

1. Краснопольский В. И., Кулаков В. И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. М., Медицина, 1984.— 2. Липницкая О. Г., Ланцман Ю. В. В кн.: Некоторые вопросы акушерства и гинекологии. Томск, 1971.— 3. Торгунаков А. П. и др. В кн.: Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Иркутск, 1984.— 4. Уткин Е. В. В кн.: Тезисы докладов I съезда акушеров-гинекологов Башкирской АССР. Уфа, 1984.

Поступила 24.12.85.

УДК 618.14—007.61—02:616.3

ДИСРЕГУЛЯТОРНЫЕ ВИСЦЕРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ МАТКИ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Н. И. Петрушкова

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

Изучение нейрогормонально-висцеральных взаимоотношений у больных эндометриозом матки имеет практическое значение в разработке рациональной терапии и профилактики этой сложной и довольно часто встречающейся патологии. В настоящей работе была поставлена задача изучить функциональное состояние пищеварительных желез желудка, кишечника, печени и поджелудочной железы у 152 больных внутренним эндометриозом матки (1-я группа) и у 50 с рецидивирующей гиперплазией эндометрия (2-я группа). Контрольную группу составили 20 здоровых женщин. Для обследования были подобраны такие больные, у которых в анамнезе не было заболеваний системы пищеварения.

Возраст женщин колебался от 22 до 55 лет, у большинства (156) — от 26 до 50. Продолжительность заболевания была различной — от 1 года до 10 лет. У подавляющей части обследованных (129) давность заболевания не превышала 3 лет.

При изучении анамнеза у половины больных были жалобы на тошноту, расстройство стула, метеоризм, периодические боли в эпигастральной области и правом подреберье. Указанные симптомы появились у больных одновременно с клиническими признаками эндометриоза. Каких-либо хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта в прошлом не выявлено ни у одной из обследованных.

О функциональном состоянии желудка судили по часовому дебиту свободной соляной кислоты, содержанию пепсина, пепсиногена, уропепсина. Для изучения функционального состояния печени исследовали поглотительно-экскреторную функцию этого органа по пробе с ^{131}I -бенгал-роз. Внешнесекреторную функцию поджелудочной железы оценивали по концентрации панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом; функцию тонкого кишечника — по всасыванию ^{131}I -олеиновой кислоты (^{131}I -ОК), ^{131}I -триолетата глицерина (^{131}I -ТГ), Д-ксилозы, пробам с йодидом калия и этанолом.

Объем секрета желудка натощак и после стимуляции был одинаково сниженным у больных обеих групп. Более резкие сдвиги в сторону подавления секреторной функции желудка выявлены у них при подсчете часового дебита свободной соляной кислоты (табл. 1).

При одновременном снижении уровня пепсина в желудочном соке у половины женщин 1-й группы и у каждой четвертой больной во 2-й группе имело место повышение содержания пепсиногена в крови (соответственно 95 ± 9 г/л и 81 ± 7 г/л) и уропепсина (соответственно 4.4 ± 0.9 мг/ч и 3.0 ± 0.3 мг/ч). Показатели протеолитической ак-

Таблица 1

Секреторная и кислотообразующая функции желудка у больных

Группы обследованных	Базальная секреция, мл	Секреция после стимуляции, мл	Часовой дебит НС \downarrow после стимуляции, ммоль/л
1-я . . .	$35,2 \pm 3,5$ $P > 0,05$	$86,3 \pm 3,0$ $P < 0,05$	$49,6 \pm 5,0$ $P < 0,001$
2-я . . .	$20,6 \pm 1,4$ $P < 0,001$	$55,0 \pm 2,6$ $P < 0,001$	$24,5 \pm 3,0$ $P < 0,001$
Контроль	$36,5 \pm 2,9$	$104,4 \pm 6,2$	$120,0 \pm 0,21$

тивности крови и мочи значительно превышали верхние границы нормы (50 ± 6 г/л и $2,2 \pm 0,2$ мг/ч), особенно при рецидивирующей гиперплазии эндометрия и в несколько меньшей мере при эндометриозе.

Изменения поглотительно-эскреторной функции печени у больных эндометриозом матки проявлялись на гаммагепатограммах снижением высоты кривой, увеличением периода максимального накопления, плато и периода полувыведения индикатора. У больных наблюдались нарушения нормального баланса между поглотительной и эскреторной функциями печени в сторону большого снижения процессов выведения ^{131}I -бенгал-роз. Наибольшие изменения при оценке функционального состояния печени отмечены у больных с метроррагиями.

Примерно у половины больных внутренним эндометриозом и рецидивирующей гиперплазией эндометрия выявлены расстройства экзокринной функции поджелудочной железы, в частности снижение или повышение концентрации ферментов в спонтанно выделяемом дуоденальном содержимом, общая тенденция к повышению концентрации ферментов в дуоденальном содержимом. Выраженные нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы и динамики выведения ферментов возникали после воздействия физиологического раздражителя (табл. 2).

Таблица 2

Внешнесекреторная функция поджелудочной железы после стимуляции

Группы обследованных	Динамика выделения ферментов и карбонатной щелочности														
		тип кривой	трипсин			липаза			амилаза			карбонатная щелочность			
			п	$M \pm m$, %	%	п	$M \pm m$, %	%	п	$M \pm m$, %	%	п	$M \pm m$, %		
1-я	нормальный	40	47 ± 5	21	36 ± 5	24	28 ± 5	46	54 ± 6						
	патологический	45	53 ± 6	54	64 ± 6	61	72 ± 6	39	46 ± 5						
2-я	нормальный	24	66 ± 8	20	56 ± 8	18	50 ± 8	26	72 ± 8						
	патологический	12	34 ± 7	16	44 ± 8	18	50 ± 8	10	28 ± 8						

Патологические изменения проявлялись и в нарушении параллелизма отделения панкреатических ферментов, соотношения динамики выделения ферментов и карбонатной щелочности (диспанкреатизм), причем с большей частотой у больных 1-й группы.

Результаты исследования всасывания этанола показали, что у 26 ($22,3 \pm 2\%$) больных внутренним эндометриозом матки и у 7 ($20 \pm 7\%$) с рецидивирующей гиперплазией эндометрия интестинальная резорбция этанола была замедленной, у остальных больных приближалась к верхней границе нормы. В связи с этим средний показатель резорбции этанола у больных внутренним эндометриозом матки существенно отличался от контроля ($P < 0,001$). У женщин 2-й группы достоверной разницы в показателях не выявлено.

Всасывание йодистого калия в тонком кишечнике оказалось замедленным у 22 ($19 \pm 2\%$) больных внутренним эндометриозом матки и у 2 ($6 \pm 4\%$) с рецидивирующей гиперплазией эндометрия; у остальных приближалось к верхней границе нормы. Поэтому средние показатели интестинальной резорбции йодистого калия у обследованных были ниже контрольных данных ($P_1 < 0,001$; $P_2 < 0,05$).

Тест с ^{131}I -ТГ был изменен у 18 больных (умеренные нарушения — у 10 женщин, выраженные — у 8). Всасывание ^{131}I -ОК было замедлено у 13 больных, при этом умеренные нарушения зарегистрированы у 7, выраженные — у 6.

При патологическом выпадении теста с ^{131}I -ТГ проба с ^{131}I -ОК оказалась нормальной у 5 больных эндометриозом матки. Нарушение всасывания жиров при нормальной резорбции жирных кислот рассматривается как результат недостаточного гидролиза, обусловленного угнетением внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Кроме того, указанная диссоциация проб с мечеными липидами может быть обусловлена недостаточным эмульгированием нейтральных жиров, которое наблюдается при патологии печени и желчевыводящих путей.

У 13 женщин имело место замедление всасывания в кишечнике обоих липидов. Нарушение всасывания как нейтрального жира, так и жирных кислот указывало на поражение непосредственно резорбционной функции кишечника.

Выраженные расстройства резорбции Д-ксилозы отмечены у 6 больных, легкое снижение резорбционных свойств кишечника — также у 6. Кроме того, у 4 пациентов показатели теста с Д-ксилозой находились на нижней границе нормы.

Всасывание ^{58}Co -витамина В₁₂ было замедлено у 8 женщин. Средний показа-

тель резорбции витамина В₁₂ у больных внутренним эндометриозом составлял $18,2 \pm 1,8\%$ ($P > 0,05$), с нарушением всасывания витамина — $16,3 \pm 1,6\%$ ($P < 0,01$).

Сочетание нарушений резорбционных процессов в кишечнике и внешнесекреторной функции поджелудочной железы сопровождалось субъективными жалобами больных на расстройство стула, метеоризм и болевые ощущения в области кишечника.

Полученные данные указывают на большую частоту дисфункции главных пищеварительных желез у больных внутренним эндометриозом матки и рецидивирующей гиперплазией эндометрия и подтверждают тесную функциональную связь женских половых органов, эндокринного и пищеварительного аппарата. Изменения в функционировании главных пищеварительных желез при внутреннем эндометриозе и рецидивирующей гиперплазии эндометрия имеют однонаправленный характер, и их следует рассматривать как дисрегуляторные висцеропатии, обусловленные расстройством гормональной регуляции.

Коррекция выявленных нарушений должна предусматриваться в комплексной терапии больных генитальным эндометриозом, особенно в условиях длительного применения синтетических прогестинов. Результаты использования с профилактической и лечебной целью нестероидных анаболических средств (метилурацил, витамин U), а также поливитаминных комплексов при гормонотерапии больных свидетельствуют об их высокой эффективности: в 4 раза снизилась частота побочных явлений со стороны органов пищеварения, прослежена достоверная тенденция к нормализации нарушенных функций органов пищеварения.

Исходя из приведенных результатов мы рекомендуем включение метилурацила, витамина U и поливитаминных препаратов в комплексную терапию синтетическими прогестинами больных эндометриозом и дисгормональными гиперпластическими процессами гениталий.

Поступила 24.12.85.

УДК 618.3—008.6—02:618.33—007.17

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИСТРОФИЯ ПЛОДА ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Л. К. Фазлеева

*Кафедра детских болезней педиатрического факультета (зав.— проф. Н. А. Романова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени
С. В. Курашова*

Целью данной работы являлось изучение некоторых показателей иммунологической реактивности у новорожденных с внутриутробной гипотрофией различного генеза и особенностей их развития в течение первого года жизни. Для этого у 141 новорожденного с внутриутробной гипотрофией (основная группа) и у 28 детей нормотрофиков (контрольная группа) оценивали общее состояние при рождении и особенности течения адаптационного периода. У 54 из них изучали иммуноглобулиновый спектр сыворотки крови, уровень циркулирующих иммунных комплексов и отдельных компонентов кининовой системы.

Содержание иммуноглобулинов сыворотки крови определяли методом простой радиальной иммунодиффузии по Манчини, содержание общих IgE — радиоиммунным методом с помощью наборов фирмы «Фармация» (Швеция), активность калликреина и калликреиногена — по Т. С. Пасхиной и А. В. Кринской [3], уровень циркулирующих иммунных комплексов — по В. Гашковой и др. [8] и Б. А. Молотилкову и соавт. [2].

К развитию дистрофических изменений у плода могут привести разнообразные этиологические факторы. По нашим данным, причиной развития внутриутробной гипотрофии у 83 (58,9%) детей были осложнения беременности у матери в виде позднего токсикоза, у 12 (8,5%) — острые инфекционные заболевания матери во время беременности, у 24 (17,0%) матери страдали хроническими инфекционно-аллергическими и гнойно-воспалительными заболеваниями, 12 (8,5%) детей были рождены от молодых (моложе 18 лет) и пожилых (старше 35 лет) матерей. У остальных новорожденных предполагаемый этиологический фактор в развитии пренатальной дистрофии обнаружить не удалось. Профессиональные вредности были выявлены у 30 (21,3%) матерей.