

условий течения беременности, особенностей питания ребенка и других факторов на стоматологическую заболеваемость, наряду с общепринятой методикой вычисления интенси́вности показателем заболеваемости, нами проведен многофакторный дисперсионный анализ. Данный метод дал возможность оценить различные медико-биологические факторы [3] по степени их влияния как изолированного, так и в совокупности на самую распространенную стоматологическую патологию у детей — кариес зубов.

Сравнительная оценка влияния данных факторов в отдельности и в комплексе на распространенность кариеса показала, что у детей, матери которых перенесли во время беременности острые заболевания (ОРВИ, грипп и др.), частота кариеса составляла 860,8‰, при возрасте матери старше 30 лет — 803,3‰, с экстрагенитальными заболеваниями — 785‰, с осложнениями беременности — 759‰, у детей-первенцев — 709,8‰, у недоношенных и переношенных — 604,4‰. В то же время у детей, родившихся у матерей с физиологическим течением беременности, частота кариеса не превышала 487,6‰, у детей, отстававших в физическом развитии в течение первого года жизни, — 616‰, с нарушением питания в течение первого года жизни — 613,2‰.

Существенное влияние на поражаемость зубов кариесом оказывают возраст матери старше 30 лет (η^2 — 11%), сочетанное влияние экстрагенитальных заболеваний матери с осложнениями течения беременности (η^2 — 4,3%), экстрагенитальные заболевания матери (η^2 — 4,0%), отставание в физическом развитии ребенка в сочетании с

недоношенностью и переношенностью (η^2 — 3,7%).

Следовательно, предупреждения стоматологической заболеваемости следует добиваться путем устранения указанных выше неблагоприятных факторов. При этом ответственность за антенатальный прогноз и профилактику возлагается на акушеров-гинекологов при активном участии терапевтов, педиатров и стоматологов с момента взятия беременной на учет в женскую консультацию.

Профилактическая работа с новорожденными и детьми раннего возраста должна осуществляться в системе акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов с участием врача-стоматолога, причем с обеспечением посемейного медицинской помощью. В проведении этой работы особое внимание следует обратить на формирование здорового образа жизни матери и ребенка в семье, сбалансированное питание, ежедневное потребление злаковых, молочных продуктов, фруктов и овощей, отказ родителей от вредных привычек. Кроме того, необходимы назначения фторсодержащих препаратов и витаминов, а также проведение активной санитарно-просветительной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т. Ф. // Стоматология детского возраста. — М., Медицина, 1987.
2. Гранина О. В. // Комплексные социально-гигиенические исследования основных групп населения в СССР (развитие, изучение, опыт): Автореф. докт. дисс. — М., 1970.
3. Плохинский Н. А. // Биометрия. — М., изд-во МГУ, 1970.

Поступила 25.01.88

УДК 618.13—002.3:[577.175.32+577.175.63]

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГИПОФИЗ—ЯИЧНИКИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Л. Ф. Шинкарева, Ф. К. Тетелютина, Л. И. Пименова, Е. А. Толстолуцкая

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— канд. мед. наук М. И. Сабсай) Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института

Гнойно-септические заболевания внутренних половых органов оказывают неблагоприятное влияние на здоровье женщин. Наиболее характерным нарушением является неполноценность эстрогенной и гестагенной функций яичников, выражающаяся в недостаточности обеих фаз цикла или преимущественно лютеиновой и в нарушении процесса овуляции [2], а также в недостаточности функции гипоталамо-гипофизарной системы [1] или стимуляции продукции гонадотропных гормонов [2].

В связи с разноречивостью литературных данных мы изучали функциональное состояние гипофизарно-яичниковой системы у больных гнойно-септическими заболеваниями органов малого таза. Был использован радиоиммунологический метод определения концентрации в плазме крови фоллитропина (ФСГ), лютропина (ЛГ), пролактина, прогестерона и тестостерона.

Обследовано 59 женщин, у 18 из них был пиосальпинкс, у 38 — пельвеоперитонит, у 3 — параметрит. В контрольную группу во-

шли 10 здоровых женщин. Возраст больных колебался от 22 до 42 лет и составлял в среднем $31,7 \pm 1,8$ года, здоровых — в среднем $33,7 \pm 0,6$ года.

При изучении анамнеза было установлено, что все женщины в детстве перенесли инфекционные заболевания. В зрелом возрасте 8 пациенток перенесли аппендэктомию, 4 — пневмонию, 2 — черепно-мозговую травму, одна — дизентерию; у 3 больных имели место заболевания щитовидной железы. Из гинекологических заболеваний следует отметить часто встречающиеся воспалительные заболевания матки и придатков матки, кольпиты, эрозии шейки матки (у 42).

У 45 пациенток менструальная функция установилась в возрасте 13—14 лет, у 12 — в 15 лет, у 2 — в 11 лет. У 56 женщин продолжительность менструального цикла колебалась от 22 до 33 дней, у 3 больных он был укороченным. У 56 больных менструальное кровотечение длилось от 3 до 6 дней, у 6 — больше 7 дней. У 12 пациенток была альгоменорея.

При анализе особенностей детородной функции у 31 женщины удалось выявить напряженную репродуктивную функцию с частыми следующими беременностями. В среднем на одну больную приходилось 2 родов и 5 аборт, на 18 пациенток — одни роды и 2 аборта. У 3 женщин имело место первичное бесплодие, у 7 — вторичное.

У больных пиосальпинксом концентрация фоллитропина в плазме крови составляла $9,8 \pm 0,9$ нг/мл ($P < 0,05$); у женщин, страдающих параметритом и пельвиперитонитом, — $8,4 \pm 0,7$ нг/мл ($P < 0,05$), в контрольной группе — $5,8 \pm 0,8$ нг/мл. Некоторое повышение среднего уровня этого показателя у больных гнойно-септическими заболеваниями свидетельствует об относительной активности гонадотропной функции гипофиза.

Содержание лютропина у больных пиосальпинксом было равно $15,4 \pm 4,4$ нг/мл ($P < 0,05$), у остальных женщин — $13,5 \pm 3,5$ нг/мл ($P < 0,05$), в контрольной группе — $12,0 \pm 1,4$ нг/мл. Подобное повышение данного гормона указывает на напряженную активность гонадотропной функции гипофиза.

Обращает на себя внимание высокий уровень пролактина у всех больных гнойно-септическими заболеваниями. Так, при пиосальпинксе концентрация пролактина в плазме крови составляла $2260,5 \pm 385,7$ мМЕ/мл ($P < 0,05$); у больных с воспалением брюшины и клетчатки малого таза — $1263,7 \pm 301,7$ мМЕ/мл ($P < 0,05$), в контрольной группе — $514,3 \pm 42,3$ мМЕ/мл.

Высокое содержание фоллитропина и лютропина в плазме крови во II фазе цикла можно объяснить снижением концентрации

прогестерона, особенно в лютеиновой фазе. Так, в I фазе цикла у больных гнойно-септическими заболеваниями гениталий независимо от локализации патологического процесса содержание прогестерона равнялось $4,2 \pm 0,2$ нмоль/мл (в контроле — $12,9 \pm 1,2$; $P < 0,01$), в лютеиновой фазе цикла — $32,9 \pm 2,8$ нмоль/мл (в контроле — $63,2 \pm 5,8$). В то же время не исключено, что высокое содержание лютропина у больных данного контингента может быть связано с повышенным содержанием андрогенов — $0,74 \pm 0,02$ нг/мл (норма — $0,40 \pm 0,07$).

Таким образом, при гнойно-септических заболеваниях гениталий функция гипофизарно-яичниковой системы изменяется, что проявляется в различных гормональных нарушениях. Характерна недостаточность лютеиновой фазы цикла, выражающаяся в снижении концентрации прогестерона в плазме в лютеиновой фазе цикла при компенсаторном повышении базальной секреции лютропина и фоллитропина. Возможно, что высокое содержание лютеинизирующего гормона зависит от повышенного содержания тестостерона в плазме крови. В то же время оно может быть обусловлено одновременным уменьшением чувствительного гипофиза к стероидным гормонам и половых желез к гонадотропинам.

Все пациентки получали стационарное лечение. Состояние больных при поступлении оценивалось как тяжелое и средней тяжести, отмечались явления интоксикации, ознобы, лихорадка.

Лечение больных было комплексным и состояло из многокомпонентной интенсивной терапии, предоперационной терапии и хирургического вмешательства у 8 больных. Консервативная терапия включала введение 500 мг полибиолона внутримышечно, 2 мл 2% эстрадиола дипропионата внутримышечно, однократно плазмы через 2—3 ч и затем криопреципитата внутривенно капельно. Об эффективности лечения судили по улучшению клинических проявлений, уменьшению симптомов интоксикации, изменениям лейкоцитарной реакции.

Больные гнойно-септическими заболеваниями гениталий должны находиться на диспансерном наблюдении у гинеколога-эндокринолога, поскольку у них имеется нарушение гормонального гомеостаза, обусловленное дезорганизацией механизмов регуляции. Особое внимание следует уделять не только состоянию гениталий, но и изменениям в системе гипоталамус — гипофиз — яичники. Указанный контингент относится к группе повышенного риска развития эндокринных нарушений специфических функций женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов В. А. // Реабилитация женщин.

УДК 616.361—089.89

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

О. С. Кочнев, В. Н. Биряльцев, Х. М. Халилов, В. Н. Коробков

Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В последнее десятилетие увеличилось число больных с нарушением проходимости терминального отдела общего желчного протока, хирургическое лечение которого представляет сложную проблему. Для восстановления пассажа желчи естественным путем большой популярностью пользуется папиллосфинктеротомия. Однако эта операция не лишена серьезных осложнений; кроме того, она дает значительную летальность [3]. Другой путь восстановления желчеоттока — наложение холедоходуоденоанастомоза (ХДА) — применяется реже ввиду возможного развития восходящего холангита, резидуального панкреатита, несостоятельности ХДА [1, 2, 4].

Целью данной работы являлась оценка различных видов ХДА в лечении непроходимости терминального отдела общего желчного протока на основании анализа ближайших и отдаленных результатов (3—5 лет) хирургического лечения, а также послеоперационных осложнений и выбора оптимального метода наложения ХДА и условий для его выполнения.

Показания к наложению ХДА мы делим на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относятся следующие: а) холангит с расширением общего желчного протока более 2 см; б) мелкие камни общего желчного протока при наличии механической желтухи; в) неудалимые камни в области большого дуоденального соска; г) «стреловидное» сужение терминального отдела холедоха более 2 см. Относительными считаем такие показания, как неуверенность в полном удалении камней и опухоль головки поджелудочной железы.

Результаты ХДА мы оцениваем как неудовлетворительные, если сохраняются болевые приступы, периодически возникает амилазурия, наблюдаются потеря в массе тела и диспептические расстройства.

Нами проанализированы результаты 138 ХДА, выполненных с 1973 по 1987 г. по поводу непроходимости большого дуоденального соска неопухоловой этиологии. У 29 больных ХДА была произведена в комбинации с папиллосфинктеротомией. Возраст прооперированных больных колебался от 24 до 92 лет. Женщин было 117 (84,8%),

мужчин — 21 (15,2%). В экстренном порядке было прооперировано 44 (32%) пациента, в плановом — 94 (68%). У 38 (27,5%) больных до операции была механическая желтуха, причем у 12 (8,7%) — многократная.

Все оперированные больные по возрасту были разделены на две группы: до 60 лет было 68 человек, старше 60 лет — 70. В зависимости от преобладающего применения того или иного метода билиодигестивного анастомоза можно выделить два периода: первый охватывает время с 1973 по 1979 г., когда была выполнена 81 ХДА с преимущественным применением метода Флеркена (58), Финстерера (9), Юраша (11) и Киршнера (3); второй включает 1980—1987 гг., когда было проведено 57 ХДА у 47 больных по методу Юраша — Виноградова и лишь у 10 пациентов по методу Флеркена.

Неудовлетворительные результаты после ХДА, произведенных в экстренном порядке, наблюдались у 14 (32%) из 44 больных и в плановом — у 8 (8,5%) из 94 пациентов, причем возраст 14 больных не превышал 60 лет. Неудовлетворительные исходы в ближайшем периоде, зафиксированные у 15 больных, были связаны со стенозом большого дуоденального соска. У 7 из них стеноз был I—II степени, у 8—III степени, осложненный сопутствующим панкреатитом. 11 из 15 больных были моложе 60 лет.

Анализ результатов реконструктивных операций, проведенных в первом периоде, выявил большую частоту применения ХДА без достаточной оценки функциональных особенностей анастомозируемых органов, а также сопутствующей патологии в виде панкреатита при наличии стеноза большого дуоденального соска. Неудовлетворительные результаты в первом периоде были установлены у 17 (21,0%) из 81 больного, причем у 47% пациентов с наложенным ХДА при стенозе большого дуоденального соска II—III степени и сопутствующим панкреатитом. У больных этой группы наблюдалось обострение панкреатита в послеоперационном периоде, причем в 67% случаев это были пациенты в возрасте до 60 лет. На наш взгляд, у пациентов данной возрастной группы сократительная способность папиллы