

14. Сатурская А. Б. Иммунологическая несовместимость организмов матери и плода по антигенной системе АВО и ее значение в клинике. Автореферат канд. дисс., Львов, 1975.
15. Сейджанова К. Д. О влиянии изоантитенной несовместимости организмов матери и плода на состояние плаценты. Автореф. канд. дисс., Алма-Ата, 1971.
16. Чулиева Н. Ч., Мордухович А. С. Акуш. и гин., 1975, № 2, с. 48—50.

Н. А. ТРОНЬ, В. Б. ЦУЦОР, Г. А. МАЛАХОВА

О ГЕНЕЗЕ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Из всех симптомов склерокистозных яичников самым обязательным является бесплодие, с жалобой на которое, в основном, и обращаются эти больные к врачу.

Наличие склерокистоза яичников, по мнению ряда авторов, уже исключает наличие овуляции вообще или полноценных циклов в яичниках, поэтому с этих позиций гормональный генез бесплодия очевиден [1, 2, 3, 4, 5]. Однако в плане назначения лечения необходимым является уточнение степени гормональных нарушений, что и определяет тактику врача в обследовании бесплодия у больных со склерокистозом яичников. Это положение диктует предварительное полноценное обследование больных по тестам функциональной диагностики с обязательным исследованием эндометрия даже в случаях уже уточненного рентгенологически диагноза склерокистоза яичников.

Кроме этого, необходимо помнить о формах так называемого вторичного склерокистоза, возникающего после перенесенного, часто рецидивирующего воспалительного процесса, особенно туберкулезного. Учитывая эту форму синдрома, больным с подозрением на склерокистоз яичников или уже установленным диагнозом, но особо заинтересованным в репродуктивной функции, в плане обследования необходимо проводить пробу Шпека или по показаниям гистеросальпингографию.

Нами обследовано 50 женщин со склерокистозом яичников, подтвержденным рентгенологически; эти больные были в возрасте 21—30 лет. Начало менструаций наблюдалось у большин-

ства больных в обычные сроки, с 12 до 14 лет, у 4 женщин с 15—17 лет. В дальнейшем у большинства из них развились клинически выраженные нарушения полового цикла, чаще проявляющиеся в виде гипоменструального синдрома. С выходом замуж или с началом регулярной половой жизни, как правило, наблюдалось клиническое усугубление гипоменструального синдрома: еще больший межменструальный промежуток с непродолжительными скудными менструациями, либо удлинение цикла до 3—5 месяцев, но с явлениями гиперполименореи, либо наступали перемежающиеся или стойкие аменореи. Семь женщин менструировали нормально и только после перенесенного воспалительного процесса после замужества стали отмечать проявление гипоменструального синдрома. У 5 женщин из группы обследованных с менархе были и продолжались затем регулярно лишь несколько пролонгированные циклы — 32—35 дней, что больные и не расценивали как отклонение от нормы; единственной жалобой их было бесплодие.

Из всей группы первичным бесплодием страдали 28 женщин, вторичным 15, невынашиванием беременности 7. Обследование всех 50 больных, заинтересованных в беременности, параллельно с методами, подтверждающими синдром склерокистозных яичников, проводилось в направлении обследования бесплодных супружеских пар. Обследовались и супруги — у 5 из них выявлены нарушения в спермограмме. Проходимость труб определялась пробой Шпека, но, как правило, при отрицательном результате последней проводилась гистеросальпингография.

У 12 больных определялся спаечный процесс в малом тазу и полная или частичная непроходимость труб. Восемь больных указывали в анамнезе на перенесенный воспалительный процесс, а для четырех женщин констатация бывшего воспалительного процесса и трубной непроходимости в связи с этим была неожиданной. Поэтому давность воспалительного процесса установить у всех не удалось, а, следовательно, невозможно было во всех случаях четко представить роль воспалительного процесса в развитии склерокистоза, но у 7 женщин эта связь четко прослеживается по изменению менструальной функции и развитию гирсутизма; в остальных случаях воспалительный процесс, видимо, наслонился и усугубил развитие склерокистоза.

Все 50 женщин со склерокистозом яичников обследовались по тестам функциональной диагностики — гормональной кольпоцитологии с подсчетом КПИ, теста арборизации и Голубевой, измерения ректальной температуры и эндометриальной гистоло-

гин. Эндометрий для исследования брали щадящим методом — методом аспирации из полости матки шприцом Брауна. Обычно диагностировались ановуляторные гипоестрогеновые циклы — у 44 женщин, ановуляторные гиперэстрогеновые у 2; овуляторные с недостаточностью обеих фаз — у 4. Все это указывает на гормональный генез бесплодия у всех обследованных больных.

О гормональном генезе бесплодия свидетельствовали и данные эндометриального теста. Картина эндометрия была самой разнообразной, от атрофии до железистокистозной гиперплазии: атрофия, покой в эндометрии — у 7 женщин, пролиферация — у 36, пролиферация и слабая секреция — у 4, железистокистозная гиперплазия — у 2, диспластический эндометрий — у 1 больной. Как видно из представленных данных, чаще наблюдающаяся пролиферация в эндометрии была сниженной, что соответствует определяемому по другим тестам гипогормональному фону, и ни у одной больной не найдено секреторных полноценных изменений.

Мы считаем целесообразным при обследовании больных со склерокистозом яичников выделять 3 типа наиболее часто встречающихся ановуляторных гипогормональных циклов, а именно: а) с недостаточностью фолликула I степени — на 14—16 день цикла определяются преимущественными клетки IV типа или IV—III, КПИ—40—50%; б) с недостаточностью фолликула II степени — тип мазка III—IV, КПИ—20—40%; в) с недостаточностью фолликула III степени: тип мазка III, КПИ—0—20%.

Такой дифференцированный подход к оценке гормональной деятельности яичников при лечении бесплодия, у больных со склерокистозом позволяет рекомендовать наиболее рациональную консервативную, в том числе и гормональную терапию для коррекции циклов.

Таким образом, в группе больных с синдромом склерокистозных яичников наблюдающееся бесплодие связано с различными формами нарушений полового цикла, но не исключается и сочетание последнего с трубным бесплодием, особенно в случаях вторичного развития синдрома или сочетания его с воспалительным процессом гениталий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бескровная Н. И. Синдром склерокистозных яичников и генеративная функция женщин. Автореф. докт. дисс., Ленинград, 1972.
2. Железнов Б. И. В кн.: Методы профилактики, диагностики и терапии эндокринных нарушений у женщин. М., 1975, с. 139—145.

3. Мануйлова И. А. Гинекологическая эндокринология, под ред. Жмакина К. М., гл. VIII, М., 1980.
4. Legros R.—Rev. franc. Gynec., 1978, 73, 4, 269—272.
5. Mikaelan S.—Rev. Lyon. med., 1970, 19, N spec., 15—19.

А. Е. ЩЕРБИНОВ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ МАТОЧНЫМ НОСИТЕЛЬСТВОМ

Жизнь нового организма начинается после оплодотворения яйцеклетки. Среда, адекватная для ранних этапов развития организма, создается матерью и не только после оплодотворения, но и заблаговременно. Механизм регуляции этой стороны репродуктивной функции женского организма, названный капациацией, сложен.

Точная смена выделяющихся женским организмом стероидных гормонов, простагландинов, а также белковых и других веществ, выделяющихся в полость матки и фаллопиевых труб, регулирует каждый этап «поведения» и функционального состояния яйцеклетки и сперматозоида и затем «поведения» и развития оплодотворенной яйцеклетки». Исполнителями гормональных влияний являются, главным образом, фаллопиевые трубы и матка. Маточный и трубный секрет в нужное время меняют двигательную активность матки и маточных труб, оказывают влияние на яйцеклетку, сперматозоид и на зародыш [1, 2].

В структуре гинекологической заболеваемости воспалительные заболевания гениталий занимают первое место. Широкое применение антибиотиков в лечении женщин с воспалительными заболеваниями изменило течение этих заболеваний. Чаще встречаются хронические эндометриты, аднекситы, при которых возникают нейро-гуморально-обменные нарушения в организме больных, изменяется капациация, нарушается репродуктивная функция.

Клинически это выражается большей частотой невынашивания беременности, развитием трубных форм, нарушением функ-