

10. Anderson John C., Labeds Rhoka J., Kewly Michael A. *Biochem. J.*, 1977, 167, 2, 345.
11. Christlansen Claus, Trausbol Ib. *Dan. Med. Bull.*, 1978, 25, 5, 203.
12. Mizutani H., Urist M. R. *Clin. Orthop.*, 1982, 111, 213.
13. Nemeth-Csoka M., Kovacsay A. *Exp. Pathol.*, 1979, 17, 2, 82.
14. Obrink Bjorn. *Eur. J. Biochem.*, 1973, 34, 1, 129.
15. Parry David A. D., Flint Michael H., Gillard Gerald D., Crais Alan S. *FEBS Lett.*, 1982, 149, 1, 1.
16. Sato K., Urist M. R., *Clin. Orthop.*, 1984, 183, 160.
17. Urist M. R. *Science*, 1965, 154, 12, 893.
18. Urist M. R., De Lange R. J., Finerman C. A. *Science*, 1983, 220, 681.
19. Urist M. R., Hugo I. K., Brownell A. G., Hohl W. H. et al. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA*, 1984, 81, 371.

УДК 618.11—006.37

К. Б. АКУНЦ, С. С. АКОПЯН, Р. П. МИРИМАНОВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Проведена сравнительная оценка эффективности оперативного и комплексного (консервативного и оперативного) методов лечения у больных, страдающих различными клиническими формами синдрома склерокистозных яичников. Сделан вывод, что наиболее эффективным методом лечения различных форм вышеуказанного синдрома является комплексная терапия.

Синдром склерокистозных яичников (ССКЯ) в настоящее время является довольно распространенным заболеванием. Данные литературы по вопросу лечения больных ССКЯ многочисленны и противоречивы. По мнению одних авторов [1, 3, 9], наиболее эффективным методом лечения является клиновидная резекция яичников, которая способствует восстановлению менструальной и генеративной функций у 60—88% больных. Другие исследователи [6, 7, 10] придерживаются мнения, что оперативный метод должен применяться только в тех случаях, когда исчерпаны все возможности консервативной терапии.

Целью настоящего исследования является изучение эффективности комплексного (оперативного и консервативного) метода лечения у 130 женщин (19—30 лет), страдавших различными формами ССКЯ.

Различают 3 клинических варианта ССКЯ: типичная форма (овариальная гиперандрогения), описанная Штейном-Левенталем [3, 5, 8, 9]; сочетанная форма (овариальная и надпочечниковая гиперандрогения) [2, 6, 8] и центральная форма с выраженными нарушениями в гипоталамо-гипофизарной системе [2, 4, 6, 8].

Клиническая форма ССКЯ была установлена на основании данных анамнеза, динамики развития заболевания и клинико-лабораторных методов исследования.

В зависимости от формы ССКЯ исследованные больные были разделены на 3 группы: 1 группу составили 82 больных в возрасте от 19 до 28 лет с центральной формой ССКЯ. Ведущими симптомами забо-

левания у этих больных явились: нарушения менструального цикла по типу опсоменореи—у 48 (58, 5%), дисфункциональных маточных кровотечений—у 25 (30, 5%) и вторичной аменореи—у 9 (11%); умеренно выраженный гирсутизм—у 72 (87, 8%); различная вегетативная симптоматика—у 31 (37, 8%); гиперпигментация кожи—у 78 (95, 1%); лабильность артериального давления—у 55 (67, 1%); повышение аппетита—у 70 (85, 3%); наличие полос растяжения, избыточная масса тела и бесплодие наблюдались у всех больных. У 24,4% женщин этой группы в анамнезе отмечались одна или две беременности, завершившиеся самопроизвольным выкидышем на ранних сроках. Продолжительность заболевания составила $6,4 \pm 1,2$ года.

При изучении биоэлектрической активности мозга у 74,3% больных были получены энцефалограммы, характеризующие поражение дисэнцефально-стволовых структур мозга и свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс корково-подкорковых образований. На краниограммах у 87,8% женщин имелись рентгенологические признаки внутричерепной гипертензии.

У больных этой группы отмечались расстройства углеводного (58,5%), белкового (32,9%), жирового (62,2%) обменов. Содержание 17-ОКС в суточной моче было в нормальных пределах или несколько выше. Содержание 17-КС в суточной моче составило $47,7 \pm 4,5$ мкмоль/сутки (при норме $33,6 \pm 2,1$). При проведении комбинированной функциональной нагрузочной пробы отмечалось одинаковое снижение 17-КС после I и II половины пробы: после введения экстроген-гестагенного препарата содержание 17-КС было $32,3 \pm 6,2$, после сочетанного введения этого препарата с дексаметазоном— $26,7 \pm 3,1$ мкмоль/сутки.

II группу составили 13 женщин в возрасте 20—26 лет с сочетанной формой ССКЯ. У больных этой группы ведущими симптомами явились нарушения менструального цикла по типу опсоменореи—у 9 (69, 2%) или аменореи—у 4 (30, 8%) и гирсутизм—у всех женщин. Оволосение лобка по мужскому типу, гипертрофия клитора отмечались у 6 (46, 1%) больных. На краниограммах у 3 (27, 1%) выявлено незначительное уменьшение размеров турецкого седла. При изучении ЭЭГ, пневмоперитонеограмм патологических изменений не обнаружено. Нет выраженных сдвигов в состоянии белкового, углеводного и жирового обменов. Содержание 17-ОКС в суточной моче было в пределах нормальных величин, а 17-КС—умеренно повышено у всех больных ($67,0 \pm 6,6$ мкмоль/сутки). При проведении комбинированной пробы отмечалось незначительное снижение 17-КС после приема экстроген-гестагенного препарата ($62,5 \pm 3,1$ мкмоль/сутки) и выраженное—после сочетанного введения этого препарата с дексаметазоном ($36,8 \pm 5,9$ мкмоль/сутки).

В III группу вошли 35 женщин в возрасте 20—30 лет с типичной формой ССКЯ. Ведущими симптомами у них являлись нарушения менструального цикла (по типу опсоменореи—у 30 (85, 7%), дисфункциональные маточные кровотечения—у 3 (8, 6%), вторичная аменорея—у 2 (5, 7%), бесплодие и умеренно выраженный гирсутизм. При изучении электроэнцефалограмм и краниограмм у женщин этой группы патоло-

гических изменений выявлено не было. Биохимические показатели состояния обмена белков, углеводов и жиров были нормальными. Содержание 17-ОКС в суточной моче было в пределах нормы, а 17-КС у части больных несколько превышало эти параметры, составляя в среднем $36,8 \pm 5,9$ мкмоль/сутки. При проведении комбинированной нагрузочной пробы наблюдалось выраженное снижение 17-КС после введения эстроген-гестагенного препарата ($22,2 \pm 4,5$ мкмоль/сутки) и дополнительное небольшое снижение после сочетанного введения этого препарата с дексаметазоном ($17,7 \pm 3,1$ мкмоль/сутки).

У всех 130 женщин отмечалось равномерное двустороннее увеличение яичников, подтвержденное данными пневмоперитонеографии.

Проводимое до и после операции консервативное лечение включало противовоспалительную, дегидратационную терапию (сульфат магния, уротропин, верошпирон, циклическая витаминотерапия, биохинол, диетотерапия, физические факторы лечения: вибрационный массаж паравerteбральной зоны, непрямая электростимуляция гипоталамо-гипофизарной области, эндоназальная гальванизация и т. д.), направленную на нормализацию функции центральных регулирующих структур. Противовоспалительная, дегидратационная терапия назначалась при всех формах ССКЯ. Если при центральной форме она являлась патогенетической, то при типичной и сочетанной формах эта терапия была показана в силу вторичного поражения центральных регулирующих структур [4]. Коррекцию функции коры надпочечников (при сочетанной форме) проводили глюкокортикоидами до и после оперативного лечения под контролем содержания 17-КС в суточной моче, общей реакции организма, динамики артериального давления и диуреза. В целях предупреждения развития послеоперационных спаек в малом тазу больным назначалась лечебная гидротубация с 7—8-го дня после операции.

Среди больных, страдавших центральной формой ССКЯ, до и после операции получили консервативное лечение 30 (36, 6%) женщин, с сочетанной формой ССКЯ—4 (30, 8%), а с типичной—15 (42, 9%) больных.

Оценка результатов лечения проводилась на основании анамнеза, жалоб больных и некоторых клинико-лабораторных показателей. При оценке эффективности учитывалась динамика массы тела, состояние репродуктивной функции, трофические поражения кожи, состояние углеводного, жирового и белкового обменов, изменения артериального давления.

Критериями результатов лечения являлись: *выздоровление*—жалобы отсутствовали, патологический рост волос уменьшился, менструальный цикл стал регулярным и наступила беременность; *улучшение*—жалобы на отсутствие беременности, менструальный цикл стал регулярным, патологический рост волос уменьшился или был без изменений; *без изменений*—жалобы те же, что и до лечения, вся симптоматика осталась прежней; *ухудшение*—к прежним жалобам присоединились новые,

нарушения менструальной функции становились более глубокими, патологический рост волос прогрессировал.

Степень эффективности лечения больных ССКЯ отражена в табл. 1.

Таблица 1
Эффективность (в %) лечения больных, страдающих различными формами ССКЯ, получавших комплексную терапию или только оперативное вмешательство

Клинические формы ССКЯ	Центральная (I группа)		Сочетанная (II группа)		Типичная (III группа)	
	комплексное	только оперативное	комплексное	только оперативное	комплексное	только оперативное
Выздоровление	43,3	15,4	25,0	—	73,3	45,0
Улучшение	50,0	42,3	50,0	22,2	26,7	45,0
Без изменения	6,7	36,5	25,0	66,7	—	10,0
Ухудшение	—	5,8	—	11,1	—	—

Как видно из таблицы, наибольшее (94, 3%) число женщин с выздоровлением и улучшением отмечалось в группе с типичной формой ССКЯ. Выздоровление в основном выявлено в группах, получавших комплексную терапию.

Таблица 2
Характер патологического роста волос (в %) у больных ССКЯ, получавших комплексную терапию или только оперативное вмешательство

Клинические формы ССКЯ	Центральная (I группа)		Сочетанная (II группа)		Типичная (III группа)	
	комплексное	только оперативное	комплексное	только оперативное	комплексное	только оперативное
Полное выпадение	3,3	5,8	25,0	—	73,3	25,0
Уменьшение роста волос	26,7	5,8	—	—	26,7	45,0
Уменьш. роста волос после эпиляции	36,7	36,5	—	—	—	25,0
Без изменения	30,0	36,5	75,0	88,9	—	5,0
Усиление патологич. роста волос	—	15,4	—	11,1	—	—

Таблица 3
Число женщин (в %) с трубной непроходимостью после комплексной терапии или только оперативного вмешательства из числа бесплодных

Клинические формы ССКЯ	Центральная (I группа)		Сочетанная (II группа)		Типичная (III группа)	
Лечение	17	5,9%	3	—	4	25,0%
Комплексное	44	25,0%	9	11,1%	11	27,3%
Оперативное						

При оценке состояния менструальной функции наилучшие результаты были выявлены в группе женщин с типичной формой ССКЯ (94,3%), получивших комплексную терапию. При сочетанной форме ССКЯ менструальный цикл урегулировался у 75%, в то время как после только оперативного лечения он стал регулярным у 22,2% больных. При центральной форме ССКЯ восстановление менструальной функции отмечалось особенно четко. Даже у пациенток со вторичной аменореей менструальный цикл стал регулярным. Нарушения менструального цикла по типу дисфункциональных маточных кровотечений требовали обязательной гормональной коррекции.

Патологический рост волос после проведения комплексной терапии значительно уменьшился у больных с типичной формой ССКЯ. У женщин с сочетанной и центральной формами ССКЯ также наблюдались благоприятные результаты (табл. 2).

К осложнениям клиновидной резекции яичников относят непроходимость маточных труб в результате развития послеоперационного спаечного процесса в органах малого таза. Так, у 25% больных с центральной и у 27,3% с типичной формами ССКЯ была выявлена трубная непроходимость. В результате комплексного лечения число больных с трубной непроходимостью значительно снизилось, особенно при центральной форме ССКЯ (5,9%) (табл. 3).

Таким образом, наиболее эффективным методом лечения различных форм ССКЯ является комплексная терапия, включающая противовоспалительную, дегидратационную терапию с целью регуляции центральных структур, клиновидную резекцию яичников и послеоперационное лечение, направленное на предупреждение развития трубной непроходимости.

Кафедра акушерства и
гинекологии Ереванского
медицинского института

Поступила 6/І 1986 г.

Կ. Բ. ԱԿՈՒՆՏ, Ս. Ս. ՀԱԿՈՔՅԱՆ, Ռ. Պ. ՄԻՐԻՄԱՆՈՎԱ

ՍԿԼԵՐՈԿԻՍՏՈՂ ԶՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ՍԻՆԴՐՈՄՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ

Սկլերոկիստող ձվարանների սինդրոմի տարբեր կլինիկական ձևերով առաջացող հիվանդների մոտ անց է կացվել վիրաբուժական և կոմպլեքսային (կոնսերվատիվ և վիրաբուժական) բուժման մեթոդների արդյունավետության համեմատական գնահատում:

Եզրակացվում է, որ այդ սինդրոմի տարբեր ձևերի բուժման առավել արդյունավետ մեթոդը կոմպլեքսային բերապիան է:

K. B. AKUNTS, S. S. HAKOPIAN, R. P. MIRIMANOVA

EFFECTIVENESS OF THE COMPLEX METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SYNDROME OF SCLEROCYSTIC OVARIES

The comparative evaluation of the effectiveness of the surgical and complex (conservative and surgical) methods of the treatment of 130 pati

ents suffering from different forms of sclerocystic ovaries has been carried out.

It is concluded, that the most effective method of treatment of the syndrome of the sclerocystic ovaries is the complex therapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акунц К. Б., Саркисян Р. Г., Алагемян Д. С. Акуш. и гинекол., 1982, 10, с. 22.
2. Бенедиктов Д. И. Автореф. дисс. канд. Челябинск, 1981.
3. Бескровная Н. И. Автореф. дисс. докт. Л., 1972.
4. Вейнберг Э. Г., Маркарова О. С., Баблидзе Н. И. Акуш. и гинекол., 1982, 10, с. 19.
5. Вихляева Е. М. Акуш. и гинекол., 1981, 7, с. 58.
6. Крымская М. Л., Петухова Л. В., Сметник В. П. Акуш. и гинекол., 1972, 6, с. 20.
7. Петухова Л. В. Автореф. дисс. канд. М., 1978.
8. Стариков Н. Т. Основы клинической андрологии. М., 1973.
9. Хейфец С. Н. Акуш. и гинекол., 1982, 2, с. 16.
10. Цуцор В. Б. Автореф. дисс. канд. Свердловск, 1979.

УДК 616.831—005.

Э. М. ГЕВОРКЯН, А. В. СТЕПАНЯН

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Показано, что в остром периоде при ишемическом инсульте гиперкоагуляционные свойства крови более выражены, чем при геморрагическом инсульте. Гипокоагуляционные свойства крови, наоборот, более значительно выражены при геморрагических, чем при ишемических инсультах. После курса лечения коагуляционные свойства крови в обоих случаях нормализуются, что имеет диагностическое и прогностическое значение.

Изучение свертывающей и антисвертывающей систем крови является существенным звеном в патогенезе острых нарушений мозгового кровообращения. Настоящая работа носит клинико-биохимический характер и предпринята с целью изучения и сопоставления данных о характере острого нарушения мозгового кровообращения и состояния свертывающей и антисвертывающей систем крови на фоне гипертонической болезни и атеросклероза.

Анализ наших исследований показал, что у наблюдаемых больных происходят заметные изменения в коагуляционной системе крови. Общеизвестно, что одной из важнейших функций организма в процессе свертывания крови является нейрогуморальная регуляция. Экспериментальные, клинические и патофизиологические наблюдения доказали сложность механизма возникновения тромбоза, развивающегося как результат комплекса функционально-биохимических нарушений, связанных с состоянием всего организма, в том числе и с центральной нервной системой.

В последние годы доказано, что сосудистая стенка не является просто механическим фактором, ограничивающим сосудистое русло; в стенке сосуда вырабатывается ряд ферментов, участвующих в различных обменных процессах, в том числе и в коагуляции крови. Все слои сосудистой стенки обладают тромбопластической активностью, причем внут-