

ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

З. Ш. Гилязутдинова, Г. В. Суханова, А. А. Кипенский

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, хирургическое отделение дорожной больницы (главврач — В. П. Тимофеев), ст. Казань

Учитывая сравнительную редкость гормонально-активных опухолей коры надпочечников с андрогенным эффектом и сложность их диагностики, мы приводим свои наблюдения. С 1980 по 1983 г. среди женщин с нейроэндокринной патологией у 4 пациенток в возрасте от 23 до 27 лет выявлены опухоли коры надпочечников. Больные жаловались на отсутствие менструаций, усиленный рост волос, быструю утомляемость, периодические головные боли. Объективно констатированы гипертрихоз по мужскому типу, угри на коже, гипоплазия молочных желез, матки и яичников, гипертрофия клитора. Лишь у одной больной были обнаружены обменные нарушения (прибавка массы тела, стрии фиолетового цвета на брюшной стенке и пр.). Три женщины были прооперированы (А. А. Кипенский), одна больная уехала на место постоянного жительства.

На основании клинического проявления опухолей надпочечников, тестов функциональной диагностики, содержания гормонов коры надпочечников по классификации, предложенной О. В. Николаевым и Е. И. Таракановым (1963), у 2 больных были диагностированы кортикоандростеромы, у 2 — андростеромы. Причем у одной больной опухоль оказалась малигнизированной, и вскоре она умерла от метастазов. У 2 менструальная функция нормализовалась, у одной из них восстановилась и репродуктивная функция — родила здорового ребенка. У четвертой больной отдаленные результаты неизвестны.

В., 23 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на аменорею в течение 10 мес, огрубение голоса, рост волос на лице, угри на коже. Менструации — с 13 лет, установились сразу, наступают через 27—31 день, длятся по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. С марта 1981 г. — аменорея.

Объективно: больная среднего роста, несколько повышенного питания, масса тела — 72 кг., рост — 165 см, телосложение с расширенным плечевым поясом, АД 18,0/10,7 кПа (135/80 мм рт. ст.). Многочисленные угри на коже лица, груди, ягодицах. Кожа смуглая с багровым оттенком на лице. Выраженное оволосение на лице в виде усов, бороды. Молочные железы недостаточно развиты, соски и околососковый кружок слабо выражены. Имеются грубые стрии фиолетового цвета на передней брюшной стенке и более нежные на коже бедер. Генитальный статус: гипертрофия клитора, матка небольших размеров, плотная, подвижная, придатки не пальпируются.

Лабораторные и инструментальные обследования: кольпоцитология — атрофический тип мазка; концентрация 17-ОКС — 445,8 мкмоль/сут (норма 20,8—39,9 мкмоль/сут), 17-ОКС — 45,5 мкмоль/сут (норма 3,6—20,8 мкмоль/сут), ДЭА — 86,4 мкмоль/сут (норма 0,69—6,22 мкмоль/сут), содержание холестерина по Ильку — 3,9 ммоль/л. Общий белок крови — 65,2 г/л. РСК на токсоплазмоз отрицательная, гипергликемический тип пробы на толерантность к глюкозе (4,3—8,3—8,0—7,0—6,5—6,1 ммоль/л).

Глазное дно — диски зрительных нервов розовые, с четкими границами, вены умеренно расширены.

Краниограмма: умеренно выраженный лобный гиперостоз, турецкое седло нормальных размеров, структура сохранена. При консультации с терапевтом у больной обнаружена миокардиодистрофия, Н₁. Общий анализ крови и мочи патологических изменений не выявил.

Ретропневмоперитонеум с томографией надпочечников: на рентгенограммах забрюшинного пространства отмечается равномерное распределение газа. На срезах, в проекции надпочечника слева определяется плотное неправильной формы образование, накладывающееся на тень верхнего полюса почки. Справа надпочечник обычной формы. Диагноз — объемный процесс левого надпочечника.

На основании клинического проявления опухоли, рентгенологических и лабораторных данных у больной диагностирована гормонально-активная опухоль коры левого надпочечника, протекающая по типу смешанной опухоли — кортикоандростеромы.

14/II—1982 г. у больной удалена покрытая капсулой опухоль левого надпочечника (10×12 см) округлой формы, темно-багрового цвета. На разрезе — участки некроза.

Гистологически констатирована трабекулярная кортикостерома надпочечника с маляризацией. Несмотря на проведенный курс лучевой терапии больная умерла через 5 мес после операции от метастазов.

М., 26 лет, поступила в 1980 г. на обследование в гинекологическое отделение с жалобами на отсутствие менструации в течение 4 лет, усиленный рост волос на лице, ухудшение зрения. Менструации с 14 лет, установились сразу, наступают через 27—28 дней, длятся по 3 дня. Последняя менструация была в феврале 1976 г. Половая жизнь — с 21 года. В июне 1979 г. находилась в гинекологическом отделении Республиканской клинической больницы ТАССР с подозрением на андробластому правого яичника. Сделана лапаротомия без предварительных гормональных исследований. На операции оказалась фолликулярная киста правого яичника, которая была вышущена. Выписана без соответствующего обследования.

Объективно: правильного телосложения, маскулинизированного типа, масса тела — 58 кг, рост — 160 см. Гирсутизм андрогенного типа на лице, животе, бедрах, голенях. Молочные железы развиты удовлетворительно. Со стороны внутренних органов патологий не обнаружено, АД 16,0/12,0 кПа (120/90 мм рт. ст.).

Генитальный статус: наружные половые органы развиты нормально, гипертрофия клитора (4—5 см). Слизистая влагалища и шейки матки — без особенностей. Влагалище некровавшей, шейка небольшая, матка гипопластична. Придатки не пальпируются. Гинекография: на фоне газа контурируются тени матки (4×6 см), правого яичника (3×2 см), несколько увеличенного левого яичника (4×2,5 см). Полость матки небольшая, треугольной формы. Трубы проходимы.

Дополнительные исследования: на глазном дне диски зрительных нервов розовые, границы четкие, калибр сосудов не изменен. Краниограмма — умеренно выраженный лобный гиперстоз, продавленность борозд поперечного и сигмовидного синусов. Турецкое седло в норме. Пневматизация основной пазухи.

Базальная температура монофазная. Кольцоцитология — андрогенный тип мазка. Содержание 17-КС — 339,8 мкмоль/сут, 17-ОКС — 29,2 мкмоль/сут, ДЭА — 43,2 мкмоль/сут. Данные пневмосупраренографии с томографией и внутривенной урографии: на фоне газа определяется увеличение тени правого надпочечника размером 6×7 см, с четкими ровными контурами, гомогенной структуры, прилежит к верхнему полюсу почки. Почка несколько смещена книзу, выделительная функция не нарушена.

На основании анамнеза (аменорея), данных исследований гормонов коры надпочечников у больной диагностирована опухоль правого надпочечника с клиническим проявлением кортикоандростеромы.

Удалена опухоль правого надпочечника, гистологическое исследование которой выявило кортикоостерому. Через 3 нед. после удаления опухоли содержание 17-КС — 41,6 мкмоль/сут, 17-ОКС — 11,6 мкмоль/сут, ДЭА — 4,8 мкмоль/сут, почти исчез гипертрихоз, уменьшился клитор, изменился общий облик больной. Через 4 мес. восстановилась менструация а в 1983 г. наступила беременность, завершившаяся родами с благоприятным исходом для матери и ребенка.

А., 24 лет, поступила с жалобами на резко усиленный рост волос на теле, лице, руках, ногах, выпадение волос на голове в течение последних 3 лет. Менструации с 13 лет, наступают через 28—30 дней, длятся по 3—4 дня, с 16 лет менструация задерживалась до одного месяца. Половой жизнью не живет. Последняя менструация была год назад.

В сентябре 1981 г. впервые обратилась в косметологический кабинет по поводу роста волос, откуда была направлена в стационар. При обследовании выявлено содержание 17-КС — 27,0 мкмоль/сут, холестерина крови — 3,6 ммоль/л, половой хроматин — 10%, тест толерантности к глюкозе — без отклонений (4,0—6,7—6,8—6,4—5,0—3,8 ммоль/л). Функция щитовидной железы с применением радиоактивного йода — низкое поглощение. РСК на токсоплазмоз положительная (3+).

Получила 2 курса лечения хлоридином и сульфадимезином. В конце лечения начались носовые кровотечения, была госпитализирована в ЛОР-отделение, а затем переведена в гематологическое отделение 15-й городской больницы, в которой прошла гематологическое обследование и лечение. При исследовании функции надпочечников выявлено: содержание 17-КС — 312 мкмоль/сут, 17-ОКС — 33,1 мкмоль/сут. Выписана с диагнозом — постгеморрагическая анемия с промеллоцитарной реакцией костного мозга. Рекомендовано обследование у эндокринолога для уточнения диагноза вирильного синдрома. Поступила в гинекологическое отделение клиники с жалобами на отсутствие месячных и гирсутизм.

Объективно: больная правильного телосложения. АД (13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.)), пониженного питания, резко выраженный гирсутизм, гиперпигментация кожи живота. Наружные половые органы и матка гипопластичны, гипертрофия клитора, справа определяется небольшое увеличение яичника, слева — придатки не пальпируются.

Дополнительные методы исследования: кольцоцитология — низкий карпиопикнотический индекс, содержание 17-КС — 318,3 мкмоль/сут, 17-ОКС — 11,0 мкмоль/сут, ДЭА — 15,9 мкмоль/сут. На краниограмме отмечены признаки интракраниальной гипертензии. Супраренография с ретроградной урографией выявила объемный процесс левого надпочечника размером 12×12 см.

На основании клинического проявления опухоли и лабораторных данных был поставлен диагноз — андростерома.

8/IV 1982 г. удалена опухоль левого надпочечника. Гистологически установлена доброкачественная андростерома.

Через 3 мес после операции менструальная функция нормализовалась, гирсутизм не прогрессирует, прекратилось выпадение волос, клитор остается гипертрофированным.

Следовательно, при клиническом течении заболевания с признаками вирилизации (гипертрихоз, гипертрофия клитора, угри и др.) на фоне аменореи и высокого уровня андрогенных гормонов надпочечников необходимо проводить супрагенографию в сочетании с экскреторной урографией для своевременного выявления и лечения опухолей надпочечников либо направлять больных в эндокринологическое отделение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев О. В., Тараканов Е. И. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников. М., Медгиз, 1963.

Поступила 16 октября 1984 г.

УДК 618.214—006.36

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

И. М. Мазитов, Т. И. Тимофеева, Н. И. Раимова, И. М. Боголюбова

Кафедры акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Л. Капелюшник) и № 2 (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР, проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Представление о роли половой функции в развитии миомы матки до настоящего времени является дискуссионным. Некоторые авторы [3, 5] считают, что развитию миомы матки предшествует нарушение генеративной функции, другие [2, 4] этого не подтверждают. Больные с миомой матки способны забеременеть и доносить беременность, однако среди них встречаются женщины, у которых беременность не наступает, причем единственным отклонением от нормы в таких случаях выступает наличие одного или нескольких миоматозных узлов [6].

Сочетание миомы матки и беременности наблюдается у 0,21 — 3,8% женщин от общего числа беременных и чаще в возрасте 30 — 35 лет [1]. Бартер и Паркс (1958) установили, что у 5% больных, страдающих бесплодием, определяется миоматоз матки, поэтому, по их мнению, данная патология хотя бы частично является причиной их бесплодия. В данной работе представлены результаты изучения репродуктивной функции и течения родов у женщин с миомой матки, а также дана оценка консервативно-пластическим операциям на матке при наличии миомы и выявлено их значение в наступлении беременности в последующем.

Мы проанализировали истории болезни 4094 больных с миомой матки; из них у 143 проведено родоразрешение и 301 женщина подвергнута консервативно-пластической операции.

Возраст больных составлял в среднем $43,4 \pm 0,2$ лет. Первая менструация появилась в возрасте $14,9 \pm 0,1$ лет. До заболевания миомой матки нормопонирующий тип менструального цикла был у 63,7% женщин, антенопонирующий — у 24,1%, постпонирующий — у 11,3, нерегулярные менструации — у 0,98%. Таким образом, до развития миомы матки у больных менструальная функция не была изменена. С момента возникновения опухоли у 57,1% женщин были выявлены нарушения по типу гиперполименореи, гиперменореи, полименореи, менометрфрагии, метрфрагии и др.

94,2% обследованных жили половой жизнью, которая была начата у них в среднем с 22,6 лет. У 12,8% из них было выявлено бесплодие. 26,9% женщин, живущих в бесплодном браке, начали половую жизнь в 30 лет и старше.

Беременность имели 87,9% женщин, в первый год половой жизни забеременели 77,6%, во второй — 16,2%, в третий год и позже — 6,2%. Обследованные имели в среднем около 5 беременностей. Эти данные свидетельствуют о том, что у женщин, у которых в дальнейшем развилась миома матки, генеративная функция не была снижена. Миома матки выявляется в основном в возрасте ближе к 35 годам и старше, и женщины до возникновения опухоли успевают забеременеть и родить.