

Таким образом, для больных, страдающих бесплодием, при наличии хронических заболеваний печени, характерными являются патологические изменения полового цикла (ановуляторные, гиперэстрогенные или овуляторные с недостаточностью лютеиновой или обеих фаз цикла). У них выявляются изменения в белковом, липидном обменах, состоянии внутрипеченочного кровообращения, что свидетельствует о скрытой функциональной недостаточности печени. Предполагая патогенетические связи между нарушениями цикла и скрытой функциональной недостаточности печени у женщин с хроническими заболеваниями данного органа при бесплодии, следует рекомендовать назначение гепатотропных средств в комплексной терапии гормональных расстройств больных указанной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акунц К. Б. В кн.: Актуальные вопросы бесплодия в браке. Ереван—Айстан, 1978, с. 183.
2. Акунц К. Б. Акуш и гин., 1976, № 2, с. 63—64.
3. Анисимова М. И., Тодорцева М. С. *Вопр. охр. мат.*, 1976, т. 21, № 10, с. 75—78.
4. Бенедиктов И. И. и соавт. *Акуш. и гин.*, 1976, № 2, с. 39—42.
5. Давыдов С. Н. *Трубное бесплодие*. М., 1977.
6. Пескова В. И. *Фельдшер и акушерка*, 1962, № 4, с. 30—33.
7. Хейфиц С. Н. *Бесплодие эндокринного происхождения у женщин*, М., 1970.
8. Adlercreutz H. et al. *Amer. J. Med.*, 1970, 49, 5, 630—648.

*В. И. КОНОВАЛОВ, Ю. Ю. ХАРЛАМОВ,
С. А. ЗАЙКОВ, Л. И. АНТОНОВА*

К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГИПОТАЛАМУСА У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Большое значение в генезе эндокринного бесплодия придается нарушению функций гипоталамо-гипофизарной системы [1, 2]. Сочетание в клиническом синдроме больных с гормональ-

ным бесплодием вегето-сосудистых, эмоционально-психических, эндокринных, обменно-трофических расстройств свидетельствует о том, что в патогенезе нарушения генеративной функции существенное значение имеют изменения гипоталамического отдела центральной нервной системы. Однако нередко клинические проявления гипоталамических нарушений могут быть скудными, хотя патология существует, но пока на грани функциональной напряженности [5]. И только динамическое наблюдение и специальное обследование может выявить гипофизарно-гипоталамический генез заболевания.

Обычно обследование является достаточно трудоемким, повторяющимся неоднократно, требует консультаций специалистов-эндокринологов и невропатологов. Проводится рентгенологическое исследование черепа и турецкого седла, осмотр глазного дна, определение полей зрения, ангиография, эхолокация, определение биоэлектрической активности мозга для исключения органических повреждений. Наряду с обследованием функции яичников, необходимо выявлять патологию щитовидной, поджелудочной желез и надпочечников. Однако и этого мало для установления гипоталамо-гипофизарного генеза нарушений функций периферических эндокринных желез (в том числе и яичников). Необходимо проведение определенных функциональных проб с хоригоном, АКТГ, ТТГ и т. д., что подтверждает первичность поражения функции гипоталамо-гипофизарной области [3, 4, 5, 7, 8].

Столь обширный объем обследования трудоемок и, к сожалению, не всегда результативен. Нередко столь большими усилиями отвергается центральный генез патологии. Хотелось бы иметь, особенно в тех случаях, когда анамнез нечеткий, а клиника стертая, предварительные косвенные тесты, указывающие на возможную гипоталамическую природу заболевания, и лишь тогда проводить детальное обследование с проведением функциональных проб.

С этой целью мы провели у наших больных с бесплодием апробирование косвенных вегетативных тестов — облучение ультрафиолетовыми лучами, пробы Мак—Клюра—Олдрича, пробы Лукателло и аспириновой пробы. Все это проводилось параллельно с указанным выше объемом полного обследования.

Нами проведено комплексное обследование 100 больных с эндокринным бесплодием и 20 практически здоровых женщин, составивших контрольную группу. Длительность заболевания у обследованных составила: до 5 лет—у 25, от 6 до 10 лет—у 35,

свыше 10 лет—у 40 больных. Нарушения менструальной функции по типу опсоменореи мы выявили у 70 больных, первичную аменорею—у 7, ановуляторные кровотечения—у 18 и клинически цикл был не нарушен у 5 больных.

Все вегетативные тесты исследовались в предполагаемую I фазу цикла. Облучение ультрафиолетовыми лучами мы проводили в физиотерапевтическом кабинете переносной кварцевой лампой по способу Горбачева с модифицированным биодозиметром в 10 полей, по возможности, с соблюдением одинаковых условий облучения. Кварцевую лампу всегда устанавливали отвесно на расстоянии 20 см от облучаемых участков кожи. Экспозиция освещения полей от 1 до 10 минут. Облучались одновременно или равномерно симметричные участки кожи внутренних поверхностей предплечий и плеч. Характер эритемы определяли окончательно через 24 часа после облучения, при этом учитывались скрытый ее период, эритемная чувствительность кожи к облучению, степень окраски полей и симметричность или асимметричность ее. Данные о характере ультрафиолетовой эритемы у больных с эндокринным бесплодием представлены в таблице.

Из таблицы видно, что у больных с эндокринным бесплодием отмечался преимущественно нормальный и угнетенный тип

Таблица 1

Характер ультрафиолетовой эритемы у больных с эндокринным бесплодием

Группа обследованных	Характер ультрафиолетовой эритемы				ВСЕГО обследованных
	нормальный	ирритативный	угнетенный, отсутствует	асимметричная	
Больные с эндокринным бесплодием	80	2	14	4	100

ультрафиолетовой эритемы. Идентичные отклонения в характере эритемы находил Д. Г. Шефер [6] у больных с эндокринно-обменными нарушениями, причем, из четырех типов эритемы у них преобладали угнетенный и нормальный типы. Снижение реактивности кожи к ультрафиолетовому облучению свидетельствовало о нарушении функции гипоталамуса.

При исследовании гидрофильности тканей (проба Мак—Клора—Олдрича) мы отметили следующее: нормальная скорость рассасывания папулы у 70 (70%) больных с эндокринным бесплодием, ускоренная у 25 (25%), асимметричная у 3 (3%). Ускоренное рассасывание папулы у 25% больных указывает на ирритацию гипоталамических вегетативных центров, регулирующих водный обмен в организме [5]. В группе здоровых женщин ускоренное рассасывание папулы не было отмечено.

Показатели пробы Лукателло, основанной на соотношении подмышечной и ректальной температур у обследованных больных с эндокринным бесплодием, были следующими: нормальное соотношение отмечено у 68 (68%), изотермия — у 27 (27%) и терминверсия у 5 (5%).

Наличие изотермии у трети обследованных больных свидетельствовало о поражении терморегулирующих центров гипоталамуса.

При проведении аспириновой пробы, основанной на оценке характера потоотделения, мы считали нормой появления умеренной потливости через 40—60 минут после приема 1 г аспирина. У больных с эндокринным бесплодием характер аспириновой пробы был следующим: нормальная реакция у 72 (72%), отсутствие реакции у 15 (15%), неадекватный гипергидроз у 13 (13%) больных. Отсутствие реакции на аспирин и наличие неадекватного гипергидроза также свидетельствовали о нарушении функции гипоталамуса.

Выявленные диссоциированные сдвиги при исследовании диэнцефальных тестов у трети обследованных больных мы рассценили как симптом нарушенной функции гипоталамуса. Вывод этот считаем правомочным, так как показатели косвенных вегетативных тестов в большинстве своем давали те же результаты относительно наличия гипоталамических нарушений, что и указанный выше полный объем обследования с проведением функциональных проб. После указания на гипоталамо-гипофизарный генез гормонального бесплодия косвенных вегетативных тестов, необходимо провести обследование больных в полном объеме для уточнения наличия и степени всех патогенетических полигландулярных нарушений. Это необходимо для выбора путей нормализации, поскольку восстановление только функции яичников без коррекции всей патологии в случаях центрального генеза бесплодия оказывается неэффективным и обычно носит временный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И. И. *Акуш. и гин.*, 1978, № 3, с. 43—47.
2. Ковалева Н. Б. К оценке функциональных изменений печени при общем ожирении. Автореф. канд. дис., Свердловск, 1975.
3. Побединский Н. М. и соавт. *Акуш. и гин.*, 1980, № 10, с. 27.
4. Пшеничникова Т. Я. *Акуш. и гин.*, 1979, № 5, с. 18.
5. Хейфец С. Н. Бесплодие эндокринного происхождения у женщин. М., 1970.
6. Шефер Д. Г. Гипоталамические синдромы. М., 1971.
7. Curchod A. et al. *Gynäk. Rdsch.*, 1975, 15, N 2, 150—160.
8. Dodson K. S. et al. *Brit. J. Obstet. Gynec.*, 1975, 82, N 8, 615—624.

*С. А. ШАРДИН, Е. А. БРИК,
Л. Н. МАВРИНА, Г. Ф. ХАЛИНА*

О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ ВСЛЕДСТВИЕ СКЛЕРОКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Бесплодие, особенно гормональное, может явиться одной из причин развития неврозов у женщин. Литературные данные указывают на преобладание среди женщин, страдающих неврозами, бездетных или малолетних [3]. Постоянная психическая травматизация в связи с невозможностью дать обществу потомство, конфликтные ситуации в семье, чувство своей ущербности и социальной неполноценности, а также расстройства корково-подкорково-яичниковых взаимоотношений могут обусловить у женщины состояние нервно-психической слабости и развитие полиморфной вегетативной симптоматики. Сочетание биологического, психологического и социального факторов развития невроза может иметь место у женщин, страдающих склерокистой яичников, для которого патогномичными симптомами являются дисгормоноз и бесплодие. Рядом авторов [2, 5] указывается на наличие при синдроме склерокистозных яичников разнообразных симптомов астеноневротического и вегетативно-сосудистого характера, которые дополняют и без того безрадостную клиническую картину заболевания.