

Таким образом, у рабочих, страдающих ожирением, выявлено увеличение СОЭ и наклонность к гиперкоагуляции, выражающаяся в удлинении гепаринового времени, увеличении концентрации фибриногена, укорочении времени свертывания крови и увеличении степени тромботеста.

Следует отметить, что наклонность к гиперкоагуляции у больных ожирением сочеталась с усилением фибринолитической активности и с ухудшением динамической функции тромбоцитов (снижением адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов). По-видимому, это является результатом длительного воздействия допустимых концентраций нефтепродуктов и служит у больных ожирением своеобразным адаптационным и компенсаторным механизмом, исключающим возможность повышенного тромбообразования. Что касается больных без ожирения, то у них выявлено лишь снижение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов. У лиц, страдающих ожирением, не контактирующих с нефтепродуктами, изменения коагулограммы не выявлено. Динамическая функция тромбоцитов у них не отличалась от нормы.

УДК 612.44:616—055.23—053.6

М. М. Мельникова, Г. С. Степанов, М. Г. Газымова, С. Р. Шаихова, А. М. Хакимова (Казань). Функциональное состояние щитовидной железы у девочек в период полового созревания

Увеличение щитовидной железы у девочек в период полового созревания является установленным фактом. В районах зобной эндемии, к которым относится Татарская АССР, практическое значение приобретает изучение роли йодной профилактики для обеспечения адекватного функционирования щитовидной железы в период полового созревания, особенно у девочек — будущих матерей.

Нами в 1970—1972 гг. были обследованы школьницы ТАССР 10—17 лет и жительницы Ленинграда того же возраста (в качестве контрольной группы). Физическое и половое развитие мы изучали общепринятыми методами. Состояние щитовидной железы оценивали путем пальпации по классификации центральной противозобной комиссии. Для изучения функции щитовидной железы, кроме клинических признаков, у 566 человек исследовали содержание йода, связанного белками сыворотки (БСИ).

В зависимости от условий проведения йодной профилактики обследованные разделены на группы:

1) сельские школьницы (200) в микроочаге эндемического зоба (деревня Казанбаш Арского района), которым до исследований йодная профилактика не проводилась;

2) воспитанницы школы-интерната (370), получавшие йодную профилактику часть школьных лет — после поступления в интернат (нерегулярно);

3) городские школьницы ТАССР (661), которым профилактика проводилась регулярно;

4) контрольная группа (253 человека).

Результаты исследований показали, что половое созревание у девочек — жительниц городов ТАССР, как и в Ленинграде, начинается в 10 лет, а у сельских запаздывает на год. Средний возраст появления первой менструации у жительниц села равен 14,4 года, у воспитанниц интерната — 14,2, у школьниц городов ТАССР — 13,2, а у ленинградских — 12,9. Существенного отличия в возрасте появления менархе у городских школьниц ТАССР и ленинградок нет. Максимальное число девочек с увеличением щитовидной железы во всех группах, в том числе и в контрольной, приходится на период, соответствующий возрасту появления менархе.

В годы появления и становления менструаций у жительниц района зобной эндемии нарастает также показатель частоты высоких степеней увеличения щитовидной железы. Например, среди школьниц села увеличение щитовидной железы III степени было у 24%, среди учениц школы-интерната в возрасте 10—12 лет — у 4,1%, в возрасте 13 лет — у 9%, в 15 лет — у 9,7%, в 16—17 — у 11%. В городских школах обычного типа, где регулярно проводилась профилактика, в целом у обследованных увеличение щитовидной железы III степени отмечено лишь у 2,1%, но в 13 лет оно было у 4,2%, в 15 — у 4,9%, зато среди 17-летних девушек не было ни одной с увеличением щитовидной железы III степени.

Максимум БСИ у обследованных школьниц во всех группах приходится на возраст менархе, а в районах зобной эндемии — также и на период становления менструального цикла (который продолжается 1—2 года после первой менструации).

Сопоставив возрастные изменения функции щитовидной железы с критериями физического развития, мы установили, что они находятся в положительной корреляции. Наибольшая активность щитовидной железы у девочек проявляется не в период препубертатного скачка роста, который соответствует 10—11 годам, а в момент наступления менструаций (13—14 лет). Это указывает на активное участие щитовидной железы в регуляции процессов становления репродуктивной функции женского организма. В обследованных нами группах девочек — жительниц районов зобной эндемии, где профилактические мероприятия не проводились или проводились недостаточно, к

концу пубертатного периода частота увеличения щитовидной железы III степени (зоба) возрастает. Таким образом, отсутствие противозобной профилактики в районах зобной эндемии способствует гипертрофии и гиперплазии щитовидной железы в период становления функций половой системы и закреплению зобогенной реакции в зрелом возрасте.

УДК 618.11—006.39

Б. Г. Сутюшев (Казань). Гормонально неактивная гранулезоклеточная опухоль яичника

Под нашим наблюдением находилась больная, у которой на фоне первичных изменений гормонального гомеостаза, при наличии синдрома Штейна—Левентала, развилась гранулезоклеточная опухоль яичника. Последняя диагностирована только гистологическим исследованием удаленной опухоли. Не исключается развитие этой опухоли в результате гормональной стимуляции организма, которая была проведена больной без полного клинического обследования.

Г., 26 лет, поступила в клинику с жалобами на нерегулярные менструации и обильные кровотечения во время менструаций, боли в низу живота.

Менструации появились с 16 лет, по 5 дней через 26 дней, но через полгода они стали нерегулярными, с задержками по 3—4—6 мес с последующими крововыделениями, продолжающимися 1—2 мес. Впервые обследована в 1972 г. С диагнозом «дисфункция яичников» была госпитализирована, получала электростимуляцию шейки матки, УЗ, гальванический воротник. После курса лечения менструации стали регулярными (с 1973 по 1974 г.), по 5 дней через 28 дней. С 1975 г. цикл менструаций вновь нарушился, но больная не лечилась до 1977 г. С ноября 1977г. ей проведен 3-месячный курс терапии бисекурином; достигнут положительный эффект, но нестойкий, с прекращением лечения нарушения возобновились. Последняя менструация была за 2 мес до поступления в клинику, продолжительностью 36 дней. Половая жизнь с 24 лет, беременность не возникала.

Состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная; кожные покровы и слизистые чистые, обычной окраски; нерезко выраженный гирсутизм — единичные волосы на подбородке и по средней линии живота, усики. Молочные железы без особенностей. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 уд. в 1 мин. АД 130/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Наружные половые органы сформированы правильно, клитор не увеличен. На шейке матки, вокруг наружного зева эрозия ярко-красного цвета. Влагалище нежизнеспособной. Шейка матки цилиндрико-конической формы. Матка отклонена кпереди, нормальных размеров, подвижная, безболезненная, плотной консистенции; сзади от матки с обеих сторон определяются увеличенные яичники: справа 6×7 см, плотной консистенции, слева 5×6 см, обычной консистенции. Выделения из влагалища слизистые. Своды глубокие, безболезненные.

Общие анализы крови и мочи не выявили патологий. 17-КС 35,4 мкмоль/сут, 17-ОКС 7,6 мкмоль/сут. Данные кольпоцитологии: тип мазка гипоестрогенный. Базальная температура монофазная. Рентгенокраниограмма: кости свода черепа и турецкого седла без изменений.

Биконтрастная рентгенография: тело матки небольших размеров, тени яичников увеличены с обеих сторон до 6×7 см, левый — округлой формы, правый несколько вытянут в латеральной части в виде небольшого образования, с четкими гомогенно контрастированными контурами. Полость матки треугольной формы, у дна с нечетким контуром заполнения. Левая труба — с явлениями перисальпингита, проходима на всем протяжении, правая — в виде обрубленного тяжа, укорочена.

На основании анамнеза, объективного статуса, тестов функциональной диагностики, результатов гормональных исследований и пневмопельвеографии был диагностирован синдром Штейна—Левентала. Принимая во внимание данные гистеросальпингографии, было решено до операции исключить опухолевые маточных труб и матки. В результате исследований установлено его отсутствие. Больная назначена на операцию — резекцию яичников и стоматоластику.

Лапаротомия: надлобковый разрезом по Пфаненштилю послойно вскрыта брюшная полость. Матка нормальных размеров, в спайках с яичниками и тазовой брюшиной. Левая труба представляет собой гематосальпинкс с расширением ампулярного отдела до размеров 4×6 см, плотно спаянный с левым яичником, размер которого 4×5 см, в спайках с маткой, сальником, передним листком широкой связки. Яичник округлой формы, блестящий, гладкий, с просвечивающимися фолликулами. Правая труба утолщена на всем протяжении, у ампулярного конца — до 1,5 см в диаметре, плотная. Яичник размером 6×7 см, с гладкой поверхностью, темно-багрового цвета, медиальный конец его выпячивается в виде ретенционной кисты. Придатки спаяны с тазовой брюшиной, передним листком широкой связки и между собой. Произведено разделение спаек тупым и острым путем. Слева — резекция $2/3$ яичника, сальпингостомия на уровне здоровых тканей; проходимость трубы проверена ретроградной гидро-