



Рис. 2. Больной К., 33 лет. Рентгенограмма шеи в прямой проекции.

Справа видна тень резко увеличенной щитовидной железы. Воздушный столб трахеи смещен влево, так что его левый контур выходит за край позвоночника.

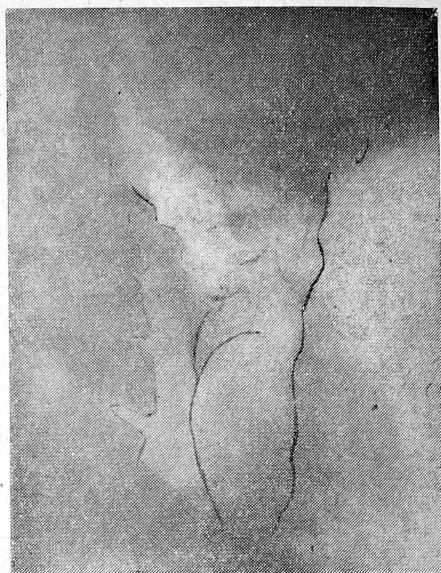


Рис. 3. Рентгенограмма того же больного в правой боковой проекции.

Выявляется тень увеличенной щитовидной железы, в среднем отделе ее — единичные плотные включения. Просвет трахеи на уровне C_7-D_1 конусовидно суживается за счет сдавления по передней и задней стенкам. Ретротрахеальное пространство на уровне C_7-D_1 расширено. Отмечается сближение подъязычной кости и хрящей гортани за счет давления снизу увеличенной опухолью щитовидной железы.

Прорастание стенки пищевода раковой опухолью щитовидной железы выявлено у 10 больных (2,4%). У 4 из них при тщательном обследовании не было обнаружено регионарных и отдаленных метастазов. Эти наблюдения подтверждают целесообразность в случаях больших размеров опухоли щитовидной железы производить рентгенологическое исследование пищевода даже при отсутствии жалоб на дисфагию.

Мы надеемся, что представленный анализ клинико-рентгенологических наблюдений будет способствовать своевременной и правильной интерпретации данных рентгенологических исследований области шеи при раке щитовидной железы, а тем самым — и выбору оптимального варианта терапии. На основании своих наблюдений рекомендуем проводить рентгенологическое обследование всех больных с поражением щитовидной железы при подозрении на малигнизацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухман А. И. Рентгенодиагностика в эндокринологии. М., «Медицина», 1975.
2. Рохлин Д. Г., Задворнова В. П. Ионизирующее излучение в диагностике и лечении рака щитовидной железы. М., «Медицина», 1972.

Поступила 1 декабря 1977 г.

УДК 618.14—006.36

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОМЫ МАТКИ

Канд. мед. наук И. М. Мазитов, Л. М. Мингалеева

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Обобщены данные многолетних наблюдений над больными миомой матки. В выявлении этой патологии большую роль играют профосмотры. Женщины, подвергшиеся сочетанной операции миомэктомии и овариоэктомии, подлежат дис-

пансерному наблюдению для своевременного выявления и коррекции эндокринных и вегетативных нарушений. Больным с миомой матки и эндометриозом необходимо назначать синтетические прогестины в течение 3—4 циклов после операции во избежание рецидивов при оставленных яичниках.

Ключевые слова: миома матки.

2 таблицы. Библиография: 3 названия.

Под нашим наблюдением находилось 700 больных миомой матки, что составляет 54,95% поступивших на хирургическое лечение. Отчетливая тенденция к росту опухоли проявляется чаще всего после 35 лет (см. табл. 1).

Средний возраст больных — $43,15 \pm 0,25$ лет. Наиболее часто больные поступают в клинику на хирургическое лечение в возрасте от 36 до 50 лет (79,43%).

Средний возраст появления первой менструации — $14,95 \pm 0,09$ лет. Следует подчеркнуть, что у 21,72% больных первые менструации пришли в 17 лет и позже. Это в известной степени можно объяснить тем, что появление менархе пришлось на тяжелые военные и первые послевоенные годы.

До заболевания миомой матки нормопонирующий тип менструального цикла был у 70,62% женщин, антепонирующий — у 22,96%, постпонирующий — у 5,83% и нерегулярные менструации — у 0,59%. Эти данные указывают, что до развития миомы матки изменений в менструальном цикле не было. Нарушения менструальной функции у больных миомой матки появляются после возникновения опухоли. С момента появления миомы матки нормальный менструальный цикл определялся у 46,50% больных, гиперменорея — у 10,51%, полименорея — у 5,25%, гиперполименорея — у 19,26%, пройоменорея — у 0,78%, пройолименорея — у 0,58%, опсополименорея — у 0,19%, опсоолигоменорея — у 0,19%, опсоменорея — у 1,17%, аменорея — у 0,39%, метроррагия — у 8,56%, менометроррагия — у 5,84% и менопауза — у 0,78%. Таким образом, у 52,72% женщин обнаружено нарушение менструальной функции. У 21,02% больных при поступлении в стационар была выявлена постгеморрагическая анемия — результат обильных или длительных менструальных кровоточений.

Половой жизнью жили 94,94% обследованных. 4,67% женщины начали половую жизнь в возрасте до 17 лет, 27,29% — от 18 до 20 лет, 46,86% — от 21 до 25 лет, 11,56% — от 26 до 30 лет, 2,63% — от 31 до 35 лет и 1,62% — старше 35 лет. Средний возраст начала половой жизни — 22,54 года. Бесплодие выявлено у 11,5% женщин, что не превышает частоту бесплодия у женщин, не страдающих миомой матки. Причем 26,92% женщин, живущие в бесплодном браке, начали половую жизнь в 30 лет и старше.

Беременности имели 88,5% женщин. На первом году половой жизни забеременели 74,67% женщин, на втором — 18,09%, на третьем году и позже — 7,24%. Эти данные указывают, что у женщин, у которых в дальнейшем развилась миома матки, генеративная функция не снижена. Таким образом, наши исследования не подтверждают данных А. Е. Щербакова (1971), что возникновению и развитию миомы у трети больных предшествует нарушение генеративной функции. Из числа забеременевших женщин рожавшие составили 92,84%. У 7,16% женщин все беременности закончились искусственными абортами.

Из табл. 2 видно, что 83,19% женщин имели от 1 до 3 родов. Однако это не говорит о том, что миома является уделом нерожавших и малорожавших женщин. Число родов у женщин, страдающих миомой матки, не отличается от средних данных демографической статистики по стране.

Диагноз миомы матки установлен у 34,24% женщин при профосмотре, у 27,82% и 19,65% соответственно — при обращении больных в консультацию в связи с маточным кровотечением и в связи с болями внизу живота, у 6,81% — во время беременности, у 1,56% миома матки выявлена во время операции по поводу других заболеваний, 2,53% женщины сами обнаружили опухоль в животе, 7,39% больных не помнят, при каких обстоятельствах была обнаружена миома матки.

Субсерозные фибромы наблюдались у 22,43% больных, интерстициальные — у 16,20%, субмукозные — у 6,54%; сочетание субсерозных узлов с интерстициальными было у 41,74%, с субмукозными — у 1,25%, с интерстициально-субмукозными — у 7,17%, сочетание интерстициальных узлов с субмукозными — у 4,67%. Интралига-

Таблица 1

Возрастной состав больных миомой матки

Возрастные группы	Число больных	%
До 20 лет	1	0,14
21—25	2	0,28
26—30	10	1,43
31—35	58	8,29
36—40	146	20,86
41—45	240	34,29
46—50	170	24,29
51—55	60	8,57
56—60	8	1,14
Свыше 61	5	0,71
Всего . .	700	100

Дегородная функция у больных миомой матки

Количество беременностей	Число беременных женщин	Количество родов											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI и более	
1	94	65											
2	70	38	27										
3	89	37	37	13									
4	82	21	44	7	4								
5	59	13	30	9	2	5							
6	53	11	18	17	3	4	0						
7	31	3	16	7	1	3	0	1					
8	30	3	8	10	4	4	0	1	0				
9	17	2	6	5	2	0	0	2	0	0			
10	23	2	13	2	2	0	2	2	0	0	0		
11 и более	41	4	11	11	5	5	3	0	0	0	0	0	2

ментарное расположение узлов констатировано у 5,30% больных; сочетание миомы с эндометриозом матки отмечено у 10,08%.

Объем оперативного вмешательства зависел от состояния шейки матки, придатков, характера опухолевого роста. У 25,30% больных произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков, у 38,75% — с одними или обоими придатками; простая экстирпация матки без придатков выполнена у 5,86% больных, с одними или обоими придатками — у 21,86%; энуклеация миоматозных узлов — у 6,25% и другие виды операции — у 2,08%.

Осложнения миомы матки в виде некроза миоматозного узла наблюдались у 7,02%, отек — у 6,40%, гиалиновые перерождения — у 7,02%, дегенеративные изменения — у 1,40%. Саркома матки обнаружена у 0,16%, малигнизация миомы матки — у 0,48% больных.

В послеоперационном периоде умерли 2 больные (0,28%). У одной больной смерть наступила на 17-й день после операции от тромбоза легочной артерии (больная страдала гипертонической болезнью в сочетании с атеросклерозом), у другой во время операции возникла глубокая гипоксическая кома при эндотрахеальном наркозе.

Гистологическое исследование эндометрия произведено у 542 больных. У 233 из них установлена фаза пролиферации, у 220 — фаза секреции, у 54 — железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 9 — гипоплазия его и у 18 — атрофия, у 5 — эндометрит, у 2 — туберкулез эндометрия и у 1 — аденокарцинома. Аденоматозные полипы наблюдались у 55 больных.

Анализ результатов гистологического изучения эндометрия не подтвердил выводов Е. В. Исаковой (1973) и других исследователей, что при миоме матки преобладают гиперпластические процессы эндометрия. Тем более мы не можем согласиться с Т. И. Тимофеевой (1973) и другими авторами, которые, основываясь только на данных морфологии эндометрия, считают, что при миоме матки резко повышена продукция эстрогенов. Из 433 больных миомой матки, имеющих ритмичный менструальный цикл, у которых изучалась гистология эндометрия, 171 женщина была оперирована в I половине цикла и 262 во II. У 187 (71,37%) оперированных во II половине цикла выявлена секреторная фаза эндометрия. Как известно, секреторная фаза маточного цикла бывает только при наличии функционирующего желтого тела в яичнике. Это дает возможность предположить, что у большинства больных миомой матки яичниковый цикл не нарушен.

При гистологическом изучении яичников, удаленных во время операций, обнаружены фолликулярные кисты — у 26,11%, лютеиновые — у 4,27%, сецернирующие цилиоэпителиальные кисты — у 11,23%, папиллярные — у 0,16%, сецернирующие псевдомуцинозные кисты — у 0,47%, пролиферирующие — у 0,16%, дермоидные

кистомы — у 0,63%, фибромы яичников — у 0,95%, текомы — у 0,16%, эндометриоз яичников — у 2,37% больных. Эти данные показывают, что миома матки часто (46,51%) сочетается с патологическими изменениями в яичниках.

ВЫВОДЫ

1. Профосмотры занимают первое место (34,24%) в выявлении миомы матки. Это подтверждает важность медосмотров для своевременного распознавания данной опухоли. Особо следует обратить внимание на работниц предприятий, где нет гинекологических кабинетов, и на «неорганизованные» контингенты женщин.

2. 60,6% больных миомой матки были в процессе операции подвергнуты одно- и двусторонним овариоэктомиям, неизбежно приводящим к различным сдвигам гормонального гомеостаза в организме. Поэтому рекомендуется диспансерное наблюдение за перенесшими операцию женщинами в женской консультации для своевременного выявления и коррекции эндокринных и вегетативных нарушений.

3. У каждой десятой больной миомы матки сочетается с эндометриозом. Таким больным во избежание рецидивов после операции при оставленных яичниках необходимо назначить в течение 3—4 циклов лечение синтетическими прогестинами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исакова Е. В. О некоторых микроскопических и гистохимических изменениях внутренних гениталий при миомах матки. Автореф. канд. дисс., Алма-Ата, 1973. — 2. Тимофеева Т. И. Клиника, диагностика, терапия и профилактика некоторых осложнений при миомах матки. Автореф. канд. дисс., Казань, 1973. — 3. Щербakov А. Е. О влиянии гормонотерапии на некоторые звенья стероидного обмена у больных фибромиомой матки. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1971.

Получена 10 января 1978 г.

УДК 616.24—002.2:[616.155.1+616.15]:577.158

ИЗОЭНЗИМНЫЙ СПЕКТР ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ И ЭРИТРОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А. Н. Копылов

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. В. Ф. Боговлянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. У больных острой интерстициальной пневмонией, а также хронической в период обострения изучен методом диск-электрофореза в полиакриламидном геле изоферментный состав лактатдегидрогеназы в сыворотке крови и гомогенатах эритроцитов. Применение данного теста в клинике внутренних болезней дает возможность более точно диагностировать поражение легочной ткани и контролировать эффективность лечения.

Ключевые слова: пневмония, изоферменты лактатдегидрогеназы.

1 таблица. Библиография: 5 названий.

У больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких в период обострения процесса и у больных острыми пневмониями нарушается легочная вентиляция, возникает гипоксия. Нарастание гипоксемии и гипоксии у больных крупозной пневмонией и пневмониями, осложненными легочным сердцем, вызывает значительные нарушения обмена веществ в организме, изменяет проницаемость клеточных мембран.

По современным представлениям в основе расстройств метаболизма лежат изменения ферментов и их изоферментов (ИФ) в сыворотке и тканях организма. В отечественной литературе имеется ряд работ, посвященных изучению изоэнзимов лактатдегидрогеназы (ЛДГ) при заболеваниях сердца, печени и злокачественных новообразованиях.

Значительно менее полно освещен вопрос об изоферментном спектре ЛДГ у больных с заболеваниями легких. Нам встретились лишь сообщения Т. Е. Гембицкой (1970) и Д. К. Крыжановского (1973), исследовавших изоферменты ЛДГ в сыворотке и тканях организма у больных с острыми и хроническими пневмониями.

С нашей точки зрения, наряду с определением ИФ ЛДГ в сыворотке крови у больных с легочной патологией важное значение имеет исследование изоэнзимов ЛДГ в гомогенатах эритроцитов.

Перед нами была поставлена задача проследить динамику ИФ ЛДГ в сыворотке крови и эритроцитах у больных с легочной патологией. Избранные тесты служили