

Использование геля Тизоля и Тизоля с гепарином у пациентов с рожистым воспалением давало положительный эффект в виде уменьшения болевого синдрома после 2-4 аппликаций, а после 3-7 раз исчезали гиперимия, воспалительный отек кожи и подкожной клетчатки.

При лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей в первой фазе раневого процесса на 2-3 суток ускорялся процесс очищения ран при применении геля Тизоля с химопсином, а при дальнейшем переводе больного на перевязки гелем Тизоля с ксероформом быстрее наступала эпителизация ран.

Хорошие результаты получены при применении геля Тизоля с диклофенаком у больных, страдающих деформирующими артрозами суставов, с явлениями артрита, бурсита и при явлениях тендовагинита. Отек мягких тканей и болевой синдром уменьшались после 1-2 аппликаций и через 5-7 перевязок на фоне общего противовоспалительного лечения явления воспаления исчезали полностью.

При лечении острых поверхностных и глубоких тромбозов, осложненных трофическими язвами, очень хорошо проявило себя применение Тизоля с гепарином, в области язвы – Тизоль с химопсином; в последующем – Тизоль с пиявками и актовегилом. Средняя продолжительность койко-дня у этих больных уменьшилась на 7-10 дней.

При наружном применении Тизоля и его комбинаций с другими препаратами клинических проявлений реакций гиперчувствительности и других побочных явлений не наблюдалось.

Не обнаружено ни у одного пациента значимых статистических отклонений в общих анализах крови, мочи, печеночных и почечных пробах.

#### Выводы

Результаты клинической апробации гидрофильных гелей Тизоля как мощного противовоспалительного лекарственного средства для наружного применения и его специализированных комбинаций с микродозами лекарственных препаратов свидетельствуют о необходимости дальнейшей разработки схемы применения и внедрения в комплекс стационарного и амбулаторного местного лечения распространенных гнойных хирургических заболеваний.

Получены хорошие результаты местного лечения Тизолем и его комбинаций с другими лекарственными препаратами широко распространенных обliterирующих, тромботических и инфекционно-воспалительных заболеваний сосудов конечностей.

Требуется приоритетного изучения и финансирования экспериментальное и фармакокинетическое обоснование механизмов действия, уточнение показаний и возможность противопоказаний геля Тизоль и его комбинаций с другими лекарственными препаратами, изучение поздних и отдаленных результатов его клинического применения.

Полученный опыт применения Тизоля у пожилых больных позволяет сделать вывод, что Тизоль и его комбинации с другими лекарственными препаратами с успехом могут использоваться в комплексном

лечении хирургических больных как в стационаре, так и амбулаторно.

Применение Тизоля экономически выгодно из-за его невысокой стоимости и малого расхода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Емельянова И.В. Применение гидрофильного геля «Тизоль» и его специализированных композиций в лечении гнойных хирургических заболеваний: Методические рекомендации для врачей. – Екатеринбург, 2000. – 22с.
2. Шилко В.И. Высокоэффективные технологии в медицине – «Тизоль» // Материалы межобластной науч.-практ. конф. 15 марта 2001 г. – Екатеринбург, 2001. – 80с.
3. Козлов В.А., Кузнецова Н.Л., Левчик Е.Ю., Галимзянов Ф.З., Заплутанов А.В., Гаев А.В. Применение гидрофильного геля «Тизоль» и его специализированных композиций в лечении гнойных хирургических заболеваний: Методические рекомендации. – Екатеринбург, 2000. – С.6.
4. Емельянов А.С., Лопатина Г.П., Филатова Е.А., Емельянова И.В. К вопросу об отечественном гелевом препарате // Материалы межобластной научно-практической конференции (15 марта 2001 г., Екатеринбург). – Екатеринбург. 2001. – С.8-9.

Н.А. Халамиренко, С.А. Берзин

#### ОСОБЕННОСТИ СЕКСОПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Свердловский областной онкологический центр, Уральская государственная медицинская академия

Дисгормональные заболевания молочных желез – это различные формы фиброаденоматозов и рак молочной железы. Как известно, пусковым механизмом этих процессов является дисбаланс половых гормонов, который развивается как следствие патологии этой системы, органической или функциональной. Хорошо известна их связь с абортми, воспалительными процессами в придатках, эндометриозом и другой органической патологией. Просматривается связь дисгормональных заболеваний молочных желез и с отклонениями от нормы в сексуальной жизни женщин, но получение сведений об этой стороне жизни больных дисгормональными заболеваниями молочных желез, в силу интимности характера этих сведений, не всегда представляется возможным. Многие врачи исключают из анамнеза больных мастопатией вопросы сексуальной жизни, требующие большой затраты времени, определенного такта и деонтологического подхода. В то же время наш опыт показывает, что при обследовании больных мастопатией порой вскрывается целая гамма тяжелых эмоциональных переживаний, связанных с сексуальной неудовлетворенностью.

Из публикаций по патогенезу мастопатии следует, что провоцирующими ее развитие моментами могут быть многие социально-травмирующие факторы: это можно объяснить состоянием нервно-психической сферы женщины, находящейся под влиянием различных фрустрирующих ситуаций, которые являются непосредственной предпосылкой развития патологического процесса в молочных железах. Такого рода ситуации возникают в тех случаях, когда потребности индивидуума не соответствуют его приспособительным возможностям. Конфликт, являясь главной причиной сильных эмоций, проявляется при невозможности найти реальный выход из создавшейся ситуации. Обычно при исследовании нервно-психических нарушений обращается больше внимания на реакцию организма, чем на источник конкретных конфликтных ситуаций. Между тем выявление и изучение конкретных конфликтных ситуаций помогает лучше понять основные причины тех отрицательных эмоций, которые способствуют развитию мастопатии. Источниками сильной избыточной мотивации у больных мастопатией чаще являются:

- неудовлетворенность семейным положением;
- бытовые конфликты;
- конфликтные ситуации на работе;
- психический стресс;
- неблагоприятные сексуальные факторы.

Разнообразие проявлений сексуальной неудовлетворенности, причин диспареунии и их последствий затрудняет установление истинной роли этих факторов в развитии мастопатии. Половое влечение женщины тесным образом связано с эмоциональной сферой и личностными особенностями. Сексуальная неудовлетворенность как один из ведущих психотравмирующих факторов проявляется в результате кумулирования в течение длительного времени последствий сдерживаемых эмоций. Длительная сексуальная неудовлетворенность в конечном итоге приводит к застойным явлениям в высших вегетативных центрах, акцентированному возбуждению в коре головного мозга и развитию невротических реакций.

В эпидемиологических исследованиях предопуховых и опухолевых заболеваний молочных желез неоднократно отмечалась связь между семейным положением и возникновением этих заболеваний. По ряду публикаций, заболевания мастопатией выше у женщин, не бывших замужем, чем у разведенных. При полной материальной обеспеченности и, как правило, хорошем общественном положении, женщина остается представителем своего пола и поэтому не может достичь внутренней гармонии, не удовлетворяя свои потребности в интимном общении. Отсутствие необходимого сочетания личного и общественного может приводить к возникновению у женщины устойчивого возбуждения в коре головного мозга и постепенно – к развитию ряда соматических расстройств, среди которых самыми частыми являются мастопатии.

Как показывают анамнестические данные, конфликтная ситуация на работе отмечалась лишь у 6.9% из общего числа больных мастопатиями. Неблагоприятная картина получена при анализе семейных взаимоотношений. Конфликтные ситуации дома от-

метили 39.8% больных.

Если постоянные бытовые конфликты приводят к постепенному кумулированию нервно-психических расстройств и могут складывать условия для развития мастопатии, то тяжелые внезапные потрясения, как правило, вызывают быстрое ухудшение их клинической картины и в некоторых случаях – способность развития рака.

Нами для изучения связи дисгормональных заболеваний молочных желез с отклонениями от нормы в сексуальной жизни были обследованы 437 женщин, прошедших через маммологический прием Свердловского областного онкологического центра в 1998-2002 гг. Возраст обследованных – с 21 года по 55 лет.

Обследование заключалось в физикальном этапе (осмотр, пальпация), УЗИ, маммографии, при необходимости – в цитологическом исследовании пунктата или гистологическом исследовании секторальных биоптатов. Кроме того, все обследованные проходили анкетный опрос и беседу по вопросам сексуальной жизни. Обобщение результатов проведенного исследования показало следующее.

Из 437 обследованных нами больных ввиду стечения ряда обстоятельств или личностных особенностей половая жизнь у 46 женщин (10.5%) отсутствовала, а у 216 (49.4%) была нерегулярной. Регулярность половой жизни отметили 175 (40.1%) обследованных. Среди больных, у которых в анамнезе констатирована нерегулярная половая жизнь, были не только незамужние, но и состоявшие в браке. На сексуальное удовлетворение при половом общении указали лишь 81 (21%) больных. Половая неудовлетворенность отмечалась у 309 (79%) больных. При оценке семейного положения женщин оказалось, что для больных РМЖ характерен семейный дискомфорт. Более чем у каждой третьей больной РМЖ (36%) в анамнезе зафиксирован развод, а вдовство на момент обследования обнаружено у 12% женщин, что достоверно больше, чем в контрольной группе (3%). Достаточно характерной чертой больных РМЖ и ДЗМЖ является большое количество разводов и нового создания семьи. Интересно, что значимого влияния на сексуальную удовлетворенность не оказывала регулярность половой жизни. Доля больных, не получавших сексуального удовлетворения, была не намного больше среди нерегулярно живущих половой жизнью, по сравнению с больными, живущими половой жизнью регулярно (81.9 и 75.4% соответственно). Статистически не подтверждена и зависимость сексуальной неудовлетворенности от выраженности *libido sexualis*. Примерно в равной степени сексуальную неудовлетворенность отмечали больные как с повышенным, так и с умеренным или с пониженным *libido sexualis*.

В настоящее время ведущие сексопатологи указывают на то, что значительный диапазон интенсивности половой жизни является нормой, потому что сама интенсивность зависит от очень многих причин психологического, психологического и социального характера. Из опрошенных женщин частота коитуса в неделю колебалась: 2 коитуса в неделю – 33%, 1 коитус в неделю – 45% и 1 коитус в месяц – 12%. У 13% обследованных женщин степень удовлетворения зависит от фазы менструального цикла. Оценивая каче-

ство половой жизни, (по Г.С. Васильченко, 1977), внимание следует обращать не на ее частоту, так как полноценная половая жизнь женщины должна определяться следующими показателями:

- наличием у женщины физиологического оргазма после каждого полового акта или, во всяком случае, после 75% половых актов;
- наличием в этих же пределах психоэмоционального оргазма, во всяком случае, в течение первых десяти лет совместной жизни;
- удовлетворением мультиоргастической потребности (оргастической серии), если таковая имеется. При этом следует исключить патологические состояния, а именно, нимфоманию;
- совпадением диапазонов приемлемости у обоих супругов;
- продуманной и адекватной системой предохранения от беременности с сохранением периодического попадания спермы в женские половые органы.

При наличии этих показателей частота половых актов не имеет существенного значения.

Отсутствие полового удовлетворения женщины в значительной степени определяется поведением партнера, его отношением к женщине и несоответствием идеальных представлений о сексуальной жизни реальным отношениям.

Как известно, одним из условий положительной эмоциональной оценки половых контактов женщины является предшествующее им появление в половых путях слизистого секрета бартолиновых желез. У 75% женщин, считающих себя неудовлетворенными половой жизнью, влагалищная слизь появляется только при условии, что половой акт совершается по внутреннему убеждению, у 50% - при условии достаточной длительности предварительных ласк. 13% женщин испытывают единичные оргазмы при исключительных обстоятельствах (сексуальные игры, особые формы полового воздействия или при общении с изощренным мужчиной).

Психогенные расстройства на почве сексуальных факторов отмечаются и у больных, не живущих половой жизнью. В наших наблюдениях доля таких больных составила 10.5%. В зависимости от возраста, личностных особенностей, степени выраженности *libido sexualis* возможны различной силы проявления психогенных расстройств: от спорадических нарушений сна и головных болей до развития устойчивого депрессивного невроза. В то же время фригидная женщина спокойно переносит одиночество. Развитие тяжелых неврозов на почве нерегулярной половой жизни или ее отсутствия чаще отмечалось в возрасте 35-50 лет.

Показательно, что половое влечение с возрастом не уменьшается. Более того, доля больных, не имевших сексуального удовлетворения, была наибольшей среди лиц 45-59 лет (63%). Это можно интерпретировать как накопление длительных фрустрационных ситуаций на фоне диспареунии и постепенного угасания репродуктивной функции больной.

Говоря о физическом самочувствии после коитуса, 35% женщин с РМЖ отметили боль в промежности, физическое безразличие или неотреагированность полового возбуждения. У больных с ДЗМЖ

этот процент составил 48. В контрольной группе о подобном самочувствии говорили только 14% опрошенных. В то же время ощущение физической удовлетворенности у больных РМЖ встречалось относительно редко (41%), с ДЗМЖ – 56% в сравнении с 64 в контрольной группе. Чувство благодарности мужчине за доставленное удовольствие испытывали лишь 48% больных РМЖ, 63% с ДЗМЖ и 72% в контрольной группе. Обращает на себя внимание тенденция к самопожертвованию в половых отношениях у больных с ЗМЖ, которая проявляется распространенными мыслями об "избавлении от досадной обязанности" (11, 7, 6% соответственно), и "сознанием исполненного долга" (36, 25 и 22% соответственно).

Как мы и предполагали, для больных РМЖ в сравнении с контрольной группой оказался характерен психосексуальный дискомфорт, проявлявшийся в несоответствии идеальных представлений о сексе с реальным его восприятием у большинства больных. Полное соответствие ожидаемых и реальных отношений отметили только 16% больных РМЖ, 25% с ДЗМЖ и здоровые женщины 27%, в то время как полное несоответствие выявлено у 21% в первой группе, 18% во второй и 10% в третьей.

Известно, какое травмирующее влияние на психику оказывает контрацепция партнера в виде прерванного полового акта. Столь же неблагоприятной, по мнению многих авторов, является контрацепция женщин с частым (систематическим) применением механических, химических средств. В нашей выборке различные приемы контрацепции отмечались у 49.0% пациенток. Еще в большем числе случаев (75%) анамнестические данные указывали на применение контрацепции партнером.

Как известно, риск заболеваний молочных желез повышается с количеством перенесенных аборт. Из обследованных женщин только 12% не имели абортов, 36% имели больше трех абортов, 52% - меньше трех. У 21% женщин после абортов были осложнения. Процент женщин, предохраняющихся ГОК, был минимален (5%), хотя в последнее время (за последние 2 года) процент возрос до 12. Основной причиной другой контрацепции являлась боязнь побочных эффектов. Только 21% женщин метод контрацепции был рекомендован гинекологами, причем 19% имели ВМС. У 23% женщин метод контрацепции отсутствовал (из них 10% - женщины, страдающие фибромиомой матки). Из них 45% имели в анамнезе более 3 абортов. Только 6% женщин отмечали неудовлетворение методом контрацепции, причем в эту группу вошли только те, кто предохраняется ВМС.

Что касается презервативов, то их использование мы оцениваем различно, в зависимости от того, идет ли речь о нерегулярных и случайных связях или о регулярной половой жизни супружеских пар. В первом случае, использование презервативов как средства профилактики венерических заболеваний, и в особенности СПИДа, вполне оправданно. Во втором, применение презервативов не желательно, так как значительно снижает сексуальные восприятия как у женщины, так и у мужчины, которые в условиях семейной жизни способны терять остроту. У женщины при этом способе не только притупляется половое

чувство, но и со временем возникает дисбаланс половых гормонов. В норме у женщины, живущей регулярной половой жизнью, устанавливается физиологическое равновесие между эстрогенами, вырабатываемыми яичниками, и поступающими от мужчины андрогенами. При использовании презервативов женщина лишается мужских половых гормонов. В результате начинают преобладать эстрогены, что может способствовать развитию патологии в молочных железах.

Таким образом, отклонения от нормы в сексуальной жизни больных мастопатией и раком молочной железы встречаются значительно чаще и имеют большую выраженность, чем у здоровых женщин. Учитывая их способность вызывать гормональный дисбаланс, провоцировать пролиферативные процессы в эпителии молочных желез, можно предположить их возможную патогенетическую роль в развитии мастопатии и рака молочных желез.

#### Выводы

1. Отклонение от нормы в сексуальной жизни среди больных мастопатиями и раком молочной железы выявляется заметно чаще, чем у здоровых женщин.

2. Степень и характер патогенетической связи дисгормональных заболеваний молочных желез с нарушениями сексуальной жизни требует дальнейшего изучения, так как последние могут явиться важным патогенетическим фактором в развитии не только мастопатии, но и рака молочных желез.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Асеев А.В., Васютков В.Я. Характеристика сексуального статуса больных раком молочной железы // «Иероглиф» (онкология и радиология). – 1999. – Вып. 8.
2. Буртянский. Основы клинической сексологии и патогенетической терапии. – Саратов, 1987.
3. Общая сексopatология. / Под ред. Г.В. Васильченко. – М., 1977.
4. Здравомыслов В.И. Функциональная женская сексopatология. – Пермь, 1994.

С.А. Шевченко, С.А. Берзин

#### РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН

Свердловский областной онкологический диспансер, Уральская государственная медицинская академия

При анализе различных скрининговых программ, направленных на выявление опухолей молочных желез, основной акцент приходится на диагностику рака молочных желез (РМЖ). В структуре заболеваемости у женщин РМЖ вышел на 1 место. В последнее десятилетие ежегодно прирост заболеваемости РМЖ составляет 3% [2].

Кафедрой онкологии УГМА предложена скрининговая программа диагностики заболеваний молочных желез: ультразвуковая визуализация, физикаль-

ное обследование, рентгеновская маммография (РМГ) и методы морфологической диагностики [1].

Целью работы явилось определение места УЗИ в диагностическом алгоритме заболеваний молочных желез.

В целом точность диагностики РМГ составляет от 78,5 до 90%, специфичность – 37%, специфичность УЗИ – 59%. Специфичность в диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований РМГ – 86,3%, УЗИ – 98,4% [3].

Показаниями для проведения УЗИ молочных желез были:

- дифференциальная диагностика кист и солидных образований;
- визуализация процессов в «плотных» молочных железах;
- обследование женщин моложе 40 лет;
- обследование беременных и кормящих женщин;
- оценка динамики послеоперационных осложнений;
- оценка состояния силиконовых протезов;
- визуальный контроль при пункции различных образований;
- уточнение заключений РМГ,
- для разметки патологических очагов;
- оценка состояния путей лимфооттока.

РМГ использовалась для:

- выявления процессов на инволютивном фоне;
- выявления микрокальцинатов;
- проведения дуктографии, пневмокистографии;
- выявления РМЖ в тех случаях, когда УЗИ дает сомнительные данные.

Негативные стороны РМГ:

- лучевая нагрузка на пациентку;
- невозможность визуализации патологических очагов в «плотных» молочных железах;
- невозможность визуализировать очаги, расположенные в аксиллярных зонах и переходной складке;
- невозможность дифференциальной диагностики кист и солидных образований;
- относительная дороговизна метода;
- невозможность оценить патологические процессы в рубце;
- затруднение в оценке состояния железистой ткани после пластических операций на молочных железах.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенной работы приведены в таблицах 1-9.

В онкологическом диспансере в 2003 г. прошли УЗИ молочных желез 3518 человек, маммография производилась 6000 женщин. За один месяц проводится в среднем 296 ультразвуковых исследований молочных желез и 453 маммографии. При этом при маммографическом исследовании и при УЗИ выявляется следующая патология (табл. 1-2).

Наибольшее число больных направляется на РМГ с диагнозом РМЖ, в 87% случаев этот диагноз подтверждается рентгенологически. При клиническом подозрении на РМЖ почти во всех случаях диагноз РМЖ по маммографии ставится также предположительно.