

scheduled for oncogynecologic surgery. No significant ($p>0,05$) differences between solutions with or without morphine in respect of duration of anesthesia were revealed.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шлапак И.П., Трещинский А.И., Сиваченко Т.П. и др. Комбинированная спинальная анестезия и пролонгированная послеоперационная анальгезия с использованием морфина // Конгрес анестезіологів-реаніматологів України «Актуальні проблеми анестезіології та реаніматології». - Запоріжжя, 1992.- С.57-58.
2. Caldwell L.E., Rosen M.A., Snider S.M. Subarachnoid morphine and fentanyl for labor analgesia. Efficacy and adverse effects // Reg.Anesth., 1994.-V.19.- N 1.- P.2-8.
3. Verenkin N.L., Soosko V.S. Spinal anesthesia and subarachnoid phenol denervation using a modified lemon technique // Reg.Anesth., 1993.- V.18/4.- P.226-229.
4. Семенухин А.А., Мазяев В.П., Шуматов В.Б., Гельцер В.И. Оценка эффективности спинальной анестезии лидокаином в сочетании с морфином // Вестн.хирургии им.Грекова, 1990. - 144. - № 4.- С.100-102.
5. Белоярцев Ф.Ф. Электромиография в анестезиологии.- М.: Медицина, 1980.- 232 с.

Поступила в редколлегию 25 ноября 1997 г.

УДК 616-006.36-089

ЛЕЙОМИОМА В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

В.А.Андреевская, доц.; О.В.Пранова, студ.

Лейомиома матки - одна из наиболее часто встречающихся доброкачественных новообразований в пременопаузе, наиболее часто она встречается в возрасте от 40 до 55 лет [1].

Показания к оперативному лечению возникают чаще с началом физиологической пременопаузы, в 45 лет [2-4]. Частота оперативного лечения больных с преобладанием радикальных операций в этом возрасте высока - 80,7% [5]. Однако превалирует мнение о необходимости сокращения оперативных вмешательств, особенно у женщин в возрасте, близком к мено- и постменопаузе, когда гораздо ниже вероятность злокачественной трансформации лейоматозных узлов [5, 6].

В Полтавском клиническом родильном доме наблюдали 100 женщин в возрасте от 40 до 55 лет с длительностью пременопаузы 5-10 лет + 0,6 года. Из них физическим трудом занимались 69%, умственным - 18%, не работали (вели домашнее хозяйство) 13% больных. Тщательно изучались особенности адямнеза (перенесенные заболевания в детском и пубертатном периодах, начало менархе, становление и характер менструальной, репродуктивной функции, гинекологические заболевания, оперативные вмешательства в прошлом, сопутствующие экстрагенитальные заболевания).

Применялись клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования: кольпоцитологический, кольпоскопический, гистологический (биопсия эндометрия и эндоцервикса), ультразвуковая диагностика.

Из 100 наблюдаемых пациенток инфекционные заболевания в детском возрасте и в периоде полового созревания перенесли 52% женщин. Поздняя менархе отмечена у 22%, раньше 11 лет она началась у 8% больных. Нарушение менструального цикла в различные периоды жизни отмечалось у 29% больных. Регулярный менструальный цикл был у 71% женщин, однако длительными и болезненными менструациями были у 43% пациенток из этой группы.

В самом деле, литература отражает, что длительные менструации, поздняя менархе, нарушения менструального цикла являются предпосылкой к развитию лейомиомы [3].

В анамнезе у 9% больных было первичное бесплодие, у 17% - вторичное (не все больные при этом обращались к врачу). У остальных женщин репродуктивная функция не была нарушена, интересно, что только 4% пациенток из этой группы применяли периодически оральные контрацептивы, остальные нерегулярно пользовались традиционной контрацепцией и ВМК.

При специальном обследовании у 42% больных выявлены те или иные воспалительные изменения внутренних половых органов, что несколько больше, нежели отражается в литературе [8]. У 3% больных наряду с воспалительными процессами выявлены кисты яичников, у 10% - эрозия шейки матки.

В прошлом по поводу воспалительных процессов лечилось 63% женщин. Из них стационарное и амбулаторное лечение было у 80% пациенток, 15% получили санаторно-курортное лечение, 5% женщин ничем не лечились, лейомиома у них была выявлена впервые в пременопаузе.

Из перенесенных операций по частоте своей превалировало *abrasio cavi uteri* с целью искусственного прерывания беременности. Один искусственный аборт был у 9% пациенток, два - у 23%, от трех до восьми - у 59%, что наряду с воздействием других факторов могло способствовать развитию лейомиомы [3]. Только у 8% женщин имелись самопроизвольные аборт, остальные были искусственными, что указывает на низкий уровень знаний и спектр применения контрацептивов.

Операции на придатках в прошлом были у 17% женщин, консервативная миомэктомия - у 2%.

У женщин с ненарушенной репродуктивной функцией роды крупным плодом были у 26%, многорожавшие составили 14%. В последствии мы отметили, что именно эти пациентки попали в группу с быстрорастущей лейомиомой матки.

Патология молочных желез сопутствовала 5% больных. В анамнезе тонзилэктомия была у 6% пациенток, аппендэктомия - у 12%, инфекционный гепатит - у 4%, травмы ЦНС - у 3%, хронический тромбофлебит ног - у 9%. Преморбидным фоном больных наиболее часто были сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь - у 38%, гипотония и НСД - у 27%, анемия - у 59%, сахарный диабет - у 2%, нарушение жирового обмена - у 34%), что согласуется с данными литературы [5].

К сожалению, анализ проводимого лечения при экстрагенитальных заболеваниях в анамнезе не представился возможным. Изучая проведенное лечение по поводу лейомиомы, мы установили, что в процессе диспансерного наблюдения больные неоднократно получали комплексную терапию, включающую витамины, средства, сокращающие матку, препараты железа, порой гемотрансфузию и криоплазму. Гормональная терапия чаще применялась в позднем репродуктивном периоде, да и то у незначительного числа больных, изредка в ранней и своевременной пременопаузе для нормализации менструального цикла, редко с целью торможения роста опухоли. В целом она применялась лишь у 12% женщин, что чрезвычайно мало и указывает на крайне недостаточное применение патогенетической терапии, которую мы в течение 4 лет наблюдения применили у 47% женщин. Следует отметить, что только одна из этой группы женщин оперирована по поводу субмукозной лейомиомы (подчеркиваем, что нами проведены лонгитудинальные исследования).

Из общего числа наблюдаемых нами женщин лейомиома величиной как до 10 недель беременности была у 51% пациенток, как до 11-13 недель - у 39%, как до 14 недель и больше - у 9%, у одной больной

выявлен субмукозный рождающийся узел, по поводу чего произведена консервативная миомэктомия с последующим фракционным лечебно-диагностическим выскабливанием эндоцервикса и эндометрия, как и у всех остальных пациенток, которым оно проводилось с диагностической целью по поводу растущей лейомиомы любой локализации либо с геморрагическим синдромом.

Патолого-гистологические исследования соскобов эндоцервикса и эндометрия выявили железисто-кистозную гиперплазию у 57% больных, внутренний эндометриоз (аденомиоз) - у 16%, очаговую гиперплазию эндометрия с полипозом или без него - у 7%, полипы на фоне слизистой, соответствующей фазе менструального цикла, - у 4% женщин.

Кольпоскопия подтвердила истинную эрозию шейки матки у 4% женщин, эндоцервицит, осложненный ложной эрозией шейки матки, - у 6% пациенток. Эктропион при этом выявлен у 5% больных. Злокачественных новообразований при биопсии шейки матки выявлено не было. Кольпоцитологическое исследование, проведенное 30 женщинам, показало что у 77% пациенток была четко выражена эстрогенная стимуляция (кариопикнотический индекс колебался от 62 до 78%).

Выраженный болевой синдром наблюдался у 25% пациенток, геморрагический - у 47%, быстрый рост опухоли выявлен у 15% женщин. В литературе имеются указания, что наиболее часто больные оперируются в связи с быстрым ростом опухоли [2, 4, 6]. У наблюдаемых нами больных этого факта мы не отметили, но, как уже говорилось, быстрый рост опухоли был чаще у многорожавших или у рожавших крупных детей (в литературе подобных высказываний мы не встретили). Ультразвуковое исследование выявило множественные интрамуральные узлы с центрипетальным ростом величиной от 3 до 10 см у 28% больных, субмукозные - у 7% (у них же выявлены меноррагии), субсерозные узлы с широкой короткой ножкой найдены у 17% пациенток. Кисты подтверждены у 3% больных, кистозная дегенерация яичников выявлена у 14%.

В плановом порядке оперировано 43% женщин, в ургентном - 5%. Показаниями для оперативного лечения были:

- менометроррагии с болевым синдромом у 17% женщин;
- быстрый рост опухоли у 9%;
- патология придатков в сочетании с лейомиомой у 8%;
- большие размеры опухоли (более 14 недель) у 4% женщин;
- субмукозное расположение узлов у 7%;
- признаки некроза в тканях опухоли у 2%.

Нередко показания к операции сочетались. Наблюдение показало, что наиболее часто в пременопаузе оперированы женщины в силу отсутствия эффекта от непатогенетической консервативной терапии при мено- и менометроррагиях. Менее половины пациенток оперировано при применении гестагенов с целью патогенетического лечения лейомиомы. Считаю, что оптимальным явится проведение органосохраняющей терапии гестагенами, обеспечивающей гомеостаз в пременопаузе.

SUMMARY

The methods of 100 patients treatment with leiomyoma in the premenopause have been studied. 48% of them have been operated. The women have been operated twice oftener without preliminary pathogeny treatment. Organs saving therapy has appeared to be optimum, resulting in homeostase in premenopause.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія : Навчальний посібник для лікарів-інтернів медичних закладів 3-4-го рівня акредитації.- Київ: Здоров'я, 1996.

2. Кондриков Н.И., Ежова Л.С., Беляева Л.А., Ботвин М.А., Побединский Н.М. Морфологические критерии быстрого роста лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста //Акушерство и гинекология.-М.: Медицина, 1997.- №2.- С.51-54.
3. Руководство по эндокринной гинекологии/ Под редакцией Е.М. Вихляевой.- М., 1997.
4. Железнов Б.И., Васильченко Н.П., Кириченко В.И., Арутюнян Г.К. Трактовка морфологических изменений в тканях и органах репродуктивной системы после радикальных операций по поводу лейомиомы матки //Акушерство и гинекология.- М.: Медицина, 1990.- №7.-С.66-68.
5. Васильченко Н.П., Фириченко В.И. Лечение больных миомой матки и его эффективность //Акушерство и гинекология, 1990.- №2.-С.7-10.
6. Железнов Б.И., Брумштейн Л.М. Морфофункциональная характеристика матки при дистрофических изменениях и некрозе лейомиомы //Акушерство и гинекология, 1990.- №2.-С.21-24.

Поступила в редколлегию 15 июня 1998 г.

УДК 616.12 - 008.331.1

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.В.Кустов, доц.; М.И.Курилова, студ.; Е.П.Мусяка, студ.

Психосоматический подход подчеркивает актуальность участия в патогенезе некоторых заболеваний психосоматических факторов, которые являются либо ведущими условиями формирования соматической патологии и ее рецидивирования, либо играют роль неблагоприятного фона. Актуальность проблемы психосоматических заболеваний обусловлена также высоким уровнем их распространенности, который по данным ряда авторов колеблется от 15 до 50% в популяции населения и составляет около 2/3 больных, посещающих общесоматические поликлиники [1-3].

Изучение психосоматических расстройств осуществляется в рамках двух основных направлений: первое представлено преимущественно психоаналитическими и психодинамическими концепциями, второе - физиологическими, в т.ч. экспериментально-физиологическими исследованиями [3,4].

Первые научные объяснения психосоматическим соотношениям дал З.Фрейд, введя понятия "конверсия" и "конверсионные расстройства". В дальнейшем психоанализ внес существенный вклад в понимание некоторых механизмов формирования психосоматических расстройств.

А.Адлер предложил теорию символики органов, Ф.Данбар описала язвенный, коронарный, артритный типы личности, были предложены конфликтные модели, характерные для определенных болезней [5]. Кроме типов личности и эмоциональных конфликтов Ф.Александром было выделено третье условие возникновения психосоматических расстройств - ситуация-ускоритель, мобилизующая центральный внутриличностный конфликт и нарушающая функционирование механизмов психологической защиты. Однако в связи со сложностью проблем психосоматических расстройств требуется их холистическое и системное видение, где кроме психологических влияний учитывались бы факторы наследственной стигматизации функциональных соматических систем, их ослабление в результате перенесенных травм или инфекций, влияние нервной системы на течение трофических и репаративных процессов. Поэтому, несмотря на то, что многими школами были признаны психоаналитические идеи, среди публикаций в основных психосоматических журналах работы психоаналитической ориентации в настоящее время составляют не более 10% [1].