

СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКУНДИНОМ

*Проф. Л. Ф. Шинкарева, канд. мед. наук А. И. Наговицына,
Р. Т. Шулакова*

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского
медицинского института*

Реферат. Обследованы молочные железы у 200 практически здоровых женщин и у 110 больных генитальным эндометриозом в динамике гормонотерапии. Полученные данные указывают на необходимость тщательного исследования молочных желез у больных генитальным эндометриозом до и после лечения инфекундином. При наличии изменений в молочных железах в виде очагового или диффузного уплотнения следует предпринять более полное обследование (с применением маммографии, онкоцитологического и гистологического анализов) и лечение инфекундином проводить с осторожностью.

Ключевые слова: эндометриоз, молочные железы, инфекундин.

В литературе имеются единичные сведения о состоянии молочных желез у больных генитальным эндометриозом и почти не изучены изменения в молочных железах в динамике гормонотерапии. Нами проведены исследования состояния молочных желез у 200 практически здоровых женщин и у 110 больных генитальным эндометриозом (длительность заболевания — от 2 до 20 лет) в динамике лечения инфекундином. Основной контингент составили больные с внутренним эндометриозом матки, только у 4 диагностирован наружный генитальный эндометриоз. Возраст больных — от 31 до 50 лет. Обращало на себя внимание частое нарушение менструальной функции: гиперполименорея выявлена у 64 женщин, полименорея — у 26, геморрагическая метропатия — у 12; у 8 больных менструации были нерегулярными, редкими и скудными. Для установления патологии молочных желез мы применяли клинические и гинекологические исследования. До проведения гормонотерапии изменения в молочных железах в виде диффузной, фиброно-кистозной мастопатии были обнаружены у 18 из 110 больных (16,4%).

Для лечения больных генитальным эндометриозом нами применен эстроген-гестагенный препарат инфекундин как средство, способствующее нормализации нарушенного менструального цикла и восстановлению функционального состояния высших регуляторных центров (гипоталамуса) путем предоставления им «отдыха», а также подавляющее избыточную пролиферацию в эндометрии и эндометриондных разрастаниях.

Лечение проводили по обычной схеме с 5 по 25-й день менструального цикла по 1 таблетке в день после еды. Для уменьшения побочных явлений (тошноты, головной боли) применяли одновременно но-шпу по 1 таблетке 3 раза в день. Кроме того, в комплекс лечения включали диету, лечебную гимнастику, витамины, транквилизаторы. Длительность лечения была различной: 6 больных принимали инфекундин до 3 мес, 34 — от 4 до 6 мес, 37 — от 6 до 9 мес и 33 — от 10 до 12 мес.

В период лечения инфекундином изменения в молочных железах были выявлены у 14 больных. 10 из них в первые 3—4 мес лечения жаловались на чувство распирания молочных желез, болезненность их; затем эти ощущения исчезли. Визуально молочные железы были обычной формы, с выраженной венозной сетью в подкожной клетчатке; на ощупь температура их была несколько выше, чем температура кожи над молочными железами. Пальпация была несколько болезненной, выраженных диффузных, а также очаговых уплотнений не определялось. При повторном обследовании через 4—6 мес субъективных и объективных признаков, указывающих на изменения в молочных железах, не было обнаружено. По тестам функциональной диагностики в данной группе женщин установлен гиперэстрогенный ановуляторный менструальный цикл. Клетки поверхностных слоев влагалищного эпителия достигали 65—70%, карิโอкинетический индекс — 60—75%; симптомы «зрачка» и «папоротника» положительные, ректальная температура была монотонной. При более длительном применении инфекундина (до 6—10 мес) во влагалищных мазках преобладали клетки промежуточных слоев, и карิโอкинетический индекс снижался до 35—40%. Одновременно исчезали болезненные ощущения и чувство распирания молочных желез.

У 4 больных с внутренним эндометриозом матки болезненность и напряжение были выражены более значительно. Пальпаторно определялось диффузное уплотнение всей молочной железы и резкая болезненность. Во влагалищном эпителии отмечались явления умеренного влияния эстрогенных гормонов. Клетки поверхностных слоев составляли 55—65%, одновременно карิโอкинетический индекс был невысоким — 48—50%, симптомы «зрачка» и «папоротника» были слабо положительными. Кроме

того, больные жаловались на постоянное чувство поташивания при приеме инфекундина. В связи с этим препарат был отменен, и указанные изменения исчезли уже в первые 2—3 последующих менструальных цикла.

В результате маммографии, проведенной после лечения инфекундином у 50 больных генитальным эндометриозом, диффузная мастопатия молочных желез была выявлена у 4. В группе 200 практически здоровых женщин при маммографии найдены изменения в молочных железах у 17 (8,5%), в том числе у 2 — отложение жировой ткани в молочных железах, у 10 — диффузная мастопатия молочных желез и у 5 — инволютивные изменения. По тестам функциональной диагностики в группе женщин с диффузной мастопатией установлен 2-фазный менструальный цикл с удлинением первой фазы цикла до 5—6 дней. Ректальная температура была 2-фазной, но с незначительным подъемом — на 0,1—0,2° во 2-й фазе цикла.

Таким образом, из вышесказанного вытекает необходимость тщательного исследования состояния молочных желез у больных эндометриозом гениталий. Инфекундин в первые 3—4 цикла лечения оказывает определенное воздействие на молочные железы, которое проявляется в виде напряженности и болезненности последних.

При обнаружении диффузного или очагового уплотнения в молочных железах лечение инфекундином следует проводить с осторожностью; необходимо также применить дополнительные методы обследования (маммографию, онкоцитологическое и гистологическое исследование).

Поступила 9 февраля 1979 г.

УДК 618.11—006.5—089.87

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ ПРИ СИНДРОМЕ ШТЕЙНА—ЛЕВЕНТАЛЯ

Л. М. Тухватуллина, Н. И. Раимова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 130 больных с синдромом Штейна—Левенталья, разделенных в зависимости от тяжести клинических проявлений на 2 группы. В 1-й группе ритм менструаций нормализовался у 100% больных, циклы стали овуляторными у 89%, детородная функция восстановилась у 77,05%, во 2-й гр. — соответственно у 53,4%, 43,4% и 35,8%. Разработана схема специфической подготовки больных к операции в зависимости от клинической картины.

Ключевые слова: синдром Штейна—Левенталья, резекция яичников, реабилитация.

Библиография: 7 названий.

Синдром Штейна—Левенталья встречается в среднем у 2,8% гинекологических больных. Наиболее эффективным методом лечения считается двусторонняя клиновидная резекция яичников [2, 5]. Гормональная терапия при истинных склерополикистозных яичниках малоэффективна; исключение в этом отношении составляют кломифен и клостильбегит.

По данным литературы, после хирургического лечения менструальная функция восстанавливается у 68—95% больных, детородная — у 60—85% [1, 4].

Цель настоящего исследования состояла в изучении вопроса о реабилитации больных, подвергшихся хирургическому лечению.

Клиновидная резекция яичников была осуществлена у 130 больных в возрасте от 17 до 37 лет с продолжительностью заболевания от 2 до 17 лет. Как показали результаты объективного исследования и рентгенографии тазовых органов или кульдоскопии, у всех больных яичники были увеличены, с гладкой поверхностью; у 12 пациенток выявлены различные поражения половых органов: опухоли яичников — у 4, паровариальные кисты — у 5, субсерозная фибромнома тела матки — у 1, папилломатоз яичника — у 1, туберкулез маточных труб — у 1. У всех оперированных диагнозов подтвердился макроскопически и данными гистологического анализа. Послеоперационный период протекал в основном без осложнений.

Отдаленные результаты прослежены у всех больных в течение 1 года, а у 96 из них — в течение 3 лет. Оценку реабилитации послеоперационных больных мы проводили на основании следующих тестов: восстановление трудоспособности, менструальной и детородной функции, нормализация обменных нарушений и уменьшение гипертрихоза.

Больных обследовали после операции тестами функциональной диагностики. Многократно проводили определение уровня экскреции гормонов (эстрогенов, прегнандион-