

ЛЕЧЕНИЕ НОН-ОВЛОНОМ БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Л. Ф. Шинкарева, А. И. Наговицина, Ф. К. Тетелютина, Т. А. Кравчук

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

В последнее десятилетие для лечения генитального эндометриоза широко используются гормональные препараты, в том числе синтетические прогестины.

Мы применяли синтетический прогестин нон-овлон у 108 больных генитальным эндометриозом в возрасте от 20 до 46 лет. У 55 женщин установлен внутренний эндометриоз матки, у 45 — наружный генитальный, у 8 — сочетанный генитальный эндометриоз. Длительность заболевания варьировала от года до 16 лет. Средний возраст больных с внутренним эндометриозом составил $41,7 \pm 0,7$ года, с наружным эндометриозом — $31,6 \pm 0,4$ года.

Помимо обычного обследования больных мы применяли биконтрастную метросальпингографию, кольпоскопию, цервикоскопию, гистероскопию и гистологическое исследование соскобов эндометрия и эндоцервикса. Для уточнения причин нарушений в центральном звене, регулирующем половую функцию, изучали биоэлектрическую активность головного мозга, определяли экскрецию лютеинизирующего гормона гипофиза, исследовали функциональное состояние щитовидной железы с помощью поглощения ¹³¹I.

Тщательное клиническое обследование позволило установить у 22 женщин перенесенные в прошлом органические заболевания ЦНС (травмы головного мозга, нейроинфекцию); у 12 больных обнаружены сопутствующие заболевания щитовидной железы. Кроме того, в анамнезе обследованных отмечены оперативные вмешательства на половых органах (выскабливание слизистой полости матки — у 72, кесарево сечение — у 2, удаление маточной трубы по поводу внематочной беременности — у одной, электрокоагуляции шейки матки — у 13 пациенток). Нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи наблюдалось у 75 женщин. У 33 пациенток прогрессировала альгодисменорея. У 38 больных внутренним эндометриозом матки заболевание протекало на фоне хронического рубцово-спаечного процесса в половых органах. До заболевания в среднем у каждой больной было 5 беременностей — 2 родов и 3 абортов.

По тестам функциональной диагностики у 31 из 108 больных определен двухфазный менструальный цикл, но с недостаточностью функции желтого тела — КПИ во II фазе цикла оставался на довольно высоких цифрах ($56-58\%$), базальная температура имела тенденцию к кратковременному повышению ($1-3$ дня) на $0,2-0,3^\circ$. У 77 больных обнаружены ановуляторные менструальные циклы, у 48 из них — на фоне гиперэстрогении (КПИ был постоянно на высоком уровне — от 56 до 78% и не имел тенденции к снижению в лютеиновой фазе цикла). У 29 пациенток установлены ановуляторные циклы на фоне относительной гиперэстрогении (КПИ в течение всего менструального цикла был монотонным — от 38 до 59%). При гистологическом исследовании эндометрия у 76 из 98 женщин констатированы различные виды патологической пролиферации эндометрия. При гистеро- и цервикоскопии у 55 больных до лечения обнаружены очаги эндометриоза стенки матки в виде кроветочащих участков накануне менструации и различные виды гиперплазии эндоцервикса.

В процессе изучения характера экскреции лютеинизирующего гормона в мочу у 88 больных до лечения выявлены 4 типа изменений. Первый тип (у 21 пациентки) характеризовался запаздыванием овуляторного пика, достигавшего $249,6 \pm 36,0$ МЕ/л при базальной экскреции $46,8 \pm 4,4$ МЕ/л, и свидетельствовал о двухфазном цикле. 99Г, исследованная у 7 больных этой группы, была без патологических отклонений.

Второй тип экскреции ЛГ (у 29 больных) отличался хаотическими выбросами сравнительно больших доз гормона (от 125 МЕ/л до $249,6$ МЕ/л) в течение всего менструального цикла при базальной экскреции $60,2 \pm 4,2$ МЕ/л. Функциональные тесты указывали на абсолютную или относительную гиперэстрогению.

На 99Г, исследованной у 9 женщин этой группы, прослеживался доминирующий α -ритм с частотой $9-10$ Гц, что не выходит за пределы нормы.

При третьем типе выброса (у 27 больных) кривые имели хаотический пилообразный вид в обеих фазах цикла, но на более низком уровне (максимальная величина

на пиков — $77,2 \pm 15,2$ МЕ/л при базальной экскреции $34,3 \pm 2,3$ МЕ/л). Функциональные тесты свидетельствовали об ановуляторных циклах. На ЭЭГ у 12 больных регистрировался низкоамплитудный α -ритм. Отмечались фрагменты и низкоамплитудной β -активности с частотой 14 Гц, а также признаки раздражения глубоких мезенцефальных структур в виде пароксизмальных всплесков Θ -волн, что выявляет наличие обратимых нейродинамических нарушений функционального характера корковых нейронов.

Четвертый тип (у 11 больных) характеризовался выбросом малых доз гормона (до $93,6 \pm 1,2$ МЕ/л) без характерных пиков на фоне монотонно низкой ($30,4 \pm 1,7$ МЕ/л) базальной экскреции в течение всего менструального цикла. ЭЭГ у 3 женщин отличалась еще более выраженным уплощением кривых. На фоне низкоамплитудной β -активности появлялись фрагменты низкоамплитудного α -ритма (до 40 мкВ). Такая ЭЭГ отражает диффузное раздражение коры больших полушарий на импульсацию патологического очага глубоких структур.

При исследовании функции щитовидной железы у больных генитальным эндометриозом установлено, что поглощение ^{131}I щитовидной железой повышалось через 2 ч до $10,5 \pm 0,5\%$ ($P < 0,01$), через 4 ч — до $26,1 \pm 0,6\%$ ($P < 0,01$), через 24 ч — до $28,3 \pm 0,9\%$ ($P < 0,05$); у здоровых женщин поглощение ^{131}I было менее интенсивным: через 2 ч оно было равно $8,6 \pm 0,2\%$, через 4 ч — $12,0 \pm 0,1\%$, через 24 ч — $23,0 \pm 0,4\%$.

Таким образом, плеригландулярные нарушения, отмеченные при генитальном эндометриозе, позволяют его рассматривать как дисгормональный гиперпластический процесс.

Нон-овлон назначали по общепринятой схеме с 5-го по 25-й день менструального цикла по 1 табл. в день вечером после еды. В период обильных кровотечений дозу препарата увеличивали с гемостатической целью до 2 табл. 3 раза в день под контролем коагулограммы. После остановки кровотечения дозу уменьшали, и лечение продолжали в обычной дозировке. Терапию нон-овлоном проводили прерывистыми курсами от 3 до 12 мес. Одновременно больные получали витамины, транквилизаторы (седуксен, триоксазин, элениум и др.). При сопутствующем хроническом воспалительном процессе гениталий назначали электрофорез сернокислого цинка, сернокислой магнезии, лидазы или ронидазы (женщинам старше 40 лет — электрофорез 1% йодистого калия).

После 3 циклов лечения у 77 больных исчезли боли, менструальноподобные кровотечения стали менее продолжительными и обильными. В перерывах между лечением у 31 больной наступил рецидив болей, из них у 3 боли были выражены значительно и вызвали потерю трудоспособности. Кроме того, у 8 женщин после 3 циклов лечения нон-овлоном наблюдались длительные кровянистые выделения. Применение нон-овлона от 3 до 9 мес привело к уменьшению болевого синдрома, который сохранялся к этому времени только у 15 больных, а через 12 мес лечения болевые ощущения оставались у 3 пациенток.

Функциональные тесты свидетельствовали о снижении эстрогенной стимуляции (КПИ имел монотонный характер в течение всего менструального цикла — от 18 до 26%), базальная температура была однофазной. У 6 больных после трех курсов лечения и при наличии болевого синдрома КПИ находился на высоком уровне — от 66 до 79%, что указывало на высокую эстрогенную насыщенность организма.

После курса гормонотерапии отмечалось некоторое снижение уровня лютеинизирующего гормона у больных, имевших ранее высокие показатели, и, наоборот, было констатировано повышение уровня экскреции гормона при низких исходных значениях.

При ЭЭГ, исследованной у 6 женщин, обнаружено углубление патологического процесса, что выражалось десинхронизацией фоновой ЭЭГ, фрагментацией основного α -ритма. У остальных 25 пациенток зафиксирована положительная динамика в виде стабилизации частотных и амплитудных характеристик фоновой ЭЭГ.

В динамике гормонотерапии нон-овлоном отмечена тенденция к повышению накопления ^{131}I в щитовидной железе через 2 ч после приема индикаторной дозы. У 1 больной на фоне приема нон-овлона в течение 9 мес развился диффузно-токсический зоб.

После проведения 3—4 циклов лечения нон-овлоном у большинства больных произошла нормализация состояния эндометрия. При гистологическом исследовании 84 соскобов эндочервика в динамике лечения нон-овлоном в сроки от 9 до 12 мес установлено прогрессирующее склерозирование стромы слизистой цервикального канала.

У 18 женщин в процессе гормонотерапии нон-овлоном наблюдались побочные явления — подташнивание, увеличение массы тела на 2 кг и более, а также повышение либидо, которые исчезли после 3—6 циклов приема препарата.

После 12 мес лечения нон-овлоном беременность наступила у 5 женщин: из них у 3 она была прервана операцией искусственного аборта, а 2 женщинам угрожало прерывание беременности, однако роды прошли нормально и завершились рождением доношенных детей массой тела от 3200 до 3450 г с оценкой по шкале Апгар в 8—10 баллов. Психическое и физическое развитие детей в течение года соответствовало физиологическим параметрам.

Таким образом, положительный клинический эффект, полученный у 77 женщин, позволяет считать применение нон-овлона патогенетически обоснованным методом лечения эндометриоза.

Поступила 20 августа 1982 г.

УДК 616.5—006.311.03—003.656.6:546.431'226

ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФАТА БАРИЯ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАТУИРОВКИ ПЛОСКИХ ГЕМАНГИОМ

Г. Г. Сафина

*Кафедра хирургической стоматологии (зав.—проф. Л. А. Кольцова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Плоские гемангиомы — наиболее часто встречающаяся врожденная патология. В преобладающем большинстве они локализируются на лице [1—3] в виде розовых, красных, бордовых пятен различных размеров, иногда занимая большую половину лица. Проблема лечения плоских гемангиом продолжает оставаться актуальной, так как нет универсального способа, позволяющего во всех случаях устранять косметический дефект окраски кожи лица. Одним из способов лечения цветового несоответствия кожи лица при данной патологии является хирургическая татуировка нейтральными красителями, которые должны отвечать следующим требованиям: 1) не являться токсичными для организма и не вызывать изменений в клеточных элементах кожи, 2) быть устойчивыми к действию внешних факторов, 3) не рассасываться, стойко располагаясь на месте первоначального введения, и не окрашивать подлежащие ткани.

Из порошков белого цвета мы выбрали сульфат бария, давно и широко применяемый в медицине в качестве рентгеноконтрастного вещества при исследовании пищевода, желудка, кишечника.

Клиническому применению указанного вещества предшествовали эксперименты, проведенные на кроликах, с целью выяснения пригодности сульфата бария для хирургической татуировки.

Для определения влияния внешних факторов на первоначальный цвет сульфата бария исследуемый порошок наносили тонким слоем на полоски белой бумаги, подвергали их действию дневного и солнечного света в течение 20 дней и ультрафиолетовому облучению в течение 5 ч. Контролем служила полоска бумаги с нанесенным на нее сульфатом бария, помещенная в темное место. В процессе визуального наблюдения установлено, что сульфат бария не меняет своего цвета под влиянием указанных выше факторов.

При хирургической татуировке плоских гемангиом двуокисью титана была отмечена зависимость степени укрывистости от размера ее частиц: чем меньше размеры частиц, тем лучше укрывистость — перекрытие цвета гемангиом [1].

Исходя из размеров частиц сульфата бария (0,3—0,4 мм), применяемого для рентгеноконтрастных исследований, можно было полагать, что укрывистость его при закрашивании ухудшится. Возникла необходимость измельчить порошок или получить сульфат бария с более мелкими размерами частиц. Для этих целей исследовали сульфат бария, выпускаемый химвкомбинатом им. Л. Я. Карпова. Мы провели ситовый анализ этих двух указанных выше порошков сульфата бария. Суть его заключается в просеивании частиц порошка через набор сит, расположенных друг под другом в вертикальном положении. Вначале происходит отсев через более крупные ячейки, а затем через более мелкие. При ситовом анализе мы установили, что в порошке