6. Матлина Э. Ш., Меньшиков В. В. В кн.: Клиническая биохимия катехоламинов, М., 1967, с. 7—30.
7. Меньшиков В. В. и соавт. Кардиология, 1980, № 11, с. 23—28.

Н. П. БАЯНКИНА, М. В. ЯСНОВА

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

Достижения цитогенетики дают в настоящее время возможность выявить первичные формы нарушения генеративной функции, связанные с аномалиями в системе половых хромосом [4]. Хромосомный набор человека состоит из 46 хромосом: 22 пар аутосом и 1 пары половых хромосом, содержащих полоопределяющие факторы. В кариотипе женского организма обе половые хромосомы представлены *X*-хромосомами, в мужском — имеется одна *X*, вторая *У*-хромосома. Изменение числа или структуры половых хромосом ведет к дисгенезии гонад, лежащей в основе задержки полового созревания и бесплодия в дальнейшем. Для хромосомных аберраций характерны и множественные соматические аномалии [1, 3, 5, 6, 7].

Обследовано 220 женщин и 67 мужчин, страдающих бесплодием. Применяли клинические, эндокринологические, рентгенологические, инструментальные методы исследования. Особое внимание обращалось на рост, наличие соматических аномалий и дисгенезии гонад.

Из генетических методов обследования использованы генеалогический анализ, анализ полового хроматина (ПХ) и хромосомный анализ. Все больные обследованы на содержание ПХ в буккальном и вагинальном эпителии по методу Sauderson. Отклонение ПХ от нормы, наличие признаков дисгенезии гонад и стигм дисэмбриогенеза служило показанием для полного хромосомного анализа. Хромосомный анализ проводили в культуре лейкоцитов периферической крови по методу Мурхеда с модификациями. Метафазные пластинки зарисовывали, в сложных случаях делались микрофотографии.

Все 220 обследованных женщин с бесплодием разделены на 3 клинические группы. В I группу вошли 55 женщин, у которых

после всестороннего клинического обследования не выявили нарушений менструального цикла и соматических аномалий; ко II группе отнесены 105 женщин с выраженными нарушениями менструального цикла; в III группу включены 60 женщин с признаками дисгенезии гонад, выраженными нарушениями менструальной функции и наличием соматических аномалий.

Данные клинического обследования сопоставили с результатами цитогенетических исследований. Среднее значение ПХ в I и II клинических группах было в пределах нормы, а в III группе оно составило 11—12%. Существенных различий в процентном содержании ПХ в буккальном и вагинальном эпителии не найдено. Всем 60 женщинам III клинической группы проведен хромосомный анализ, у 22 из них выявлены аномалии половых хромосом с различными клиническими вариантами, что представлено в табл. 1.

Таблица 1

Частота и клинические формы аномалий половых хромосом у женщин с бесплодием

Типы аномалий	Клиническая форма	Число больных
45, хо	Синдром Шерешевского—Тернера	5
46, хх 45, хо	Мозаичный вариант синдрома Шерешевского—Тернера	8
46, хх/46, ххч	Клинически симптомо-комплекс синдрома Шерешевского—Тернера	2
46, хх/45, х		1
46, хх/47, ххх/45, хо		1
46, хх/47, ххх	Глубокий половой инфантилизм, нарушение овариально-менструального цикла	2
46, ху	Синдром тестикулярной феминизации	3

Таблица 2

Аномалии половых хромосом и их клинические формы у мужчин, страдающих первичным гипогонадизмом и бесплодием

Тип аномалии	Клиническая форма	Число больных
47, хху	Синдром Клайнфельтера	10
46, хх/47, хх	Мозаичный вариант синдрома	3
49, хххху	Синдром Клайнфельтера+снижение интеллекта	1

Из всех 67 страдающих бесплодием мужчин с первичным гипогонадизмом, после всестороннего клинико-эндокринологического обследования, 34 были отобраны для хромосомного анализа. Аномалии в системе хромосом выявлены у 14 мужчин, что отражено в табл. 2.

Полученные данные подтверждают необходимость цитогенетического обследования больных, страдающих бесплодием, для дифференцирования аномалий хромосомного генеза от различных эндокринопатий, назначения соответствующего патогенетического лечения и правильной оценки прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давиденкова Е. Ф., Верлимская Д. К. Клинические синдромы при аномалиях половых пхромосом. Л., 1973.
2. Давиденкова Е. Ф., Либерман И. С. Клиническая генетика, Л., 1975.
3. Кириллова Е. А. Цитогенетические исследования при вторичной аменорее, М., 1972, Автореф. канд. дисс.
4. Персианинов Л. С., Розовский И. С. Медико-генетические исследования в акушерстве и гинекологии, М., Медицина, 1977.
5. Прокофьева—Больговская А. А. Основы цитогенетики человека, М., 1969.
6. Пап А. Г. Сборник «Актуальные вопросы акушерства», Киев, 1970.
7. Старкова Н. Т. Основы клинической андрологии. М., 1973.

Г. Ф. ХАЛИНА, М. И. ВОРОНИНА,
Т. Е. КАЗАРИНА

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

В гинекологической клинике № 1 40 ГКБ с 1978 по 1980 годы обследовались и лечились по поводу бесплодия 1217 женщин, имеющих кроме указанной патологии, те или иные проявления гипоменструального синдрома.

Все женщины были в возрасте с 19 до 36 лет. Первичное бесплодие имели две трети всех обследованных больных. Анам-