

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.

Беременность и роды у больных с миомой матки протекают с осложнениями, что требует от врача-акушера особого к ним внимания.

Нами проведено родоразрешение 143 женщин с миомой матки. Из них 120 (83,90%) беременных были старше 30 лет и только 23 (16,1%) — в возрасте от 24 до 30 лет. У 112 женщин роды проведены консервативно, и у 31 произведено кесарево сечение. 82 женщины были первородящими, у 27 из них в анамнезе отмечены аборт (у 11 — артифициальные, у 16 — самопроизвольные); 61 была повторнородящей, у каждой в анамнезе указано по несколько аборт (от 1 до 20).

Миома матки до родов диагностирована у 89,5% беременных. У остальных (10,5%) миоматозные узлы были обнаружены только в последовом или в послеродовом периодах при ручном обследовании матки, предпринятом по поводу маточного кровотечения и (или) во время кесарева сечения (у 7 из 15).

У 10 женщин с консервативным родоразрешением диаметр опухоли достигал 10 см и более, у остальных был равен 2—7 см. Миоматозные узлы располагались субсерозно, интерстициально или смешанно. У 73,2% женщин узлы локализовались в верхних отделах матки, у 18,8% — в области перешейка матки, у 8% — одновременно в верхних отделах матки и в области перешейка. У 126 (88,4%) беременных было головное предлежание плода и у 17 (11,6%) — тазовое. При консервативном родоразрешении раннее отхождение околоплодных вод наблюдалось у 17% рожениц, слабость родовой деятельности — у 27,7%, частичная отслойка низко расположенной плаценты — у 0,9%. Следовательно, роды протекали с осложнениями у большинства больных с миомой матки.

У 47 (32,9%) родильниц были осложнения в последовом и раннем послеродовом периодах: у 16 — плотное прикрепление плаценты с маточным кровотечением, у 4 — дефект плаценты и у 27 — гипотоническое кровотечение с кровопотерей от 0,4 до 1,2 л. Установить зависимость величины кровопотери и частоты возникновения послеродовых кровотечений от размера миоматозных узлов нам не удалось.

При консервативном ведении родов у 9 (8%) женщин они закончены наложением акушерских щипцов и у 13 (11,6%) — вакуумэкстрактора из-за первичной или вторичной слабости родовой деятельности и развивавшейся гипоксии плода.

В послеродовом периоде у 25% родильниц отмечена субинволюция матки и у 5,4% — длительная субфебрильная температура. Кесаревым сечением родоразрешена 31 (21,7%) беременная с миомой матки (20 первородящих и 11 повторнородящих). Показаниями к этой операции служили множественные миоматозные узлы (у 16), шеечная миома (у 1), рецидив миомы матки при данной беременности (у 4) и акушерская патология, развившаяся в родах (у 10).

Из 301 больной, подвергшейся консервативно-пластической операции, у 151 (50%) нарушений менструальной функции не было. Первичное бесплодие отмечено у 77 (25,6%) больных, вторичное — у 19 (6,3%); 11 женщин половой жизнью не жили.

Множественные миоматозные узлы наблюдались у 73 женщин, у остальных были одиночные узлы, расположенные субсерозно, интерстициально или субмукозно. Миомэктомия была произведена 280 больным, дефундация — 8, высокая ампутация — 9 и межпридатковая гистеротомия — 4.

После операции репродуктивная функция прослежена у 79 женщин детородного возраста. Беременность наступила у 38 из них, причем у 26 с двухфазным менструальным циклом и у 12 с ановуляторным циклом и недостаточностью I или II фазы цикла после проведения корригирующей гормональной терапии. У 33 женщин беременность закончилась нормальными родами, у 2 — кесаревым сечением. У 3 женщин, которые не соблюдали рекомендаций по предохранению от беременности в течение 6 мес после операции, беременность наступила спустя 3 мес после миомэктомии и закончилась у 2 из них самопроизвольным прерыванием через 2 и 5 мес, у одной была диагностирована шеечная беременность.

По данным литературы, частота возникновения рецидивов миомы матки колеблется от 15 до 45%. Несмотря на это, операция миомэктомии у молодых женщин, страдающих бесплодием, является оправданной и приблизительно в 50% дает положительные результаты. Такие больные после миомэктомии должны не менее 6 мес предохраняться от беременности. В случае наступления беременности их следует отнести к группе риска по невынашиванию и возможным осложнениям в виде развития шеечной беременности, предлежания или отслойки плаценты, а также разрывов матки по рубцу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки. М., Медицина, 1981.— 2. Козаченко В. П., Стасеева В. И., Козаченко М. А., Улья-

нова А. И. В кн.: Фибромиома матки. Кишинев, 1976.—3. Летучих А. А., Басин Б. Л. и др. Там же.—4. Паллади Г. А., Штемберг М. И. и др. Там же.—5. Щербачков А. Е. О влиянии гормонотерапии на некоторые звенья стероидного обмена у больных с фибромиомой матки. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1971.—6. Джонес Х., Рокк И. Миома матки и бесплодие. В кн.: Бесплодный брак. М., Медицина, 1983.—7. Barter R. H., Parks J. Clin. Obstet. Gynecol., 1958, 1, 519.

Поступила 17 апреля 1984 г.

УДК 616.248—02

О НЕЙССЕРИАЛЬНОМ И СТАФИЛОКОККОВОМ ВАРИАНТАХ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Акад. АМН СССР А. Д. Адо, Т. А. Червинская, А. М. Мукатова

Институт иммунологии (директор — акад. АМН СССР Р. В. Петров) МЗ СССР, Москва

Бронхиальную астму целесообразно рассматривать в настоящее время как семейство болезней с различной этиологией и отчасти патогенезом. Эти болезни объединены в нозологическую единицу «бронхиальная астма» по характерному общему признаку — приступам удушья вследствие бронхоспазма, отеку слизистой оболочки бронхов и закупорки бронхов отделяемым секретом. В 1969 г. А. Д. Адо и П. К. Булатовым была разработана клинико-патогенетическая классификация бронхиальной астмы, однако большое различие клинических форм и вариантов требует дальнейшей работы над классификацией этого тяжелого заболевания. Хорошо изучены варианты неинфекционной бронхиальной астмы: бытовой, клещевой, эпидермальной, пылевой, пищевой и пр. Согласно современным представлениям [4], инфекционная астма — это также семейство заболеваний с различной этиологией, патогенезом и клиникой, обусловленных непатогенными микробами-возбудителями. Нами [4] на основании обследования 109 больных бронхиальной астмой выявлены некоторые дифференциально-диагностические признаки нейссеральной и стафилококковой астмы. Для первой характерны катаральная риносинусопатия, скудная слизистая мокрота, умеренные лейкоцитоз и эозинофилия; для второй — гнойно-полипозная риносинусопатия, обильная гнойно-слизистая мокрота, выраженные лейкоцитоз и эозинофилия при обострении; иммунодефицитное состояние по содержанию иммуноглобулинов А, М, G, Е не обнаружено.

Настоящая работа представляет итог дальнейшего изучения клинико-лабораторных и аллергологических показателей у больных нейссеральной и стафилококковой бронхиальной астмой.

Обследовано 67 больных инфекционной бронхиальной астмой с легким, среднетяжелым и тяжелым течением в фазе умеренных клинических проявлений (стадии III₁, III₂, III₃ по А. Д. Адо и П. К. Булатову, 1969). Распределение больных по тяжести течения заболевания представлено в табл.1. Всем больным проводилось обще-

Таблица 1

Распределение больных по группам в зависимости от течения заболевания

Группы больных	п	Степень тяжести заболевания		
		III ₁	III ₂	III ₃
1-я	40	6	32	2
2-я	27	2	20	5

клиническое, бактериологическое (посев мазков из зева, посев назального секрета и бронхиального смыва) и аллергологическое (аллергологический анамнез, скарификационные тесты с небактериальными отечественными стандартными аллергенами, внутрикожные тесты с бактериальными аллергенами Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии, провокационные ингаляционные тесты) обследования. Функцию внешнего дыхания исследовали на спирографе СГМ-1; изменение бронхиальной проходимости при провокационных тестах [1] регистрировали пневмотахометром. Ингаляции аллергена проводили ингалятором АИ-1.

По результатам внутрикожных и провокационных ингаляционных тестов, а также особенностям клинического течения были выделены две группы больных: у 40 из них «ведущим» микробом-возбудителем была *Neisseria perflava* (1-я группа), у