

шении среди других способов ХДА является метод Юраша — Виноградова, сводящий к минимуму деформацию двенадцатиперстной кишки и оставление слепого мешка.

2. Для улучшения функциональных результатов при наложении ХДА необходимо проводить мобилизацию двенадцатиперстной кишки, особенно ее задней стенки, с освобождением ретродуоденальной части общего желчного протока и наложением анастомоза между наименее мобильной частью двенадцатиперстной кишки и терминальным отделом холедоха, то есть непосредственно на сфинктер Капанджи, для

профилактики дуоденальных рефлюкс-холангитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В., Лапкин К. В., Лютфа-лиев Г. А. //Хирургия.— 1985.— № 4.— С. 77—81.
2. Ерюхин И. А., Тетоев А. М., Гулза Ф. И. // Вестн. хир.— 1986.— № 6.— С. 39—42.
3. Караванов А. Г., Гельфер А. П., Сингаевский И. К. //В кн.: Хирургия желчных путей.— М., 1977.
4. Полянский В. А., Коптельцев В. В., Лищенко А. Н. //Хирургия.— 1986.— № 10.— С. 11—15.

Поступила 05.03.88.

УДК 615.477.88. 1618.17 —008.8 —06 + 618.13 — 06

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

А. И. Наговицына, З. С. Корняева, К. Г. Серебренникова, Э. Г. Городовская

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

Проблема контрацепции занимает существенное место в борьбе с абортами и способствует укреплению здоровья женщин. По данным И. А. Мануиловой [2], современные контрацептивы позволяют не только сохранять здоровье женщины, но и приводят к снижению материнской смертности в 2 раза, а перинатальной — в 4 раза.

Из современных контрацептивов наиболее популярны внутриматочные средства (ВМС), которыми пользуются более 100 млн. женщин. Несмотря на высокую инфертильную эффективность внутриматочной контрацепции, ряд авторов указывают на возможные осложнения. Так, по данным литературы, у 5—6% пациенток наблюдаются разнообразные побочные реакции: боли, нарушения менструальной функции, воспалительные процессы гениталий, экспулсии и др. Риск инфекции, поступающей из нижних отделов женских половых органов, составляет при введении внутриматочных средств от 2 до 4% [1].

Под наблюдением находились 2659 женщин с внутриматочными средствами производства Казанского медико-инструментального завода. 122 женщины наблюдались до 3 мес, 152 — до одного года, 1906 — от года до 5 лет, 445 — до 7 лет, 34 — более 10 лет. Эффективность внутриматочных средств достигала по нашим наблюдениям 97,6%. В контрольную группу вошли 218 женщин, пользовавшихся с целью контрацепции синтетическими прогестинами (бисекурин, нон-Овлон) по обычной схеме — с 5-го дня цикла по одной таблетке в день.

Возраст пациенток в основной и контрольной группах колебался от 25 до 45 лет (средний возраст — 36 лет). Проведен строгий отбор женщин для внутриматочной контрацепции. При их обследовании учты-

вали жалобы, наличие соматических и гинекологических заболеваний в анамнезе, характер секреторной и менструальной функций, данные бимануального исследования, количество предыдущих родов и абортов. Уделяли внимание лабораторным исследованиям — степени чистоты мазков влагалищного содержимого, у части пациенток проводили бактериологические исследования содержимого цервикального канала. При наличии эндогенных очагов инфекции генитального и экстрагенитального характера санировали их. Внутриматочные средства применяли только при I и II степени чистоты влагалищного содержимого.

Несмотря на высокую эффективность внутриматочных средств и тщательный отбор пациенток у 155 (5,8%) женщин в первые 3—6 мес наступило нарушение менструальной функции: по типу гиперполименореи — у 83 (3,1%), длительных мажущих выделений до и после менструации — у 59 (2,2%), альгоменореи — у 13 (0,5%). В контрольной группе изменения менструального цикла имели место у 3 (1,4%), в виде сокращения до 19—21 дня и удлинения менструально-подобного кровотечения от 6 до 8 дней. Обследование женщин с нарушением менструальной функции (155) включало дополнительные методы исследования: анализ крови, мочи, тесты функциональной диагностики: симптом «папоротника», симптом «зрачка», кальциотропическое исследование мазков влагалищного содержимого, измерение ректальной температуры, оценку гормонального профиля и гистологическое исследование соскобов эндометрия. У части обследованных (20 женщин) было определено содержание пролактина, гонадотропных и половых стероидных гормонов методом радиоиммunoанализа.

ческого анализа с характеристикой рецепторного статуса эндометрия — рецепторов эстрогенов (РЭ) и рецепторов прогестерона (РП).

По тестам функциональной диагностики у 144 пациенток был установлен двухфазный менструальный цикл и только у 11 женщин выявлена недостаточность функции желтого тела. Во влагалищных мазках последних в I фазе менструального цикла клетки поверхностных слоев находились на уровне 55—60%, клетки промежуточных слоев — 40—45%; кариопикнотический индекс — 38—40%. В лютеиновой фазе цикла подъем промежуточных клеток достигал только 58—60%, а кариопикнотический индекс снижался до 34—36%. Ректальная температура была незначительно повышена на 0,2—0,3° в течение 3—4 дней, затем была на уровне колебаний I фазы менструального цикла. В контрольной группе под влиянием синтетических прогестинов базальная температура была монотонной; во влагалищной эпителии клетки поверхностных слоев располагались на уровне 65—73% в течение всего времени наблюдения.

У женщин, пользовавшихся внутриматочными средствами сроком от одного года до 2 лет, гормональный профиль свидетельствовал о нормальном менструальном цикле. Так в I фазе цикла уровень фолликулостимулирующего гормона составлял $5,7 \pm 2,4$ МЕ/л, лютеинизирующего гормона — $8,3 \pm 2,0$ МЕ/л, во II фазе — соответственно $4,7 \pm 1,9$ и $7,1 \pm 1,2$ МЕ/л. Пролактин в фолликулиновой фазе цикла был на уровне $301,7 \pm 41,7$ мМЕ/л, в лютеиновой фазе — $402,8 \pm 23,0$ мМЕ/л; концентрация эстрадиола в I фазе цикла была равна $340,6 \pm 28,5$ пмоль/л, прогестерона — $2,6 \pm 0,6$ нмоль/л, во II фазе — соответственно $404,0 \pm 23,7$ пмоль/л и $19,5 \pm 1,6$ нмоль/л. Рецепторы эстрогенов в I фазе составили $87,9 \pm 11,2$ фмоль/мг белка, прогестерона — $603,0 \pm 33,6$ фмоль/мг белка, во II фазе — соответственно $58,6 \pm 12,2$ и $649,9 \pm 31,6$ фмоль/мг белка.

В связи с нарушением менструальной функции и продолжающимися кровянистыми выделениями у 11 (0,4%) пациенток внутриматочные средства были удалены, в последующем им было проведено гистологическое исследование соскобов эндометрия. Результаты гистологического исследования свидетельствовали о недостаточных секреторных преобразованиях слизистой оболочки матки.

Для регуляции менструальной функции мы назначали 144 пациенткам консервативные методы лечения (сокращающие матку, гемостимулирующие препараты, спазмолитики, витамины, транквилизаторы) в амбулаторных условиях. У части женщин применяли физиотерапевтические методы лечения (эндоаназальный электрофорез с

витамином В₁ в I фазе менструального цикла и с витамином С в лютеиновой фазе; абдоминально-сакральный электрофорез с хлористым кальцием и др.). У 11 больных лечение было дополнено гормонотерапией 12,5% раствором 17-оксипрогестерон-капроната по 1 мл (125 мг) внутримышечно на 14 и 18-й дни менструального цикла в течение 3—6 мес.

На основании наблюдения, тестов функциональной диагностики, гормонального профиля и результатов гистологического исследования эндометрия можно сделать вывод о том, что нарушение менструальной функции при использовании внутриматочных средств имеет нестойкий характер. У 92,9% пациенток наблюдался двухфазный менструальный цикл и только у 11 (7,1%) женщин отмечалась недостаточность функции желтого тела. Применение гормональных препаратов в сочетании с симптоматическим лечением и физиотерапией способствует через 3—6 мес нормализации менструальной функции.

Второе место среди осложнений внутриматочных средств занимают воспалительные процессы придатков матки, которые были установлены у 36 (1,3%) женщин. Из анамнеза удалось установить наличие у них различных эндогенных очагов инфекции (гайморит, тонзиллит, пиелонефрит, пневмония, вирусная инфекция и др.). Воспалительный процесс в шейке матки имел место у 13 пациенток, матки и придатков — у 23. При наличии в анамнезе воспалительного процесса в половых органах мы вводили внутриматочные средства через 12 мес после клинического выздоровления женщин. Следует учесть, что у 26 женщин в анамнезе было от 3 до 5 абортов. Таким образом, анамнез обследованных женщин свидетельствовал о наличии в организме дремлющей инфекции, которая могла служить источником возникновения и обострения воспалительных процессов гениталий при внутриматочной контрацепции.

В первые 3—6 месяцев после введения спирали незначительно обострялся воспалительный процесс у 12 из 36 женщин в области матки, а у 24 — в области придатков.

В контрольной группе у 2 (0,9%) женщин, имевших в анамнезе хронический сальпингоофорит, после перенесения адено-вирусной инфекции наступило обострение воспалительного процесса в придатках матки.

У всех женщин при бактериоскопическом методе обследования была установлена III степень чистоты влагалищного мазка, у 6 — в сочетании с трихомонадами. При бактериологическом методе исследования содержимого цервикального канала роста гонококков не было обнаружено.

Всех больных лечили амбулаторно. На-

значение спазмолитиков, анальгетиков, ацетилсалициловой кислоты, реопирина, витаминов, физиотерапии, трихопола, метранидазола и других средств способствовало затиханию воспалительного процесса; применение антибиотиков и госпитализация не потребовалась. У 11 (0,4%) женщин из-за болевого синдрома внутриматочные средства были удалены и продолжена противоспалительная терапия. У всех 36 женщин наступило выздоровление.

ВЫВОДЫ

1. Эффективность петли Казанского медико-инструментального завода составляет 97,6%.

2. При внутриматочной контрацепции имеется явный риск возникновения осложнений, процент которых возрастает при недостаточном отборе пациенток в женских консультациях, без достаточного учета противопоказаний.

3. Среди осложнений первое место за-

нимают нарушения менструальной функции (5,8%), второе — воспалительные процессы гениталий (1,3%). Наиболее часто осложнения развиваются у женщин с наличием эндогенных очагов инфекции в анамнезе и при хроническом воспалительном процессе в придатках матки.

4. Динамическое наблюдение в женской консультации за пациентками в первые 3—6 мес после введения им внутриматочных средств позволяет своевременно применять соответствующие методы обследования и лечения, предупреждать дальнейшее прогрессирование патологического процесса и тем самым сохранять их здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алипов В. И., Коробов В. В. // Противозачаточные средства. — Л., Медицина, 1985.
2. Мануилова И. А. // Современные контрацептивные средства. — М., Медицина, 1983.

Поступила 29.03.88.

ОБЗОРЫ

УДК 577.171.55

НЕЙРОРЕГУЛЯТОРНЫЕ ПЕПТИДЫ В МЕДИЦИНЕ

Р. Д. Сейфулла, М. В. Белоус, Е. К. Ким

Центральный научно-исследовательский институт медико-биологических проблем спорта (и. д. директора — канд. мед. наук А. М. Алавердян), Центральный научно-исследовательский институт неврологии (директор — член-корр. АМН СССР Н. В. Верещагин), Москва

Широкий спектр фармакологической активности, разнообразие биологического действия, эффективность в незначительных концентрациях, отсутствие накопления в организме и низкая токсичность определяют перспективность использования пептидных биорегуляторов в клинической практике. Вместе с тем существующие препятствия в их использовании в практической медицине обусловлены быстротой распада после введения, модуляторным характером действия, зависящим от исходного функционального состояния организма, слабо выраженным эффектом при приеме внутрь, трудностью прохождения гемато-энцефалического барьера [3]. Одним из подходов к решению этих проблем является целенаправленный синтез новых высокоэффективных веществ с селективно-пролонгированным действием, обладающих необходимой стабильностью и специфическим средством к рецепторам наряду с природными пептидами.

Почти для всех регуляторных пептидов известна последовательность аминокислотных остатков, что позволяет синтезировать как эти вещества, так и их структурные аналоги. Успехи современного химического синтеза вплотную приблизили возможность использования пептидных биорегуляторов в качестве лечебных средств нового типа. Необходимой предпосылкой рационального конструирования новых пептидов служит глубокое изучение молекулярных механизмов патологических процессов, нاجдающихся в фармако-

логической коррекции, а также закономерностей взаимосвязи между строением фармакологических агентов и их терапевтическими свойствами. Исследование основных закономерностей связи физико-химических свойств с фармакологической активностью биологически активных соединений представляется весьма актуальным вопросом фармакологической инженерии, направленной на создание новых лекарственных препаратов [21].

Самую многочисленную группу названных препаратов, выпускаемых отечественными и зарубежными фармацевтическими предприятиями, составляют аналоги и антагонисты гипоталамических факторов, которые применяются в терапии и диагностике заболеваний системы крови, неврологии, психиатрии, анестезиологии, акушерстве и гинекологии и при других заболеваниях.

Определенный интерес вызывает наличие у нейропептидов «оставленных» эффектов. Большинство нейропептидов вводят прерывисто в небольших дозах, так как при этом их действие несет физиологический характер [26]. При таком режиме введения достигается феномен селективного и длительного действий. Мы полагаем, что нейропептиды можно использовать в качестве препаратов первичной профилактики патогенетического воздействия и адаптогенного типа действия.

Фармакологические эффекты регуляторных пептидов во многом зависят от молекулярной массы, определяющей структурную комплемен-