

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ ДО 30 ЛЕТ С МИОМОЙ МАТКИ

Ф. М. Сабиров, Т. И. Тимофеева, Л. Л. Талатина, О. Ф. Мартынова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Л. Капельюшник) Казанского  
института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

При диспансеризации больных с миомой матки выделяются три группы. В 1-ю группу входят женщины с бессимптомной миомой, во 2-ю — с миомой, которая превышает по размерам матку при 14-недельной беременности, сопровождается кровотечением, болями, быстрым ростом и сдавливает соседние органы. Женщины данных групп подлежат наблюдению 1 раз в 3 мес. При отсутствии эффекта от консервативной терапии прибегают к операции. В 3-ю группу включают больных с миомой матки, вызывающей анемию, быстрый рост, дисфункцию соседних органов. Эти женщины госпитализируются для продолжения обследования и решения вопроса об оперативном лечении. У женщин всех трех групп необходимо обследовать молочные железы.

Возраст большинства больных (по данным разных авторов, 53,5—63,5% женщин) с миомой матки составляет 41—50 лет, 20,8—33,6% — 31—40 лет и лишь 2,3—5,6% — до 30 лет [2, 7, 9]. Однако женщины в возрасте именно до 30 лет требуют особого внимания со стороны гинеколога. Миома матки развивается на фоне гормональных нарушений, чаще при ановуляторных циклах или укороченной второй фазе цикла. Некоторые больные с миомой матки являются в этом возрасте девицами, другие — замужними женщинами с первичным либо вторичным бесплодием после 1—2 аборт. Необходимо учитывать и то обстоятельство, что миома матки почти всегда сочетается с мастопатией, а нередко и эндометриозом любой локализации. При наблюдении и лечении больных приходится корректировать и нарушения функции яичников. Хирургическое лечение применяется только при неэффективности консервативного или при наличии особых показаний (субмукозная миома, дисфункция соседних органов, быстрый рост опухоли, злокачественное ее перерождение, бесплодие и др.). Объем хирургического вмешательства в молодом возрасте носит ограниченный характер с целью сохранения репродуктивной или хотя бы менструальной функции (миомэктомия, дефундация, межпрядатковая или высокая ампутиация матки). Состояние молочных желез до и после операции определяется методом контрастной маммографии. После операции устанавливаются сроки контрацепции, и в обязательном порядке проводится коррекция гормональных нарушений с целью профилактики рецидива миомы и лечение мастопатии, а иногда эндометриоза [3].

Под нашим наблюдением было 34 больных до 30 лет. В возрасте 19 и 20 лет были 2 женщины, 25 лет — 3, с 26 до 30—29. Перенесенные заболевания — детские инфекции и ОРЗ. 2 женщины в прошлом были подвергнуты аппендэктомии, одна — кесаревому сечению после 4 искусственных абортов. 2 больные в течение 2—4 лет лечились по поводу воспаления придатков матки. Во время операции у них были обнаружены кроме миомы матки эндометриодные опухоли яичников. У 4 больных менструации начались с 11 лет, у 23 — с 12—15, у остальных — с 16—17. Одна двадцатилетняя и две двадцатипятилетние больные были девицами. 10 больных начали половую жизнь в возрасте до 20 лет, остальные — с 21—25 лет. Беременностей не было у 18 больных; 1—3 аборта перенесли 3, одни роды и 1—8 абортов — 8, двое родов и 1—2 аборта — остальные. Менструации в виде гиперполименореи были у 10 женщин; у остальных характер менструаций не изменился.

4 женщины сами обнаружили опухоль больших размеров, у 5 больных миома была выявлена во время профосмотров, у 2 — во время искусственного аборта. Чувство тяжести и боли в нижней половине живота были у 6 больных, частое мочеиспускание — у одной.

В клинике больных с миомой матки мы проводим бесконтрастную маммографию. Как сообщают Л. Д. Линденбратен и И. Н. Зальцман [4], при бесконтрастной маммографии лишь у 40,9% больных с дисфункцией яичников (в том числе с миомой матки) не оказалось мастопатии. У 43,6% была диффузная мастопатия, у 9,8% — узловая и у 5,7% — рак молочной железы. У последних заболевание было обнаружено впервые и подтвердилось при гистологическом исследовании.

довании. По материалам нашей клиники, при миоме матки молочные железы не были изменены лишь у 16,4% женщин — в основном определялись диффузный фиброматоз и узловая мастопатия [8]. Метод бесконтрастной маммографии прост, доступен и позволяет почти во всех случаях (в 95—96%) с высокой степенью достоверности выявлять заболевание молочных желез. Заключение дается через 15—20 мин после начала обследования. Метод экономически выгоден, безопасен и безболезнен. Колебания показателя выявляемости заболеваний молочной железы можно объяснить тем, что женщин обследуют часто без учета изменений в молочной железе в зависимости от менструального цикла. Все методы исследования, в том числе пальпация, маммография, пункционная биопсия, цитологический анализ, должны проводиться в оптимальные сроки — на 12—19-й день при 28-дневном менструальном цикле. При циклах другой продолжительности вносится необходимая коррекция. Своевременное обнаружение мастопатии и проведение ее гормональной коррекции, безусловно, является важным мероприятием профилактики рака молочной железы [6].

С помощью бесконтрастной маммографии у 16 из 34 больных был выявлен фиброаденоматоз. В женских консультациях по месту жительства никому из них обследования молочных желез не проводилось. К сожалению, при профосмотрах на состояние молочных желез до сих пор должного внимания не обращается. В этом же особенно нуждаются женщины с дисфункцией яичников, в том числе миомой матки.

Миома матки часто (у 80%) сочетается с эндометриозом [1]. При подозрении на позадикшиечный эндометриоз в сочетании с миомой или без нее, а также при низком расположении миоматозных узлов в клинике проводится ректороманоскопия. Наблюдения регистрируются фотокамерой. Полученные цветные слайды дают объективную картину состояния сосудистой системы прямой и сигмовидной кишок. Сосуды при эндометриозе ректовагинальной перегородки располагаются радиально, как и при любой пролиферирующей опухоли; имеются отек, бархатистость слизистой. Этот метод позволяет подтверждать или исключать распространение очага эндометриоза в стенку прямой кишки или сигмы [10]. При точно установленном прорастании в стенку кишечника можно заранее определить объем операции и соответствующим образом подготовить кишечник. У одной нашей больной ректороманоскопия показала выраженный рисунок видимых сосудов, характерный для эндометриоза. Позадикшиечный эндометриоз был подтвержден во время операции и результатами гистологического исследования. 4 больным была проведена гинекография с целью дифференциации с опухолями яичников. У 2 женщин с субмукозной миомой матки с помощью гистерографии удалось уточнить локализацию миоматозного узла, что позволило во время операции сохранить у них матку.

Операции носили в основном ограниченный характер. Консервативная миомэктомия была произведена 25 больным (количество миоматозных узлов составило от 1 до 12). Одной больной выполнена межпридатковая ампутация матки, 2 — передняя гистеротомия с удалением субмукозного миоматозного узла, остальным — надвлагалищная ампутация матки. 2 женщинам, кроме миомэктомии, из-за эндометриоидной опухоли яичника пришлось удалить придатки с одной стороны. У остальных больных придатки матки были оставлены. При гистологическом исследовании часть узлов имела дегенеративные изменения (отек, гиалиноз, некроз).

Диспансеризация больных, подвергшихся консервативным операциям по поводу миомы с сохранением матки, осуществляется в нескольких направлениях. В первых, устанавливаются сроки контрацепции. Как правило, в течение одного года беременность должна быть исключена. Применение ВМС больными, перенесшими операции типа энуклеации миоматозных узлов или передней гистеротомии, в течение первого года нежелательно. Им следует назначать гормональные средства прогестинового действия, которые обладают и патогенетическим лечебным действием. У таких больных во время операции могут иногда остаться незамеченными миоматозные узлы. Кроме того, необходимо помнить о возможном сочетании у них миомы с эндометриозом и мастопатией. Гормональная коррекция должна проводиться под контролем кольпоцитологических исследований. Как правило, через 6 мес маммографию повторяют. При прогрессировании пролиферативного процесса в молочных железах и высоком уровне КПИ больным приходится иногда назначать, как рекомендует И. А. Мануилова [5], андрогены. Лечение прогестинами продолжается у большинства больных до одного года. По истечении этого срока необходима гинекография в двух проекциях. Такая тактика особенно показана больным, которым во время операции была вскрыта полость матки.

При наступлении беременности женщины включаются в группу риска по невынашиванию, поскольку беременность может осложниться у них предлежанием или отслойкой низко расположенной плаценты, редкошечной беременностью, разрывом матки по рубцу. При почти доношенной или доношенной беременности для получения живого ребенка и исключения разрыва матки по рубцу нередко приходится родоразрешать кесаревым сечением.

При отсутствии беременности диспансерное наблюдение продолжается. Женщины должны находиться в группах риска по рецидиву миомы матки, эндометриозу и мастопатии. Осуществляется двухразовый контроль в течение года. По показаниям проводится гормональная коррекция, а при рецидиве миомы иногда необходима повторная операция.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баскаков В. П. // Клиника и лечение эндометриоза. — М., Медицина, 1979. — 2. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. // Миома матки. — М., Медицина, 1981. — 3. Железнов В. П., Стрижаков А. Н. // Генитальный эндометриоз. — М., Медицина, 1985. — 4. Линденбратен Л. Д., Зальцман И. Н. // Комплексная рентгенодиагностика заболеваний молочной железы. — М., Медицина, 1976. — 5. Мануилова И. А. // В кн.: Гинекологическая эндокринология. — 1980. — 6. Олиня А. Я., Витола Г. Я. // Эндокринные аспекты рака молочной железы. — Рига, 1981. — 7. Персианинов Л. С. // Акуш. и гин. — 1972. — № 4. — С. 3—8. — 8. Сабиров Ф. М., Сагитова Д. Х., Еникеева Л. А. // В кн.: Актуальные вопросы клинической патологии. — Казань, 1980. — 9. Сидорова И. С. // Миома матки и беременность. — М., Медицина, 1985. — 10. Хасанов А. А., Сабиров Ф. М. // В кн.: Нейроэндокринные нарушения в акушерстве и гинекологии. — Казань, 1981.

Поступила 11.12.86.

УДК 616.89—008.441.13—07:616.153.1—074

### АКТИВНОСТЬ ГАММА-ГЛЮТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ В ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА

Л. И. Землянова, Т. А. Милкина, Л. Н. Панаиоти

Кафедра клинической лабораторной диагностики (зав.— доц. Н. Д. Поздняк) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Для диагностики алкоголизма используются главным образом клинические методы обследования больных. В то же время с целью более объективной оценки заболевания все больше внимания уделяется разработке биохимических тестов. В ряде исследований изучено влияние злоупотребления спиртными напитками на активность сывороточной гамма-глутамилтранспептидазы (г-ГТП) [1—3]. Этот фермент широко распространен в органах и тканях, что обуславливает недостаточную специфичность теста. Показано, что активность сывороточной г-ГТП повышена при всех видах гепатобилиарных расстройств, включая гепатиты, циррозы печени, застойные явления, метастазирование, а также при панкреатитах, хронических нефритах и т. д. [1—3]. Печеночная г-ГТП — фермент, чувствительный к воздействию этилового спирта, а потому может служить объективным тестом для выявления лиц, злоупотребляющих спиртными напитками.

Целью данного исследования было сравнение активности г-ГТП сыворотки крови с данными психодиагностики у больных хроническим алкоголизмом II стадии.

Нами обследованы больные (34 человека в возрасте 22—57 лет) и здоровые (30 чел.) мужчины. Активность г-ГТП определяли в сыворотке крови с помощью набора реактивов фирмы «Лахема» (ЧССР). Кровь для исследования брали в утренние часы натощак. В качестве психодиагностической методики был использован цветовой тест Люшера. Применялись методы, позволяющие количественно осуществлять экспресс-анализ результатов теста.

Были выделены три личностных параметра в виде коэффициентов, наиболее ярко характеризующих алкогольное изменение личности. Первый параметр — это баланс личностных свойств, второй — отношение обследуемого к фиолетовому цвету, третий — гетерономность. Однако результаты наблюдений показывают, что для пациентов стационаров гетерономность не является характерным качеством. Наоборот, у таких больных выражена потребность в признании, доминировании, самоутверждении без адекватного осознания болезни (средний показатель в группе — 2,0). Таким образом, в данном исследовании были использованы два