

мунологическими сдвигами в организме женщин к моменту родов. Характер иммунологических изменений зависит от продолжительности проводимой терапии: короткий курс лечения вызывает повышение уровня общих IgE в сыворотке крови рожениц, длительный, наоборот, — снижение. Продолжительная терапия приводит также к снижению содержания сывороточных IgA и ЦИК, что свидетельствует о ее гипосенсибилизирующем действии. Эффективность продолжительного курса комплексной терапии проявляется также и в уменьшении частоты осложнений в родах, необходимости оперативных вмешательств. Однако прогноз для плода не зависит от продолжительности лечения будущей матери, что оправдывает необходимость родоразрешения при отсутствии клинического эффекта проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева З. Ф., Шабалин В. Н. Иммунологические основы акушерской патологии. М., Медицина, 1984.— 2. Грищенко В. И. Современные методы диагностики и лечения позднего токсикоза беременных. М., Медицина, 1977.— 3. Молотиллов Б. А., Маянский А. Н., Поздняк Н. Д. Казанский мед. ж., 1982, 2.— 4. Петров-Маслаков М. А., Клименц И. И. Акуш. и гин., 1969, 7.— 5. Гашкова В., Матл И., Кашми И., Кочандрле В. Чехослов. мед., 1978, 1, 2.— 6. Gleicher N., Siegel J. Mt. Sinai J. Med., 1980, 47, 5.— 7. Karovic M., Rukavina D., Jongic S. Immunology of Reproduction. Sofia, 1982.

Поступила 24 декабря 1984 г.

УДК 618.17—008.6—082.168—036.868

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНУТРЕННИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ МАТКИ

М. И. Сабсай, В. А. Клейн, Т. А. Кравчук, Г. П. Лазаричева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Л. Ф. Шинкарева), кафедра госпитальной терапии № 2 (зав.—проф. В. В. Трусов) Устиновского ордена Дружбы народов медицинского института

Достижения гинекологической эндокринологии позволили значительно сузить круг показаний к оперативному лечению при генитальном эндометриозе. Однако при внутреннем эндометриозе матки, особенно в сочетании с миомой, экстрагенитальной патологией, и значительной распространенности эндометриальной инвазии возможности консервативной терапии весьма ограничены. Хирургическое лечение надежно избавляет больных от тяжелых, анемизирующих маточных кровотечений и болевого синдрома, но удаление такого эндокринно-зависимого органа, как матка, нарушает целостность сложной нейрорефлекторной системы и неизбежно приводит к плюригландулярным нарушениям с развитием вегетососудистых и обменно-трофических дисфункций, подчас не менее тягостных, чем предшествовавшее заболевание [1, 2, 6].

Мы проанализировали отдаленные исходы хирургического лечения 60 больных внутренним эндометриозом матки и сравнили их с отдаленными результатами консервативного лечения 32 пациенток, получавших длительную гормональную терапию (инфекундин, бисекурин, нон-оволон, тестостерон-пропионат, 17-оксипрогестерон-капроат). Показаниями к операции являлись клинические признаки значительной распространенности процесса (ациклические анемизирующие маточные кровотечения, стойкий болевой синдром), сочетание внутреннего эндометриоза с миомой матки и неэффективность консервативной терапии.

Средний возраст оперированных больных и леченных консервативно был одинаковым и составлял $43,0 \pm 1,4$ года. Сведения об объеме операций представлены в табл. 1.

Во всех наблюдениях диагноз внутреннего эндометриоза матки был подтвержден гистологическим исследованием.

Сравнительную оценку отдаленных результатов проводили через 7—10 лет после окончания лечения, в возрасте от 50 до 54 лет. Именно этот период является пиковым в возрастной перестройке гомеостаза женского организма [6]. В первую очередь нас интересовали возможность и условия рецидива основного заболевания и общая

Таблица 1

Объем операций у больных
внутренним эндометриозом матки

Объем операций	Число больных
Надвлагалищная ампутация матки	
с сохранением придатков . . .	21
с удалением придатков с од- ной стороны	7
с удалением придатков с обоих сторон	9
Экстирпация матки	
с сохранением придатков . . .	7
с удалением придатков с од- ной стороны	9
с удалением придатков с обоих сторон	7

ли можно объяснить только изменением гормонального режима в организме. Результаты исследования гормонального спектра крови (ФСГ, ЛГ и эстрадиола) радиоиммунологическим методом у 16 пациенток через 7—10 лет после операции свидетельствуют о значительном диапазоне колебаний концентрации гонадотропинов независимо от объема операции (ФСГ — от 6,1 МЕ/л до 87,7 МЕ/л при постменопаузальной норме 40—150 МЕ/л, ЛГ — от 6,6 МЕ/л до 49,3 МЕ/л при постменопаузальной норме $30,9 \pm 10,6$ МЕ/л). Колебания концентрации эстрадиола в крови от 19,9 нг/л до 108,0 нг/л были существенно меньшими, чем у здоровых женщин репродуктивного периода (30—320 нг/л), причем отсутствие яичников не вызвало значительного снижения выработки эстрадиола, что указывает на его экстрагенитальное происхождение. Эти данные в связи с немногочисленностью и неоднородностью исследованного контингента женщин не дают нам оснований для сравнительных оценок и выводов, кроме того, что и в отдаленном послеоперационном периоде в организме сохраняются условия и факторы, способные вызвать рецидив пролиферативных процессов, в частности генитального эндометриоза.

В механизмах рецидива эндометриоза, помимо гормонального, существенную роль могут играть иммунологические реакции организма. Установлено [4], что у 98,5% больных генитальным эндометриозом в крови циркулируют комплексы антиген-антигено, в состав которых входят иммуноглобулины А, М, G. Эти комплексы появляются в результате специфического пролиферативного ответа лимфоидной системы организма на эндометриальные антигены [3]. Естественно полагать, что удаление эндометрия и его гетеротопических очагов будет сопровождаться снижением концентрации этих комплексов и, следовательно, иммуноглобулинов в крови. В то же время при радикально выполненных (в отношении очагов эндометриоза) операциях возможен рецидив, так как сохраняется иммунологическая напряженность. Косвенным подтверждением такого положения являются результаты проведенных нами исследований содержания иммуноглобулинов (по методу Манчини) в трех группах пациенток: после консервативного лечения с хорошими отдаленными исходами, надвлагалищной ампутации матки и ее экстирпации (табл. 2). Показатель достоверности разницы (P) вычислен для сравнимых между собой фракций иммуноглобулинов.

Как видно из табл. 2, максимальная концентрация иммуноглобулинов А и М наблюдалась в группе пациенток после консервативного лечения, хотя разница достоверна только по отношению к показателям тех женщин, которые перенесли экстирпацию матки. Концентрация иммуноглобулинов А и М у больных после надвлагалищной ампутации матки выше, чем после экстирпации матки. Это обстоятельство в какой-то мере может служить объяснением возможного механизма рецидива эндометриоза после консервативной терапии и надвлагалищной ампутации матки, когда в организме сохраняется эндометриальная ткань и возможно образование иммунных комплексов.

Что касается нейроэндокринно-обменных нарушений после операций по поводу эндометриоза матки, то, по нашим наблюдениям, на первый план выступает патологическая прибавка массы тела. Так, после оперативного лечения она наблюдалась

адаптация организма в послеоперационном периоде. Рецидив эндометриоза более вероятен после щадящих операций, а развитие нейроэндокринно-обменных нарушений — после радикальных.

В послеоперационном периоде пациентки оставались на диспансерном учете, ни у одной из них рецидива эндометриоза не наблюдалось. Естественно, ожидать рецидив можно только у больных после надвлагалищной ампутации матки при сохранении эндометриоидных элементов в области перешейка. Из 37 пациенток этой группы только 11 женщин в послеоперационном периоде получали противорецидивное гормональное лечение (бисекурин или 17-ОПК на протяжении 6 мес). 26 женщинам в связи с сопутствующей экстрагенитальной патологией гормональное лечение не назначали. Отсутствие рецидива эндометриоза в культе матки едва

Концентрация иммуноглобулинов А, М, G у больных внутренним эндометриозом после консервативного и оперативного лечения

Консервативное лечение (n=20)			Надвлагалищная ампутация матки (n=20)			Экстирпация матки (n=20)		
ИММУНОГЛОБУЛИНЫ, мкмоль/л								
А	М	G	A ₁	M ₁	G ₁	A ₂	M ₂	G ₂
14,25± ±1,75 A-A ₂ P<0,01	1,96± ±0,22 M-M ₂ P<0,05	68,93± ±5,69	12,56± ±1,19 A ₁ -A ₂ P<0,01	1,56± ±0,17 M ₁ -M ₂ P<0,05	76,89± ±5,19	6,37± ±0,75	1,09± ±0,14	63,25± ±5,06

в 66%, а после консервативного — в 41% случаев. Это обстоятельство подчеркивалось самими больными, которых беспокоило избыточное отложение жира в течение первого года после операции. Затем «ожирение» прекращалось и масса тела стабилизировалась. Однако колебания прибавки массы (от 5 до 14 кг) при индивидуальном соотношении с ростом, типом конституции не свидетельствовали об ожирении как болезни. Ни у одной пациентки прибавка массы тела не превышала 25% от исходной. В большой мере повышению массы тела способствует нездоровый образ жизни после операции — ограничение физических нагрузок и движения наряду с переданием в стремлении скорее выздороветь.

В комплексе психоэмоциональных нарушений ведущими являлись жалобы на ослабление памяти, рассеянность, невозможность сосредоточить внимание на чем-либо, раздражительность и плаксивость. Эти явления наблюдались часто как после операции, так и после гормонального лечения (соответственно 62—66% и 32—41%). Особого внимания заслуживают жалобы на расстройство сна, появление стойкой бессонницы, лишаящей больных полноценного отдыха и снижающей работоспособность. После оперативного лечения на бессонницу жаловалось 62% больных, после гормонального лечения — 50%. Нарушение сна, неустойчивый психоэмоциональный статус, снижение памяти, рассеянность — звенья одного процесса, свидетельствующие о патологической лабильности и дезадаптации корковых процессов у больных.

В симптомокомплексе нейровегетативной дисфункции преобладало повышение АД. С одинаковой частотой (у каждой второй пациентки) оно встречалось в обеих группах и колебалось от 21,3/13,3 до 26,6/14,6 кПа (160/100—200/110 мм рт. ст.). Однако клинические проявления климакса, которые наиболее тяжело переносятся женщинами, после гормонального лечения были в два раза реже. Так, приливы жара отмечались после операции у 66% женщин, после гормонотерапии — у 25%, приступы сердцебиения в покое — соответственно у 64% и 33%, повышенная потливость — у 46% и 25%, склонность к отекам — у 44% и 33% женщин. Выраженность этих проявлений после гормонального лечения была в два раза слабее, чем после оперативного. Если после операции тяжелый патологический климакс возник у 7 женщин, то после гормонального лечения — лишь у 2, что свидетельствует о его зависимости от наличия или отсутствия яичников к моменту наступления климакса. Так, после операции по поводу миомы с удалением яичников тяжелые вегетососудистые расстройства развивались в два раза чаще, чем при сохранении яичников [5]. Однако в наших наблюдениях из 7 пациенток с тяжелым патологическим климаксом после операции только у 4 была произведена экстирпация матки, у 3 — с удалением придатков. Следовательно, прогноз течения климакса определяет не только объем операции, а, по всей вероятности, и предшествующий патологический фон.

У всех 9 женщин с тяжелым патологическим климаксом эндометриоз развился на фоне предшествовавших нейроэндокринных нарушений (тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь), заболеваний печени, хронического алкоголизма (у 1).

Следовательно, полного восстановления здоровья не происходит ни после консервативного лечения, ни, тем более, после операции по поводу внутреннего эндометриоза матки, что определяет в дальнейшем необходимость постоянного диспансерного наблюдения и поэтапной реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях. Основное внимание должно быть направлено на профилактику нейроэндокринно-обменных нарушений и патологического климакса у этого контингента больных, для

этого необходимо широкое использование консультаций терапевта, невропатолога, эндокринолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки. М., Медицина, 1981.—2. Галлер Г., Ганефельд М., Яросс В. Нарушения липидного обмена. М., Медицина, 1979.—3. Давыдов С. Н. Акуш. и гин., 1978, 3.—4. Старцева Н. В. Там же, 1980, 3.—5. Супрун Л. Я. В кн.: Актуальные вопросы магнитобиологии и магнитотерапии. Ижевск, 1981.—6. Третьякова Л. М. Акуш. и гин., 1980, 6.

Поступила 17 июля 1984 г.

УДК 616.36—002.12/14—079.4—073.4—8

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛТУХ

Ю. Р. Камалов, М. В. Северов

*Кафедра терапии и профзаболеваний (зав.—акад. АМН СССР проф. Е. М. Тареев)
1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова*

Трудности диагностики природы желтухи общеизвестны. Клинико-лабораторные данные в настоящее время позволяют дифференцировать ее механический или паренхиматозный характер лишь у 40—80% больных. Подобное положение делает оправданным дальнейший поиск методов диагностики. Среди них обращают на себя внимание попытки применения двухмерного ультразвукового исследования (УЗИ) в оттенках серой шкалы. Быстрое усовершенствование аппаратуры позволило не только визуализировать паренхиматозные органы брюшной полости, но и оценивать состояние печени, поджелудочной железы и крупных желчных протоков. Это послужило основой использования УЗИ в решении задач дифференциальной диагностики желтух.

Обследовано 53 человека, госпитализированных в терапевтическую клинику в течение года в связи с желтухой, характеризовавшейся повышением уровня общего билирубина в сыворотке крови более 34 мкмоль/л.

УЗИ выполняли на аппарате Echoview-80 L фирмы Picker (США). Программа комплексного УЗИ включала оценку состояния печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, крупных желчных протоков и сосудов печени, а также определение объема свободной жидкости в брюшной полости.

После обследования все больные были разделены на две группы: в 1-ю вошли 8 человек, у которых было обнаружено расширение общего желчного протока, во 2-ю — 45 человек без этого признака. Расширение желчевыводящих путей — информативный признак препятствия оттоку желчи. В связи с подозрением на обструктивную желтуху больным 1-й группы проведено дополнительное обследование — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная холецистохолангиография или операционная холангиография. Диагноз механической желтухи подтвержден у всех: опухоль поджелудочной железы найдена у 5 больных, стриктура общего желчного протока — у 2, вентильный камень — у 1.

Анализ особенностей УЗИ печени у больных 1-й группы показал, что у 5 больных имеется расширение не только общего желчного протока, но и внутрипеченочных, причем желтуха у них сохранялась длительный срок (от 4 до 7 мес). У остальных 3 больных с давностью желтухи 1—3 нед внутрипеченочные желчные протоки, по данным УЗИ, оставались неизмененными. Уровень обструкции — сужения конечной части общего желчного протока — не удалось достоверно установить только у одной больной из-за выраженного метеоризма и недостаточно четкой визуализации протока. С помощью УЗИ причина нарушения оттока желчи правильно определена у 4 пациентов с опухолью поджелудочной железы и у одной с вентильным камнем в общем желчном протоке. У 3 больных причина осталась неуточненной: у 2 со стриктурой общего желчного протока вследствие хронического панкреатита без изменения размеров поджелудочной железы и у одного с опухолью поджелудочной железы при обследовании в связи с сопутствующим метеоризмом.