

ным видам терапии. Сведения о результатах лечения получены от 357 (89,7%) женщин. Критерием излеченности мы считали увеличение матки до нормы, исчезновение болезненных ощущений во время менструации, восстановление и урегулирование менструальной и детородной функций. Положительные результаты получены у 169 (47,3) женщин. Однако в процессе лечения у 16 (4,45%) женщин развились фибромиомы и у 10 (2,8%) возникли опухолевидные образования в области придатков матки.

У 11 женщин фибромиома матки выявлена в возрасте от 27 до 34 лет включительно и у 5 — в 35—37 лет. Это относительно молодой возраст для развития данной опухоли. В этой группе женщин аменорея была у 2 (1 страдала первичной аменореей), гипопоменорея — у 2 и меноррагия — у 2. На болезненные месячные жаловались 8 женщин.

У женщин, страдающих генитальным инфантилизмом, кисты яичников были диагностированы в более молодом возрасте, чем фибромиомы матки: у 9 — от 22 до 28 лет и у 1 — в 33 года. У 3 женщин было нарушение менструального цикла типа аменореи (у 1 из них она была первичная), болезненные месячные были у 4.

Таким образом, у 9 женщин нарушение менструальной функции было еще до появления как фибромиомы матки, так и кист яичников. Эти нарушения месячных носили характер меноррагии только у 2 женщин, у 5 наблюдался гипоменструальный синдром и у 2 — первичная аменорея.

По-видимому, генитальный инфантилизм и опухоли типа фибромиом и кист яичников являются следствием одной причины: нарушений в обмене половых гормонов. По мнению Н. И. Лазарева (1963), кроме повышенного содержания эстрогенов в организме для возникновения опухолей необходимо длительное их действие.

Гистологическим исследованием эндометрия 7 женщин до развития фибромиомы матки установлено, что у 5 из них был ановуляторный цикл, у 2 — атрофия эндометрия. Эти данные еще раз подчеркивают, что при генитальном инфантилизме часто наблюдается дисфункция яичников, которая в свою очередь приводит к патологическим явлениям в организме, в том числе и к развитию опухолей половых органов. В то же время женщинам с недоразвитием половых органов врачи не всегда оказывают должное внимание. Терапия данного контингента больных порою принимает хаотический характер с длительным бесконтрольным введением половых гормонов. Как справедливо указывает П. А. Вундер (1965), одностороннее и слишком широкое применение гормонов в терапии любых заболеваний может отрицательно сказаться на патологии человека в будущем.

На основании клинических наблюдений можно высказать предположение, что женщинам, страдающим недоразвитием половых органов с дисфункцией яичников, угрожает опасность развития опухолей матки и ее придатков. Следовательно, женщин с генитальным инфантилизмом необходимо брать под особое наблюдение, и при лечении такого рода больных гормонотерапию следует применять с большой осторожностью. Эстрогенные препараты способствуют стимуляции пролиферативных процессов в организме, которые на фоне ановуляторных циклов, наблюдаемых часто при половом инфантилизме, могут довести дисфункциональные нарушения до опухолевого роста.

УДК 618—006—612.018

ЭСТРОГЕННЫЕ ГОРМОНЫ И РАК МАТКИ

Канд. мед. наук М. И. Слепов, И. М. Мазитов

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические наблюдения, еще нет четкого представления о значении эстрогенных гормонов в возникновении и развитии рака тела и шейки матки. Большинство авторов считает, что длительная стимуляция эндогенными или экзогенными эстрогенами является важным фактором в развитии рака тела матки.

Мы изучали содержание эстрогенов фракционным методом по Брауну и соавт., который позволяет выявлять малые количества эстрогенов, у 34 больных раком матки I—II стадии. У 14 женщин (возраст — от 50 до 72 лет, в среднем 59,5 лет, все они были в менопаузе от 2 до 25 лет) был рак тела матки, у 20 (возраст — от 33 до 58 лет, в среднем 48 лет) — рак шейки. У 6 из них была сохранена менструальная функция (средний возраст — 40 лет), у 6 был климактерий (средний возраст — 49 лет) и 8 больных были в менопаузе в течение 2—11 лет (средний возраст — 53 года).

Больные этих групп отличались не только по возрасту, но и по чадородной функции. Так, у больных раком шейки матки было в среднем 5,5 беременностей, в то время как у больных раком тела матки — только 3,5 беременности и родов. Репродуктивный период (время от начала первых месячных до наступления менопаузы) у первых длился в среднем 31 год, у вторых — 35, менопауза наступала в среднем соответ-

ственно в 46 лет и в 51 год. Больные раком тела матки в большинстве случаев страдали ожирением, гипертонической болезнью, у 2 был диабет.

Выделение эстрогенов мы изучали и у 18 практически здоровых женщин, из которых 11 были с нормальным менструальным циклом (средний возраст 30 лет) и 7 находились в менопаузе более 5 лет (средний возраст 60 лет).

Все больные были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли здоровые женщины и больные раком шейки матки, обследованные в первую фазу менструального цикла, во 2-ю — больные раком шейки матки, находящиеся в климактерическом периоде, в 3-ю — здоровые и больные раком шейки и тела матки в период менопаузы.

Результаты исследования представлены в таблице.

Выделение эстрогенов с мочой у здоровых и больных раком шейки и тела матки (мкг за 24 часа)

Группа	Обследованные	Экскреция эстрогенов			
		эстрона	эстрадиола	эстриола	сумма
1-я	Здоровые	11,05±1,60	4,22±0,59	17,50±3,16	32,37±5,45
	Больные	8,40±3,08	5,20±1,56	13,00±4,04	26,20±3,39
2-я	Больные	7,80±2,98	2,60±0,54	3,70±1,89	14,10±3,90
3-я	Здоровые	3,10±1,07	1,20±0,32	4,50±1,43	8,90±1,36
	Больные (рак шейки матки)	3,30±1,17	1,90±0,73	3,90±0,95	9,00±2,19
	Больные (рак тела матки)	3,20±0,73	2,30±0,50	3,10±0,67	8,70±1,61

У больных раком шейки матки в первую фазу менструального цикла наблюдается некоторое снижение выделения суммарных эстрогенов по сравнению с контрольной группой, причем отмечается снижение эстрона и эстриола при нормальном содержании наиболее активной фракции эстрогенов — эстрадиола.

У больных раком шейки матки, находящихся в климактерическом периоде, экскреция эстрогенных гормонов подвержена колебаниям в широких пределах: у одних выделение эстрогенов достигает величин, соответствующих нормальному менструальному циклу (сумма эстрогенов 24,0—27,0 мкг за 24 часа), у других выделение суммарных эстрогенов низкое (3,5—13,5 мкг за 24 часа).

Содержание эстрогенов у больных раком шейки матки, находящихся в менопаузе, соответствует уровню таких же здоровых женщин. Таким образом, у женщин, страдающих раком шейки матки, в различные периоды жизни отмечается невысокое содержание эстрогенов по сравнению со здоровыми. При анализе содержания эстрогенов по фракциям обращает на себя внимание сравнительно высокий уровень эстрадиола по сравнению с эстроном и эстриолом. Эти изменения, по-видимому, характерны для больных раком шейки матки. Так, Ниебургс и Аугуста считают, что развитие рака шейки матки больше связано с эстрогенной недостаточностью, чем с увеличением активности эстрогенов. Ши-Минг-Пьенг и сотр. отмечают у больных раком шейки матки нарушение эстрогенного метаболизма, которое характеризуется низким содержанием эстриола и относительно высоким содержанием эстрадиола и эстрона.

Исследование эстрогенов у больных раком тела матки показало высокое содержание эстрадиола по сравнению с другими фракциями эстрогенов.

Таким образом, несмотря на клинические проявления гиперэстрогемии, исследования классических эстрогенов в моче по методу Брауна у больных раком тела матки не выявляют этих изменений. В. М. Дильман, Л. Б. Бернштейн нашли у больных раком тела матки повышенное содержание неклассических фенолстероидов, оказывающих определенное влияние на репродуктивные органы. Е. А. Ирд и соавт. полагают, что отсутствие повышенного содержания эстрогенов у больных раком тела матки, по-видимому, связано с нарушением секреции гормонов при предраковых заболеваниях, а ко времени возникновения раковой опухоли эти изменения уже не обнаруживаются. Однако С. Н. Нугмановым и сотр. установлено, что у больных с рецидивирующими гиперплазиями эндометрия содержание эстрогенов также не повышено, но изменены соотношения в эстрогенных гормонах в сторону повышения активных фракций. Преобладание активных фракций эстрогенов стимулирует рост эндометрия, в то время как преобладание эстриола оказывает специфическое влияние на усиление пролиферативных процессов в миометрии, способствуя росту миом [1].

Представленные литературные данные и собственные исследования показывают, что у больных раком тела и шейки матки содержание эстрогенных гормонов нормальное или несколько пониженное, но метаболизм эстрогенов изменен в сторону преобладания активных фракций.

1. Арсеньева М. Г. и соавт. *Акуш. и гинек.*, 1967, 4.—2. Бернштейн Л. М. *Вопр. онкол.*, 1967, 9.—3. Дильман В. М. Старение, климакс и рак. *Медицина*, Л., 1968.—4. Изаболинская Р. М., Чеботарев Е. Е. *Врач. дело*, 1953, 6.—5. Ирде Е. А. и соавт. В кн.: *Гормонотерапия злокачественных опухолей*. Медицина, М., 1968.—6. Костина Л. И. *Тр. II Всесоюз. конф. онкологов*, Л., 1959.—7. Крупко-Большова Ю. А. *Морфологические изменения яичников и содержание половых гормонов у больных раком матки*. Авторев. канд. дисс., Киев, 1953.—8. Лазарев Н. И. *Теоретические основы профилактики и терапии дисгормональных опухолей*. Медгиз, М., 1963.—9. Нугманов С. Н. и соавт. В кн.: *Профилактика, диагностика и комплексные методы лечения рака тела матки*. Медицина, Л., 1968.—10. Ульянова А. И. *Акуш. и гинек.*, 1964, 4.—11. Nieburgs H. E., Augusta A. *Am. J. Obst. Gynec.*, 1951, 62, 1, 93—101.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.24—002.5—615.361.45

Канд. мед. наук Р. И. Слепова, Д. Х. Фаткуллина (Казань). Электрофорез гидрокортизона в комплексном лечении больных туберкулезом легких

Многие отечественные и зарубежные авторы сообщают об успешном применении гормональных препаратов в комбинации с антибактериальными и химиопрепаратами при различных формах туберкулеза. В терапии туберкулеза используется способность кортикостероидов уменьшать воспалительные и аллергические реакции, тормозить развитие соединительной ткани, нормализовать обмен у больных с гипофункцией надпочечников. Наибольший эффект кортикостероидные гормоны дают при экссудативных формах туберкулеза легких с выраженными перифокальными инфильтративными явлениями и при острых серозитах. Гормональные препараты при лечении туберкулеза применяют перорально или парентерально; работ по изучению их введения с помощью электрофореза нам не встретилось, поэтому мы решили выяснить их действие при таком способе введения.

1 мл гидрокортизона растворяли в 10 мл 1% раствора новокаина в 96° спирте. Этим раствором смачивали прокладку положительного электрода. Другой электрод, смоченный 2% раствором КВч, накладывали на область шейных нижних и 1—4-х верхних грудных позвонков и вводили с отрицательного полюса. Процедуру проводили ежедневно по 15—25 мин. при силе тока 15—20 мА. В начале исследования на курс лечения назначали 10 сеансов. В процессе наблюдения оказалось, что лучший эффект получается при применении 20—25 процедур.

Мы наблюдали 113 больных (36 женщин и 77 мужчин) с различными формами туберкулеза легких: 20 — с очаговой, 16 — с гематогенно-диссеминированной, 47 — с инфильтративно-пневмонической, 15 — с фиброзно-кавернозной, 5 — с туберкуломой. У 9 больных был бронхоаденит и у 1 — первичный комплекс.

До назначения электрофореза гидрокортизона все больные получали стрептомицин, тубазид, ПАСК, а 13 — также этионамид или циклосерин. 74 больных лечились до года, 39 — более года. К моменту назначения электрофореза у всех больных процесс был в фазе инфильтрации.

У большинства больных при поступлении в стационар отмечались выраженные симптомы интоксикации, сочетающиеся с патологическими сдвигами со стороны крови.

У 68 больных процесс был относительно свежим или было обострение со значительными инфильтративными изменениями в легких. У 48 больных этой группы антибактериальная терапия дала хороший результат, и электрофорез гидрокортизона назначали для ускорения процессов рассасывания. У 20 больных антибактериальная терапия была менее успешной, и электрофорез гидрокортизона присоединяли для повышения эффекта лечения. Такая сочетанная терапия позволила довольно быстро получить у 42 больных благоприятный эффект со значительным рассасыванием инфильтративных изменений в легких в течение 3—4 недель. У 26 больных рассасывание протекало медленно, но все же отчетливо определялось. У 13 больных с давностью заболевания более 4—5 месяцев было торпидное течение процесса. У 5 больных добавление гидрокортизона с помощью электрофореза стимулировало процесс рассасывания. У 8 больных улучшения не было достигнуто (у 2 — с туберкуломой, у 4 — с фиброзно-кавернозным и у 2 — с вяло текущим очаговым туберкулезом). Таким образом, назначение электрофореза гидрокортизона лицам с давностью заболевания свыше 4—5 месяцев при вяло текущих процессах не приводило к столь выраженному