

35 мм/ч). Введение лекарственных препаратов через дренажные трубки сочеталось с продолжением комплексной противовоспалительной терапии. Выздоровление наступало на 8—31-й день пребывания в стационаре, у больных сохранялась репродуктивная функция.

Таким образом, использование лапароскопии позволило у 57 пациенток из 59 предотвратить ненужную лапаротомию, сохранить репродуктивную функцию.

Этиологию заболевания по данным бактериоскопического и бактериологического исследования выделений из половых путей не всегда удавалось установить (48 исследований). Так у 4 больных флора отсутствовала. У 35 больных были выявлены стафилококки, причем у 17 — в сочетании с кишечной палочкой; у 3 — только кишечная палочка. Диплококки грамположительные вне- и внутриклеточные определялись у 2 больных, гонококки — у 1, трихомонады — у 18. Флора, устойчивая к обычно применяемым в клинике антибиотикам, выделена у 21 больной.

При ретроспективном анализе клинического течения заболевания у больных, подвергшихся пробной лапаротомии (33), выявляются ошибки, допущенные врачами (как хирургами, так и гинекологами) при обследовании. Нередко врачами не учитывается связь начала заболевания с менструацией или абортами. У всех больных с острым течением воспаления внутренних половых органов необходимо тщательно собрать анамнез. Ценную для дифференциальной диагностики информацию дают результаты двуручного исследования (отечность, болезненность придатков, пастозность в сводах), а также выявление патологического отделяемого из шейки матки.

Проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой диагностической значимости лапароскопии у больных с острым пельвеперитонитом. Показаниями для лапароскопии у больных с клиникой острого пельвеперитонита являются:

1) невозможность исключить острый аппендицит, разрыв пиосальпинкса, внематочную беременность;

2) безуспешность консервативной дезинтоксикационной, антибактериальной, десенсибилизирующей, рассасывающей, общеукрепляющей противовоспалительной терапии в течение 12—20 ч.

Дренирование брюшной полости и подведение антибиотиков к очагу поражения обеспечивают быстрое купирование воспалительного процесса, более раннюю реабилитацию больной и сохранение репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев В. А. Акуш. и гин., 1961, 4. — 2. Горишняк А. И. Лапароскопия при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. М., Медицина, 1972. — 3. Григорян А. В., Лохвицкий С. В., Нефедов Н. Е. Сов. мед., 1972, 7. — 4. Грязнова И. М. Рентгеноконтрастная пельвеография и эндоскопии в гинекологии. М., Медицина, 1972. — 5. Дехтярь Е. Г. Острый аппендицит у женщин. М. Медицина, 1971. — 6. Дорофеев П. М. Пельвeosкопия и ее диагностическое значение в гинекологии. Кемерово, 1965.

Поступила 20 марта 1979 г.

УДК 615.357:618.147:618.14—002.28

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПОЛОВЫМИ ГОРМОНАМИ

Л. Ф. Шинкарева, М. И. Сабсай, Т. А. Кравчук

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского
медицинского института*

Реферат. Гистологическое исследование эндоцервикса у 80 больных генитальным эндометриозом, принимавших с лечебной целью синтетические прогестины и гестагены, показало, что патологические процессы в эндоцервиксе не устраняются параллельно с исчезновением патологических процессов в эндометрии, а продолжают рецидивировать. Значительно учащается возникновение гиперплазии резервных клеток с переходом в плоскоклеточную метаплазию по мере увеличения длительности гормонотерапии. Это обстоятельство требует онкологической настороженности.

Ключевые слова: эндометриоз, эндоцервикс, влияние гормонотерапии.

1 таблица. Библиография: 9 названий.

Лечение генитального эндометриоза, несмотря на значительные успехи гинекологической эндокринологии, еще не достаточно эффективно. Этим определяется различие рекомендаций по лечебной тактике. Ряд клиницистов находят более целесообразным хирургическое вмешательство [8, 9], в то время как другие отдают предпочтение консервативной терапии [6, 7]. В. П. Баскаков и Ю. В. Цвелев (1978) считают (и мы присоединяемся к их мнению), что оба способа не должны быть конкурирующими, а служить методами выбора в зависимости от формы, локализации, распространенности патологического процесса, возраста пациентки, наличия сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.

Ввиду того, что при эндометриозе половых органов выполнение радикальной операции технически трудно осуществимо, а нередко (эндометриоз тазовой брюшины) вообще невозможно, консервативная терапия, в частности до- и послеоперационное гормональное лечение, приобретает особое значение. В ряде случаев гормональная терапия позволяет не только сохранить пораженный орган, но и восстановить генеративную функцию.

Для решения вопроса о характере и длительности гормонотерапии или объеме предстоящей операции большое значение имеет комплексное обследование больной и, особенно, квалифицированное заключение о состоянии шейки матки.

Известно, что как экзо-, так и эндоцервикс вовлекаются в течение гиперпластических процессов матки. Так, по данным Е. М. Вихляевой (1971), патологические изменения шейки матки у больных фибромиомой обнаруживались в 44%. Согласно нашим наблюдениям, у больных генитальным эндометриозом гиперпластические процессы эндоцервикса сопутствуют основному заболеванию более чем в 25%. Это обстоятельство накладывает особый отпечаток на динамику процесса в условиях длительной гормонотерапии. Необходимость выяснить влияние синтетических половых гормонов при лечении ими больных эндометриозом на состояние эндоцервикса определило цель и задачи настоящего исследования.

Под наблюдением находилось 80 женщин (возраст — от 27 до 52 лет) с внутренним эндометриозом матки, принимавших с лечебной целью синтетические прогестины (бисекурин — 68 чел.) и гестагены в сочетании с андрогенами (17-оксипрогестерон-капронат и тестостерон-пропионат — 12 чел.).

Лечение бисекурином проводили 21-дневными циклами по 1 таблетке 1 раз в сутки с 5-го по 25-й дни менструального цикла. В зависимости от клиники, распространенности процесса, переносимости препарата лечение продолжалось от 3 до 15 мес. 17-оксипрогестерон-капронат (12,5% раствор) и тестостерон-пропионат (5% раствор) вводили внутримышечно в одном шприце по 1,0 мл на 9, 14 и 19-й дни менструального цикла на протяжении 6—8 мес.

Для контроля за реакцией половых органов на гормонотерапию у всех больных в динамике лечения изучали экскрецию лютеинизирующего гормона гипофиза, проводили гистологическое исследование эндометрия, гистероскопию (у 45 больных), цервикоскопию, гистологическое и цитологическое исследование эндоцервикса. Диагноз внутреннего эндометриоза матки ставили на основании клиники заболевания (прогрессирующая альгодисменорея, циклическое увеличение размеров матки в зависимости от фаз менструального цикла, рентгенологические признаки, данные гистероскопии). Гистероскопию проводили с помощью прибора, смонтированного на базе смотрового цистоскопа [5].

Как видно из приведенной ниже таблицы, до лечения синтетическими прогестинами и гестагенами у 56,2% обследованных эндоцервикс был без патологических изменений. В динамике лечения мы имели возможность убедиться в том, что экзогенно вводимые гормоны оказывают неодинаковое влияние на различные отделы слизистой матки. Несмотря на явный клинически благоприятный эффект и регрессивные изменения в эндометрии, в ряде наблюдений гиперпластические процессы в эндоцервиксе не только сохраняются, но и прогрессируют, рецидивируют и возникают вновь. После окончания гормонотерапии неизменный эндоцервикс был лишь у 32,5% обследованных.

Особо следует отметить нарастание явлений плоскоклеточной метаплазии и появление признаков эпидермизации при приеме синтетических прогестинов (содержащих эстрогенный компонент) по мере увеличения продолжительности их приема. Так, если до лечения очаги плоскоклеточной метаплазии эндоцервикса имелись только у 6 из 80 больных, то после окончания лечения синтетическими прогестинами из 68 пациенток плоскоклеточная метаплазия выявлена у 21, причем у 9 — с признаками эпидермизации; если до лечения железистая гиперплазия, гиперплазия покровного эпителия и полипоз эндоцервикса констатированы у 25 из 80 пациенток, то после гормонотерапии эти явления были обнаружены вновь у 24 больных.

Состояние эндочервика в условиях длительной гормональной терапии у больных внутренним эндометриозом матки

Гистологическая структура эндочервика	Число больных			
	до лечения	после лечения		
		бисекурином — 3—5 циклов	бисекурином — свыше 6 циклов	17-ОПК и андрогенами
Эндочервик без патологических изменений	45	5	17	4
Железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндочервика	11	4	13	4
Полипоз	8	—	3	—
Гиперплазия покровного эпителия	6	—	—	1 дисплазия
Гиперплазия резервных клеток	4	4	—	—
Плоскоклеточная метаплазия	6	2	10	2
Эпидермизация	—	4	5	—
Атрофия	—	—	1	1
Всего	80	19	49	12

До лечения гиперплазия камбиальных (резервных) клеток была отмечена у 4 из 80 пациенток. После 3—5 циклов приема бисекурина гиперплазия резервных клеток наблюдалась у 4 из 19 пациенток. В дальнейшем по мере продолжения лечения все чаще встречается плоскоклеточная метаплазия (после 6—15 циклов приема бисекурина — у 15 из 49 больных), причем с исходом в эпидермизацию.

Патологические процессы эндочервика склонны к упорным рецидивам. Так, ни разу нам не удалось добиться излечения полипов, даже после тщательного их удаления и выскабливания цервикального канала. Так, у 5 пациенток после удаления полипов эндочервика и курса гормонотерапии в цервикальном канале обнаружена очаговая гиперплазия эндочервика.

На протяжении 10 лет, наблюдая более чем 500 пациенток, применявших с лечебной целью синтетические прогестины и гестагены (курсы лечения от 3 мес до 3—5 лет с небольшими перерывами), мы ни разу не зарегистрировали возникновения рака эндочервика. Однако, учитывая, что рак цервикального канала чаще является плоскоклеточным и предшествует ему плоскоклеточная метаплазия, мы полагаем, что в комплексе лечебных мероприятий у больных генитальным эндометриозом с сопутствующим поражением эндочервика помимо гормонотерапии должны применяться радикальные методы устранения патологических процессов в экто- и эндочервике.

По нашим наблюдениям, в редких случаях хорошие результаты дает криокоагуляция. Электрокоагуляция же, несмотря на достаточную радикальность, у больных генитальным эндометриозом нередко усугубляет гормональные нарушения и приводит к возникновению гетеротопий в шейке матки и в позадишеечной клетчатке [2, 4].

Мы располагаем опытом криокоагуляции патологических процессов эндочервика у 30 пациенток. В среднем через 24—30 дней после криокоагуляции при цервикоскопическом исследовании слизистая оболочка канала шейки матки представляется гомогенно розовой, с хорошо выраженной складчатостью и типичным рисунком. В то же время отсутствие данных об отдаленных результатах лечения гиперпластических процессов эндочервика методом криокоагуляции не позволяет нам сделать окончательное заключение об ее эффективности. Метод требует дальнейшего всестороннего изучения. Поэтому, несмотря на клинически благоприятный эффект, женщины, подвергшиеся криокоагуляции эндочервика, должны систематически проходить онкоцитологический контроль и находиться в 3-й группе диспансерного учета, как и все больные эндометриозом, получающие гормонотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баскаков В. П., Цвелев Ю. В. Акуш. и гин., 1978, 8.— 2. Бердичевская А. Я. Там же, 1967, 7.— 3. Вихляева Е. М. Там же, 1971, 9.— 4. Гиговский Е. Е., Малышева З. В. Там же, 1974, 4.— 5. Персианов Л. С., Побединский Н. М. и др. Там же, 1970, 2.— 6. Скугарев

ская З. И. Там же, 1969, 10. — 7. Стрижаков А. Н. Патогенез, клиника и терапия генитального эндометриоза. Автореф. докт. дисс., М., 1977. — 8. Moghissi K. S., Boyce C. R. *Obstet. and Gynec.*, 1976, 47, p. 265. — 9. Movers F. *Med. Clin.*, 1975, 70, 527.

Поступила 14 июня 1979 г.

УДК 618.3—056.52:616.36

О ЗНАЧЕНИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

И. И. Бенедиктов, В. Н. Прохоров

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав. — проф. И. И. Бенедиктов) Свердловского медицинского института

Реферат. У 140 беременных с ожирением выявлены изменения в белковом, липидном, ферментном обмене, состоянии печеночного кровообращения, свидетельствующие о скрытой функциональной недостаточности органа. Применение у 60 беременных с ожирением комплексной подготовки к родам с использованием средств, направленных на коррекцию функции печени, улучшило акушерские показатели в родах.

Ключевые слова: беременность, ожирение, печень, функциональное состояние.

Библиография: 6 названий.

В настоящее время ожирение становится достаточно распространенной патологией беременных и рожениц — оно встречается у 5,3—15,9% рожаящих [2, 5]. Возрастающая частота его распространения среди женщин детородного возраста и высокий удельный вес различных осложнений беременности и родов при этом определяют практическую значимость данного вида патологии в акушерстве [1, 4].

В происхождении ряда акушерских осложнений большая роль отводится функциональному состоянию печени; ожирение же обуславливает серьезные нарушения в ее деятельности. Однако комплексных исследований функционального состояния печени при беременности, осложненной ожирением, в литературе мы не встретили.

Поэтому нами было проведено изучение состояния печени у беременных, страдающих ожирением: определение содержания общего белка в сыворотке крови по биуретовой реакции, белковых фракций методом электрофореза на бумаге, тимоловой пробы холестерина, фосфатидилхолинов (лецитин), β -липопротеидов, билирубина, активности аспаргат- и аланинаминотрансфераз, реография печени.

Степень и форму ожирения устанавливали по упрощенной классификации Д. Я. Шурьгина и соавт. (1975) и таблице, предложенной М. Н. Егоровым и Л. М. Левитским (1964). Средняя прибавка массы тела за период беременности принималась равной 10 кг.

Из 140 обследованных с ожирением у 25 была беременность до 13 недель, у 40 — от 14 до 26 и у 75 — от 27 до 40 недель. I степень ожирения была определена у 53 женщин (37,9%), II — у 64 (45,7%); 22 беременные с III степенью и I с IV степенью ожирения объединены в одну группу (16,4%). Алиментарно-конституциональная форма ожирения была у 104 (74,3%) женщин; нейроэндокринная — у 1 (0,7%), церебральная — у 4 (2,9%) и эндокринная — у 31 (22,1%), в том числе гиповариалярная — у 30 (21,4%) и надпочечниковая — у 1 (0,7%). Контрольную группу составили 30 здоровых беременных с нормальной массой тела.

У беременных с ожирением выявлено снижение белкосинтетической функции печени в сравнении с контрольной группой, усугубляющееся к концу беременности, что проявилось в уменьшении уровня общего белка в сыворотке крови (достоверно во II триместре — $77,74 \pm 2,0$ и $68,19 \pm 1,2$ г/л; $P < 0,01$), альбуминов во всех триместрах и альбумино-глобулинового коэффициента. Одновременно в группе тучных происходило повышение доли глобулиновой фракции, в основном за счет α_2 - и β -глобулинов. Метаболизм липидов у беременных с ожирением, в сравнении с контрольной группой, претерпевает серьезные изменения, что подтверждается нарастанием содержания холестерина ($4,2 \pm 0,3$ и $4,9 \pm 0,2$ ммоль/л; $4,6 \pm 0,2$ и $5,8 \pm 0,2$ ммоль/л; $5,4 \pm 0,2$ и $6,6 \pm 0,2$ ммоль/л) и β -липопротеидов ($3,2 \pm 0,4$ и $4,3 \pm 0,2$ г/л; $3,8 \pm 0,3$ и $5,7 \pm 0,2$ г/л; $5,2 \pm 0,2$ и $7,1 \pm 0,5$ г/л) во всех сроках беременности, а также некоторым снижением концентрации лецитина с одновременным уменьшением лецитин-холестеринового коэффициента.