недель метилтестостерон по 1 таблетке (5 мг) 3 раза в день и октестерол по 1 таблетке — 1 мг 1 раз в день. Затем дозировка изменялась, и метилтестостерон применялся по 1 таблетке 2 раза в день, а октестерол — по 1 таблетке 1 раз в день в течение 10—20 дней, в зависимости от самочувствия больных. Комбинированное применение эстрогенов с андрогенами предотвращает пролиферативные процессы в матке, которые нередко наблюдаются при введении одних только эстрогенов, и не вызывает маскулинизации, которая может быть обусловлена введением андрогенов. При комбинации эстрогенов с андрогенами один гормон видоизменяет специфическое действие другого, но не нейтрализует его, а наоборот, в комбинации они оказывают синергическое действие.

Исследования нервной системы у женщин как с ранним климаксом, так и с патологически текущим климактерическим периодом показали нарушение функционального состояния вегетативной нервной системы и высшей нервной деятельности (А. Ф. Макаrenchенко, В. Ф. Саенко-Любарская). Полученные ими данные позволили наметить следующую терапию: препараты брома и кофеина в целях улучшения корковой нейродинамики, в частности, подвижности раздражительного процесса, связанного с деятельностью сосудодвигательного нервного аппарата. Препараты брома и кофеина рекомендуются в малых дозах, учитывая ослабление нервной деятельности у этих больных. Для укрепления нервной системы назначаются витамины, в частности, В₁, С и А.

Для снижения тонуса сосудистой стенки назначались медикаментозные средства, снижающие тонус гладкой мускулатуры сосудов (папаверин, диуретин и др.).

Хорошие результаты достигались физиотерапией: общий д'Арсанваль, гальванический воротник с кальцием, новокаином или бромом (10—12 сеансов). Водные процедуры: ежедневные обтирания комнатной водой, теплые ванны в 35—37° в течение 15—20 мин, ванны с сосновым экстрактом, с солью, углекислые, кислородные или радоновые ванны (5—20 ванн).

ЛФК при патологическом климаксе может быть рекомендована в формах: утренней гигиенической гимнастики, трудотерапии, лечебной гимнастики, прогулок, игр, подвижных спортивных занятий. Необходимо в каждом отдельном случае строго индивидуализировать подбор физических упражнений, изменяя их, в зависимости от ответных реакций организма на физическую нагрузку.

Занятия лечебной гимнастикой проводились систематически, не менее трех раз в неделю, по 30—45 мин. Курс лечебной гимнастики — 4 месяца. Через полгода курс занятий повторялся. Каждая больная, занимающаяся лечебной физкультурой, получала указания о режиме дня (чередование работы и отдыха).

Поступила 21 февраля 1959 г.

О ДИАГНОСТИКЕ И УЧЕТЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Доц. В. Г. Дубовский

Из кафедры инфекционных болезней (зав. — доц. В. Г. Дубовский) Сталинградского медицинского института

Острая дизентерия нередко протекает легко, с очень скудными клиническими симптомами, сближающими ее с прочими острыми кишечными заболеваниями. В связи с трудностями дифференциальной диагностики и тождественностью антибактериальной терапии этих заболеваний, существующим положением предусматриваются регистра-