

Анализ показал, что взаимосвязь между массой тела плода и количеством оранжевых клеток менее выражена, хотя и достоверна. Следует отметить, что у 3 недоношенных новорожденных с массой тела менее 2500 г число оранжевых клеток в амниотической жидкости составляло более 50%, при этом у них не было ни малейших проявлений дистресс-синдрома в постнатальном периоде. Исследование тромбопластической активности в этих случаях также подтвердило достаточную зрелость плода — околоплодные воды ускоряли время свертывания крови.

Проведенное у 32 женщин определение тромбопластической активности показало, что околоплодные воды при зрелом плоде ускоряют время свертывания крови на 40—90 с по сравнению с контролем ($P < 0,001$).

Таким образом, цитологическое исследование амниотической жидкости выявило тесную связь между сроком беременности и количеством оранжевых клеток. Такие же данные получены и другими авторами [1, 7]. Нами установлено, что при необходимости досрочного родоразрешения содержание оранжевых клеток в амниотической жидкости более 2% позволяет рассчитывать на достаточную адаптацию новорожденного. В этом случае риск гибели новорожденного вследствие его недоношенности значительно меньше, чем от основной патологии, например от гемолитической болезни.

Кроме указанного выше сообщения, мы не нашли в доступной литературе сведений об использовании определения тромбопластической активности околоплодных вод для суждения о степени зрелости плода. Поскольку тромбопластин характеризуется высоким содержанием фосфолипидов, можно предположить определенную взаимосвязь между тромбопластической активностью околоплодных вод и содержанием в них сурфактанта. По нашим данным, ускорение времени свертывания крови на 40 с свидетельствует о зрелости плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Паллади Г. А., Марку Г. А., Куча Т. Г. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии. Кишинев, 1973.—1. Паллади Г. А., Метакса Я. В., Марку Г. А. Некоторые особенности гомеостаза матери и плода. Кишинев, Штинница, 1980.—3. Бэбсон С. Г., Бенсон Р. К., Пернолл М. Л., Бенда Г. И. Ведение беременных с повышенным риском и интенсивная терапия новорожденного. М., Медицина, 1979.—4. Brosens J. A., Gordan H. J. *Obstet. Gynec., Brit. Gwlth.*, 1966, 73, 2.—5. Caffee H., Eldor A., Hornshstein E. В кн.: Ежегодник по акушерству. 1979. Под ред. Р. М. Питкина. М., Медицина, 1981.—6. Hastwell C. Там же.—7. Parmley T., Miller E. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1969, 105, 3.

Поступила 19 октября 1984 г.

УДК 618.4—006.6+618.14—007.61]—02:616—008.6:[577.175.52±577.175.823

УРОЭКСКРЕЦИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ И СОДЕРЖАНИЕ СЕРОТОНИНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ И РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

М. Р. Сафина

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.— канд. мед. наук Р. Х. Ахметзянов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института, Республиканский онкологический диспансер (главврач — А. К. Мухамедьярова) МЗ ТАССР и городской онкологический диспансер (главврач — Ф. М. Хайруллин), г. Казань

Наличие комплекса нейроэндокринных нарушений у 60—70% больных предраком эндометрия и раком тела матки [1, 7] может быть охарактеризовано как клиническое проявление повышенной активности гипоталамо-гипофизарной системы, что позволило некоторым авторам [3] рассматривать этот патогенетический вариант развития заболевания как гипоталамический. Однако при этом остается малоизученный обмен биогенных аминов, оказывающих регулирующее влияние на активность гипоталамуса [2, 3, 5, 6].

Задачей настоящего клинико-лабораторного исследования являлось изучение уроэкретции катехоламинов (норадреналина и адреналина) и содержание серотони-

на в крови у больных предраком эндометрия и раком тела матки, а также выяснение их роли в развитии данных патологических процессов с учетом нейроэндокринных и метаболических нарушений в организме. Экскрецию норадrenalина и адреналина, а также содержание серотонина в венозной крови изучали у 45 больных раком тела матки и у 21 больной с гиперпластическими процессами эндометрия, раком тела матки и у 21 больной с гиперпластическими процессами эндометрия, 171. О выраженности нарушений углеводного и жирового обменов судили по степени ожирения и уровню гликемии натощак и после стандартной нагрузки глюкозой.

В контрольную группу вошли 10 здоровых женщин в периоде менопаузы без признаков обменных нарушений.

У 45 больных раком эндометрия средний возраст составлял 57,6 лет. У 34 больных заболевание развилось на фоне постменопаузы продолжительностью от 1 до 25 лет. В патогенезе рака эндометрия существенная роль принадлежит гиперэстрогемии, которая является следствием эндокринного дисбаланса. Нарушения гормонального гомеостаза у данных больных проявлялись в виде позднего начала менструаций (средний возраст — 15,4 года, у 23 больных — с 15 лет и старше); первичного и вторичного бесплодия (у 7 женщин); пониженной репродуктивной функции (число беременностей составляло в среднем 4, число родов — 1,6); позднего наступления менопаузы (у 25 больных после 50 лет). У 14 больных рак эндометрия сочетался с миомой матки. Изучение яичников после хирургического лечения этих больных выявило наличие микрофолликулярных кист (у 12), текомы (у 2) и гранулезоклеточной опухоли (у 1). Обнаруженные в половых железах изменения могут обуславливать гиперэстрогемию и последующие пролиферативные процессы в эндометрии [5].

С учетом изученных Я. В. Бохманом (1972) патогенетических особенностей болезни рака тела матки были разделены на две группы: 1-ю составили 25 женщин, у которых рак развился на фоне выраженных нейроэндокринно-метаболических нарушений в организме, 2-ю — 20 больных, у которых эндокринно-метаболические нарушения отсутствовали или были выражены слабо.

У 9 больных 1-й группы был клинический сахарный диабет (гликемия натощак — выше 5,5 ммоль/л), выявленный в пожилом возрасте, у 10 — латентный диабет. У всех женщин этой группы имелось ожирение гипоталамо-гипофизарного или смешанного генеза, причем избыточная масса тела у 19 из них превышала нормальную на 30—100%. Гипертоническая болезнь констатирована у 22 пациентов, вегетосудистая дистония — у 6.

У одной больной 2-й группы был выявлен латентный сахарный диабет, у 10 — масса тела превышала норму на 10—30%. Гипертонической болезнью страдали 6 женщин.

В 3-й группе обследована 21 больная (5 больных рецидивирующей железистой или железисто-кистозной гиперплазией, 7 — рецидивирующим полипозом и 9 — атипической гиперплазией эндометрия). Женщины были в возрасте от 45 до 65 лет. У 14 больных в соскобах эндометрия, произведенных в предшествующие 5 лет (от 2 до 9 раз), были обнаружены железисто-кистозная гиперплазия, полипы, атипическая гиперплазия эндометрия. У 4 больных, оперированных по поводу атипической гиперплазии эндометрия, в удаленном препарате матки был диагностирован начальный рак. Эндокринно-обменные нарушения у женщин этой группы проявлялись в виде ожирения (у 17), клинического (3) и латентного сахарного диабета (6). У большинства больных выявлены признаки гиперэстрогемии: ановуляторные маточные кровотечения, бесплодие, позднее наступление менопаузы. Как видно из приведенных данных, изученные нами патогенетические механизмы развития рака и гиперпластических процессов аналогичны.

Таким образом, ведущими синдромами гипоталамических нарушений у больных предраком эндометрия и раком тела матки являются нейроэндокринный и вегетосудистый, проявившиеся ожирением, сахарным диабетом пожилых, нарушениями функций яичников и у отдельных больных дисфункцией щитовидной железы, гипертонией или вегетосудистой дистонией.

Показатели уроекскреции катехоламинов у обследованных больных представлены на рис. 1. У больных всех групп отмечено повышение уровня норадrenalина и адреналина по сравнению с таковыми в контроле. При этом количество экскретированного норадrenalина возрастало как у больных раком 1-й ($P < 0,01$) и 2-й ($P < 0,05$) групп, так и у лиц с гиперпластическими процессами эндометрия ($P < 0,05$). Повышение экскреции адреналина было менее значительным, а у больных 2-й группы имело лишь тенденцию к увеличению по сравнению с показателями здоровых женщин. Приведенные данные свидетельствуют о симпатикотонической настроенности организма при данной патологии.

Следует отметить, что наличие нарушений метаболизма катехоламинов выявляется уже на стадии предопухолевых процессов. Таким образом, определение уровня катехоламинов может служить дополнительным критерием в формировании групп риска по возникновению рака тела матки.

У больных раком и предраком эндометрия констатировано снижение концентрации серотонина в крови по сравнению с таковым в контроле (рис. 2). Полученные

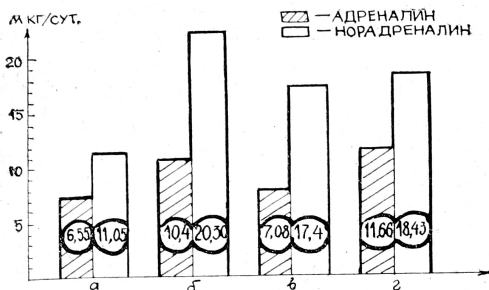


Рис. 1. Уровень экскреции катехоламинов у больных предраком и раком тела матки: а — контрольная группа, б — больные 1-й группы, в — 2-й, г — 3-й.

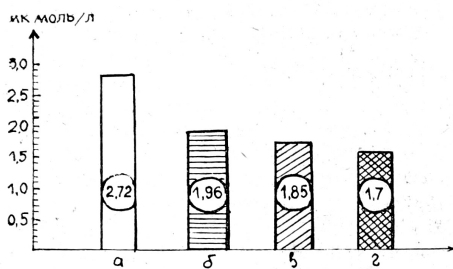


Рис. 2. Содержание серотонина в крови больных предраком и раком тела матки: а — контрольная группа, б — больные 1-й группы, в — 2-й, г — 3-й.

результаты показывают, что в метаболизме серотонина при предопухолевой патологии и раке тела матки происходят однонаправленные сдвиги, при этом прямой связи с эндокринно-обменными нарушениями не установлено. Поскольку рак и предопухолевые состояния эндометрия развиваются на фоне нарушений обмена стероидных гормонов [1, 7], можно предположить, что сдвиги в обмене катехоламинов и серотонина, влияя на гонадотропную функцию [2, 5, 6, 8], могут являться одним из патогенетических звеньев в развитии данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В. Рак тела матки. Кишинев, Штиница, 1972.— 2. Гомеостаз. Под ред. П. Д. Горизонтова. М., Медицина, 1981.— 3. Дильман В. М. Онкологическая эндокринология. Л., Медицина, 1983.— 4. Ирде Е. А. Фолликулярные кисты яичника и дисгормональные опухоли. Л., Медицина, 1966.— 5. Матлина Э. Ш., Меньшиков В. В. Клиническая биохимия катехоламинов. М., Медицина, 1967.— 6. Науменко Е. В., Попова Н. К. Серотонин и мелатонин в регуляции эндокринной системы. Новосибирск, Наука, 1975.— 7. Савельева Г. М., Серов В. Н. Предрак эндометрия. М., Медицина, 1980.— 8. Smythe G. A. Clin. Endocr., 1977, 7, 4.

Поступила 19 февраля 1985 г.

ГИГИЕНА

УДК 614.777(470.41)

СОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ ОХРАНЫ И РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОДНЫХ РЕСУРСОВ В ТАТАРСКОЙ АССР

М. М. Гимадеев

Кафедра коммунальной гигиены (зав.— проф. М. М. Гимадеев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

На заседании Политбюро ЦК КПСС 15 ноября 1984 г. при рассмотрении проектов Государственного плана экономического и социального развития СССР и Государственного бюджета СССР на 1985 г. была подчеркнута важность конкретизации путей решения экономических и социальных задач на последний, завершающий год