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-

нестические указания на перенесенный воспалительный процесс гениталий в прошлом имели 53 больные. Большинство женщин ранее и нередко неоднократно лечились по поводу нарушений менструального цикла и бесплодия, но отмечали лишь частичный эффект: менструации нормализовались на период 3—4 циклов, а беременности наступали только у 64 женщин. Из них у 58 произошло прерывание беременности в различные сроки, а у остальных были внематочные беременности. По анамнестическим данным неэффективность терапии можно объяснить недостаточностью или отсутствием комплексности, а также непатогенетическим направлением ее.

Как показало обследование этих больных в нашей клинике, зачастую причиной упорного гипоменструального синдрома и бесплодия были не только гипофункции или дисфункции яичников, но и определенные морфологические изменения их, иногда и аномалии развития матки. Это у 30% обследованных женщин диагностировалось рентгеновскими методами обследования: гистеросальпингографией и пневмогинекографией или проведением биконтрастной гинекографии. Последним методам в диагностике бесплодия придается большое значение [1, 2, 3, 4].

Из 1217 обследованных женщин у 533 больных найдена патология развития матки или яичников. Из них со склерокистозными яичниками было 399 женщин, с дисгенезиями гонад—40 человек, с гипоплазией яичников—20, с гипертекозом яичников — 11, синдром Рокитанского—Кюстнера (отсутствие матки при наличии нормальных яичников) диагностирован у 2 женщин.

Метод пневмогинекографии, особенно биконтрастной гинекографии, достаточно много дающий в уточнении этиологии гипоменструальной функции и бесплодия у наших больных, свидетельствовал нередко также и о времени возникновения патологии. В частности, это положение особенно наглядно в группе женщин со склерокистозом яичников.

В тех случаях, когда склерокистоз ранний предпубертатный, возможно врожденный, параллельно с этим определяется значительно выраженный инфантилизм — маленькая матка, длинная шейка, ювенильные пропорции размеров тела матки к величине шейки, извитые, длинные трубы. Таких женщин было большинство — 274. В противном случае, когда склерокистоз развивался вторично, как самостоятельное заболевание или как следствие постнатального адрено-генитального синдрома — определялась нормальных размеров матка или с явлениями гипопластичности.

Методом гистеросальпингографии у большинства обследованных с бесплодием и гипоменструальным синдромом подтверждался половой инфантилизм различной степени выраженности, либо явления вторичной гипотрофии матки, а у 44 женщин диагностированы пороки развития матки: двурогие матки (38), значительно выраженная седловидность ее (3), двойные гениталии (2) и однорогая матка (1). Указанная патология развития матки нередко сочеталась с морфологическим изменением яичников (гипоплазией их, склерокистозом и т. д.), взаимообусловливая изменения менструальной и репродуктивной функций.

Таким образом, углубленное обследование больных с гипоменструальным синдромом и бесплодием с проведением гистеросальпингографии и гинекографии позволяет уточнить генез указанной патологии. На нашем материале у 50% обследованных выявилась морфологическая аномалия матки и яичников. Последнее, конечно, требует определенной этиопатогенетической терапии, отличной от таковой при функциональной недостаточности яичников. Этим, видимо, и объясняется лишь заместительный эффект проводимой ранее терапии. Особенно показанным, проведение гистеросальпингографии и пневмогинекографии, считаем группе больных с первичной аменореей, с привычным невынашиванием, со стойким гипоменструальным синдромом и бесплодием, несмотря на проведение, казалось бы, комплексной патогенетической терапии. Длительное безрезультатное ведение таких больных недопустимо без проведения рентгеновского обследования генитального аппарата, уточняющего генез патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мануилова И. А. Акуш. и гин., 1978, № 10, с. 5—8.
2. Памфамиров Ю. К., Зайцева В. А. Вестник рентгенологии и радиологии, 1978, № 6, с. 52—55.
3. Sanfilippo J. S. et al. Fertil and Steril., 1978, 30, 6, 636—643.
4. Toth E. Mogy. Nörv. Lap., 1972, 35, 2, 184—186.