

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н. С. Маточные кровотечения в акушерстве. Киев, 1970.—2.  
Реутская Г. И. Система свертывания крови в родах и послеродовом периоде у женщин с внутриутробной смертью плода. Автореф. канд. дисс., Минск, 1970.—3.  
Скипетров В. П. Акуш. и гинек., 1966, 3.—4. Суслопаров Л. А. Механизм гемостаза в матке в родах, профилактика и ранняя диагностика его нарушений. Автореф. докт. дисс., Ленинград, 1977.—5. Wille P. Dtsch. Gesundh.—Wes., 1968, 23, 47.

Поступила 24 апреля 1978 г.

УДК 618.14—006.36:612.621.31

## СОДЕРЖАНИЕ ЭСТРОГЕННЫХ ГОРМОНОВ В ТКАНЯХ И МОЧЕ ПРИ МИОМАХ МАТКИ

*Канд. мед. наук И. М. Мазитов*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязудинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и кафедра биохимии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. Д. М. Зубаиров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Куршова*

**Реферат.** Исследовано количество эстрогенных гормонов в моче и тканях эндометрия, миометрия и миоматозных узлов у 10 больных миомой матки до операции в течение менструального цикла, а также в моче и в тканях матки после хирургического ее удаления. Установлено, что в содержании эстрогенов в миометрии и миоматозных узлах нет разницы. Это означает, что миоматозные узлы не проявляют повышенной способности к накоплению гормонов по сравнению с соседней неизменной мышечной тканью. Полученная слабая корреляционная зависимость эстрогенных гормонов, экскретируемых с мочой и содержащихся в тканях матки, не дает права только по определению количества эстрогенов в моче делать выводы об изменениях гормонального баланса в тканях матки. Тем более трудно лишь на основании изучения экскреции эстрогенных гормонов с мочой судить о их значении в возникновении миомы матки.

**Ключевые слова:** эстрогены, миома матки.

3 таблицы. Библиография: 3 названия.

Миома матки, являясь опухолью гормонозависимого органа, развивается только у женщин с функционирующими яичниками. Этим можно объяснить интерес к изучению эстрогенных гормонов при указанной патологии. В предыдущие годы при определении эстрогенов исходили главным образом от экскреции их с мочой. Между тем есть основание полагать, что это не всегда адекватно отражает истинную картину гормональных изменений в гормонозависимых органах, в частности в матке. Более достоверные данные о влиянии эстрогенов на ткани матки могут быть получены при непосредственном изучении их в эндометрии, миометрии и миоматозных узлах.

Целью настоящей работы явилось изучение корреляции между выделением эстрогенных гормонов при миомах матки с мочой и их содержанием в тканях матки. Исследования эстрогенов по фракциям в моче проводили в динамике 6 раз в течение менструального цикла по методу Брауна и соавт. (1957), экстракцию гормонов из ткани матки — эндометрия, миометрия и миоматозных узлов — осуществляли по методу Дисфалози и Линдквиста (1965), определение гормонов — по Брауну (1955).

Были обследованы 10 больных миомой матки (возраст — от 41 до 46 лет) до операции в течение одного менструального цикла на 1—2, 3—5, 7—8, 14—16, 21—22, 24—27-й дни и ткани матки у этих же больных после хирургического ее удаления. Оперативные вмешательства были приурочены к тем дням менструального цикла, когда определялись эстрогены в моче, чтобы иметь возможность сравнить полученные данные. Локализация миоматозных узлов была различной: субсерозно-интерстициальная, субсерозно-интерстициально-субмукозная, множественная интерстициальная, субсерозная. Ткани для изучения брали сразу же после операции. Расчет эстрогенов проводили на 1 г сырой ткани и выражали в  $мкг/г$ .

Данные о выделении эстрогенов с мочой приведены в табл. 1.

Полученные данные свидетельствуют, что в уровнях суммарной экскреции эстрогенов за менструальный цикл у больных миомой матки и у здоровых женщин нет существенных различий. Правда, у больных миомой матки не наблюдается резко выраженного овуляционного пика экскреции. Эстриол всегда остается наибольшим компонентом эстрогенных гормонов, хотя и его титр несколько снижен.

Результаты исследования эстрогенных гормонов в тканях представлены в табл. 2.

При составлении этой таблицы мы исходили из морфологического статуса эндометрия. Во время фазы пролиферации маточного цикла в яичнике развивается фол-

Экскреция эстрогенов с мочой у больных миомой матки

Фазы цикла	Эстрогены, <i>нмоль/сут</i>			
	эстрон	эстрадиол	эстриол	сумма
В дни кровотечения . . . . .	5,47±0,67	8,81±2,39	18,38±2,95	32,66±6,01
Фолликулярная . . . . .	22,27±3,66	12,41±2,64	27,88±4,2	62,56±10,5
Овуляторный максимум . . . . .	24,75±5,7	23,24±6,5	34,99±5,37	82,98±17,57
Лютеиновая . . . . .	12,18±2,74	14,68±6,39	27,74±3,4	54,6±12,53
В течение всего цикла . . . . .	16,5±1,81	14,35±2,68	27,46±2,15	58,31±6,64

Таблица 2

Содержание эстрогенов в тканях эндометрия, миометрия и миоматозных узлов у больных миомой матки

Фаза цикла	Ткань	Эстрогены, <i>мкг/г</i>			
		эстрон	эстрадиол	эстриол	сумма
Пролиферация	Эндометрий . . . . .	0,488±0,287	0,707±0,605	0,450±0,176	1,645±1,068
	Миометрий . . . . .	0,014±0,005	0,009±0,001	0,020±0,004	0,043±0,08
	Миоматозный узел . . . . .	0,032±0,003	0,041±0,002	0,034±0,002	0,107±0,007
Секреция	Эндометрий . . . . .	0,260±0,090	0,354±0,206	0,265±0,113	0,879±0,409
	Миометрий . . . . .	0,044±0,010	0,047±0,017	0,030±0,011	0,121±0,038
	Миоматозный узел . . . . .	0,031±0,022	0,038±0,017	0,027±0,004	0,096±0,043
В течение всего цикла	Эндометрий . . . . .	0,374±0,119	0,541±0,252	0,357±0,072	1,272±0,443
	Миометрий . . . . .	0,028±0,006	0,028±0,009	0,025±0,006	0,081±0,021
	Миоматозный узел . . . . .	0,031±0,012	0,039±0,012	0,030±0,004	0,100±0,028

ликулярная фаза. При наличии пролиферирующего эндометрия в яичнике обязательно находится растущий и зреющий фолликул. Обратного заключения делать нельзя, так как при наличии в яичнике фолликулярной фазы в эндометрии может и не быть фазы пролиферации. По тому же принципу во время секреторной фазы маточного цикла в яичнике желтое тело проходит фазу расцвета — лютеиновую фазу, но при наличии в яичнике желтого тела в стадии расцвета не обязательно развитие в эндометрии секреторной фазы.

Исследование содержания эстрогенов в тканях показывает, что в эндометрии оно намного выше, чем в миометрии и миоматозных узлах. В концентрациях эстрогенных гормонов в миометрии и миоматозных узлах нет достоверной разницы ( $P > 0,05$ ).

Нами проведено определение степени корреляции между эстрогенами и их фракциями, экскретируемыми с мочой и содержащимися в тканях матки — эндометрии, миометрии и миоматозных узлах; между эстрогенами, содержащимися в эндометрии и в миометрии; в эндометрии и в миоматозных узлах; в миометрии и в миоматозных узлах. Был вычислен также множественный коэффициент корреляции для эстрогенов, экскретируемых с мочой и содержащихся в тканях матки (табл. 3).

Как видно из табл. 3, множественный коэффициент корреляции отражает лишь слабую корреляционную зависимость между экскрецией эстрогенных гормонов с мочой и их содержанием в тканях матки.

Полученные данные указывают на отсутствие разницы в содержании эстрогенных гормонов в миометрии и миоматозных узлах. Это означает, что миоматозные узлы не проявляют повышенной способности к накоплению гормонов по сравнению с соседней неизменной мышечной тканью. Однако это не является еще достаточным

Соотношение эстрогенных гормонов, экскретируемых с мочой и содержащихся в тканях матки

Эстрогенные гормоны	Коэффициенты корреляции гормонов						Множественный коэффициент корреляции
	экскретируемых с мочой и содержащихся в тканях матки			содержащихся в эндометрии и других тканях матки		содержащихся в миометрии и миоматозных узлах	
	эндометрии	миометрии	миоматозных узлах	миометрии	миоматозных узлах		
Эстрон . . . . .	0,773	-0,396	-0,120	-0,007	-0,027	0,265	0,866
Эстрадиол . . . . .	-0,427	0,040	-0,207	0,041	0,584	0,432	0,432
Эстриол . . . . .	0,039	0,029	-0,296	0,156	0,028	-0,217	0,357
Сумма . . . . .	-0,142	-0,133	-0,442	0,073	0,478	0,393	0,452

основанием для заключения, что изменения взаимодействия ткани матки с гормонами не имеют патогенетического значения. Для ответа на этот вопрос необходимо дальнейшее изучение содержания эстрогенов в тканях матки, не пораженных миомой.

Ввиду слабой корреляционной зависимости эстрогенных гормонов экскретируемых с мочой и содержащихся в тканях матки, нельзя делать выводов об изменении гормонального баланса в тканях матки только по определению количества эстрогенов в моче. Тем более трудно судить о значении эстрогенных гормонов в возникновении миомы матки лишь на основании изучения экскреции их с мочой.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Brown J. V. Biochem. J., 1955, 60, 2.—2. Brown J. V., Bulbrook R. D., Greenwood F. C. J. Endocrin., 1957, 16, 1.—3. Diczfalusy E., Lindkvist P. Acta endocrin., 1956, 22, 3.

Поступила 14 декабря 1977 г.

УДК 618.14—006.36+618.5—089.888.61

АБДОМИНАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ  
У РОЖЕНИЦ С МИОМОЙ МАТКИ

Л. В. Чугунова, Л. Л. Талатина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. А. З. Уразаев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Под наблюдением находилась 31 роженица с миомой матки. У большинства женщин ведение родов было консервативным, у 9 произведено абдоминальное кесарево сечение. Показаниями к нему явились некроз миоматозных узлов, механические препятствия для родов при расположении узлов в области нижнего сегмента или шейки матки и нарушения родового процесса в связи с аномалиями родовых сил, неправильным положением плода и др. (преимущественно у пожилых первородящих).

Ключевые слова: миома матки, роды, кесарево сечение.  
2 иллюстрации.

В нашей клинике с 1973 по 1976 г. наблюдалась 31 роженица с миомой матки. У 22 роды проводили консервативно, у 9 — путем абдоминального кесарева сечения. Из 9 женщин, подвергшихся оперативному родоразрешению, 7 были первородящими в возрасте от 35 до 40 лет. Операцию кесарева сечения у всех женщин производили при доношенной беременности и нормальных размерах таза.

Миома матки явилась первичным показанием для операции у 5 женщин, причем у 3 был некроз фиброматозных узлов, диагностированный до операции. Обнаруженные во время операции фиброматозные узлы были подвергнуты энуклеации. У 4 женщин к кесареву сечению пришлось прибегнуть в связи с серьезной акушерской патологией (аномалией родовых сил, неправильным положением плода, рубцом на матке и др.). У 4 оперированных абдоминальное кесарево сечение сопровождалось надвлагалищной ампутацией матки, у 1 — экстирпацией матки без придатков.

При энуклеации фиброматозных узлов производили операцию в нижнем сегменте по Гусакову, в остальных случаях — корпоральное кесарево сечение.