

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 диагноз 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-

ла, 17-КС и 17-ОКС): с 14-го дня после операции до появления первой менструации; через 6 мес; через 1, 2 и 3 года, а у части больных — и через 5 лет.

Результаты хирургического лечения больных анализировали раздельно по двум группам.

1-я группа — 72 больных, у которых выявлялось нарушение менструальной функции по типу гипоменструального синдрома либо ановуляторных кровотечений, ановуляция, первичное или вторичное бесплодие, незначительный гипертрихоз, умеренные вегетососудистые расстройства. На рентгенограммах черепа у части больных этой группы до операции обнаружены нерезко выраженные отклонения, свидетельствующие о краниальной гипертензии. Экскреция эстрогенов у большинства больных была в пределах нормы, а у части несколько снижена. Экскреция прегнандиола также оказалась ниже нормальной. Суточное выделение 17-КС с мочой было в пределах 22,5—31,2 мкмоль/сут, суммарных 17-ОКС — в среднем 11,0—12,4 мкмоль/сут, свободных — 0,55 мкмоль/сут. Прогестероновая проба и проба с инфекундином были положительными.

2-я группа — 58 больных, у которых помимо нарушения менструальной функции по типу гипоменструального синдрома, ановуляции, длительного первичного и вторичного бесплодия наблюдались вегетососудистые, обменные и трофические расстройства, в большинстве случаев выраженные. На рентгенограммах черепа у 36 больных этой группы выявлены признаки внутричерепной гипертензии. У большинства больных этой группы молочные железы были недостаточно развиты, кожа была пористой, а у некоторых отмечены *acne vulgaris*. Гипертрихоз был более выражен, причем отмечено оволосение по мужскому типу на тыле пальцев рук и ног, у 2 больных констатирована незначительная гипертрофия клитора. Размеры матки у 49 больных этой группы (85%) были меньше нормы. Экскреция эстрогенов составляла в среднем 97,9 нмоль/сут (эстриола 57,2 нмоль/сут, эстрона 37,0 нмоль/сут, эстрадиола 3,7 нмоль/сут), экскреция прегнандиола была снижена. У части больных выявлено незначительное повышение 17-КС в суточной моче — до 54,4 мкмоль/сут; выделение 17-ОКС оставалось в пределах нормы. Избыточное отложение жира отмечено в 1-й гр. у 11 больных, во 2-й — у 15, что составило соответственно 15% и 26%.

В послеоперационном периоде ритм менструаций восстановился у всех 72 женщин 1-й группы и лишь у 31 (53,4%) во 2-й группе. При этом в 1-й группе у 47 из 61 живущей половой жизнью (77,05%) наступила беременность. Во 2-й группе овуляторные циклы установились лишь у 26 (44,8%) больных, беременность наступила у 15 из 42 живущих половой жизнью (35,7%).

На основании анализа клинико-лабораторных исследований нам удалось выявить закономерную зависимость восстановления функций женского организма от тяжести клинического проявления заболевания, но не от продолжительности его. Вероятно, это связано со степенью дефицита ферментов яичников, отвечающих за синтез гормонов.

Анализ результатов хирургического лечения больных дает основание предположить, что более тяжелое течение синдрома склерокистозных яичников может быть связано со вторичной гиперплазией коры надпочечников либо со скрыто протекающим АГС.

Возникновение вторичной гиперплазии надпочечников объясняют тем [3, 6, 7], что избыточные количества андростендиона и дегидроэпиандростерона в организме у больных со склерополикистозными яичниками могут явиться активными ингибиторами надпочечникового энзима 11  $\beta$ -гидроксилазы. В нашей клинике разработана специальная схема подготовки этой группы больных к операции, включающая предварительное лечение кортизоном (при повышенном выделении 17-КС) в течение 3—4 дней, до нормализации 17-КС, назначение аскорбиновой кислоты и электролитов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бескровная Н. И. Синдром склерокистозных яичников (Штейна — Левентала) и генеративная функция женщины. Автореф. докт. дисс., Л., 1972.
2. Железнов Б. И. В кн.: Методы профилактики, диагностики и терапии эндокринных нарушений у женщин. М., 1975; Акуш. и гин., 1978, 10.
3. Орлова В. Г., Крымская М. Л. В кн.: Методы профилактики, диагностики и терапии эндокринных нарушений у женщин. М., 1975.
4. Слепых А. С. Синдром Штейна — Левентала. Л., Медицина, 1970.
5. Сметник В. П., Курбанова А. Г. В кн.: Методы профилактики, диагностики и терапии эндокринных нарушений у женщин. М., 1975.
6. Справочник по акушерству и гинекологии. Под ред. акад. АМН СССР Л. С. Пертианинова. М., Медицина, 1978.
7. Leventhal M. L., Scommenga A. Am. J. Obstet. Gynec., 1963, 87, 445.

Поступила 3 апреля 1979 г.