

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

параметра цветового теста Люшера: личностный баланс и предпочтение фиолетового цвета в выборе.

По результатам наших исследований активность г-ГТП у больных составила 169 ± 22 Е/л, тогда как у здоровых — 53 ± 10 Е/л. Повышение активности фермента возникает вследствие индукции печеночной г-ГТП этанолом и зависит от микросомальной локализации фермента. Алкоголизм диагностируется при увеличении активности г-ГТП в 1,5—2 и более раза.

Повышение уровня активности г-ГТП отмечалось у 65,4% больных, причем значительные величины г-ГТП соответствовали у них показателям психодиагностики. У 12% пациентов выявлены нормальные показатели активности г-ГТП. В условиях преобладания процессов катаболизма у части больных колебания активности г-ГТП часто были в пределах нормы. В то же время по данным психодиагностики у 88% больных исследуемой группы подтвердился алкоголизм, при этом у 22,6% из них уровень активности сывороточной г-ГТП не превышал верхней границы нормы. В ряде случаев характерные для алкоголизма колебания уровня г-ГТП не превосходили нормы вследствие преобладания интенсивности процессов катаболизма. Поэтому для достоверности диагноза алкоголизма у таких лиц необходимо использование как биохимических тестов, так и психодиагностики.

По данным литературы [1], активность аспаратаминотрансферазы при хроническом алкоголизме повышена у 40% больных, аланинаминотрансферазы — только у 20%, причем вероятность увеличения аминотрансферазной активности наиболее высока у больных с сильно выраженной гипертрофией печени.

Следовательно, повышение уровня сывороточной г-ГТП можно рассматривать как объективный и чувствительный тест для диагностики алкоголизма. Повторные исследования активности данного фермента могут представлять ценность для контроля за ходом лечения и проверки истинности заверений пациентов, отказавшихся, по их словам, от приема алкоголя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вилкинсон Д.//Принципы и методы диагностической энзимологии (перев. с англ.).— М., Медицина, 1981.— 2. Логинов В. А., Чернов Н. Н., Березов Т. Т.//Вопр. мед. химии.— 1982.— № 5.— С. 2—10.— 3. Чернобровкина Т. В., Кершенгольц Б. М., Алексеев В. Г. и др.//Лаб. дело.— 1986.— № 9.— С. 523—525.

Поступила 26.01.87.

УДК 616.831.38—006.483

КЛИНИКА ЭПЕНДИМОМ IV ЖЕЛУДОЧКА У ВЗРОСЛЫХ

У. Б. Махмудов, М. В. Горельшева, С. В. Таняшин, В. В. Карнаухов

*Институт нейрохирургии имени акад. Н. Н. Бурденко (директор — акад. АМН СССР А. Н. Коновалов) АМН СССР, кафедра нейрохирургии (зав. — проф. К. Я. Оглезнев)
Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей*

Эпендимомы относятся к нейроэктодермальным опухолям центральной нервной системы и составляют среди них, по данным различных авторов [2, 5], от 3 до 6,3%. Большинство авторов отмечает наиболее частую локализацию эпендимом в IV желудочке, его полости или боковых выворотах [3, 4]. Время развития эпендимом колеблется от 6 мес до 11 лет. В начальной стадии заболевания долгое время протекает бессимптомно, к моменту появления первых клинических признаков, опухоль, как правило, достигает уже значительных размеров, заполняя во всех случаях полость IV желудочка.

В литературе недостаточно полно освещена клиника эпендимом IV желудочка у взрослых, поэтому мы сочли необходимым проанализировать клиническую симптоматику данных опухолей у больных именно этой возрастной категории.

Под нашим наблюдением находились 33 пациента (мужчин — 17, женщин — 16) в возрасте 15 лет и старше, леченные в Институте нейрохирургии имени акад. Н. Н. Бурденко с 1974 по 1984 г. Во всех случаях клинический диагноз был верифицирован на операции или аутопсии. Было диагностировано 28 эпендимом (4 — с признаками злокачественного роста) и 9 эпендимобластом. По результатам операции и данным протоколов вскрытий, распространенность опухолевого процесса была различной. Заполняя полость IV желудочка, опухоль у 20 больных про-