

## НАРУШЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННОГО СТАТУСА В СВЯЗИ СО ВСТУПЛЕНИЕМ В БРАК<sup>1</sup>

Л. А. Козлов, В. И. Еремкина, И. Г. Баджелдизе

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Л. А. Козлов)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Нарушение менструальной функции у женщин репродуктивного возраста — частая патология, ведущая к бесплодию. Эндокринологическое бесплодие имеет значительный удельный вес среди других форм нарушений генеративной функции, его частота достигает 35—40% [1]. Особую группу больных с первичным бесплодием составляют женщины, только вступившие в брак. Замечено, что начало половой жизни безразлично молодому организму: у некоторых с началом половой жизни менструации становились реже и в итоге устанавливалась стойкая аменорея. Каких-либо эндокринологических нарушений клинически не обнаруживалось.

Для оценки влияния половой жизни на менструальную функцию нами была обследована группа женщин, вступающих в брак. Для этого была установлена тесная связь с городским Дворцом бракосочетания. При подаче заявления девушки проходили собеседование с акушером-гинекологом. В течение 1—2 мес до бракосочетания, а затем до наступления беременности они регулярно посещали врача, имея на руках менограмму, кольпоцитогамму, данные базальной термометрии. Из 500 приглашенных в обследовании приняли участие 100 женщин.

До 20 лет было 36,9% женщин, до 24 — 36,1%, до 30 — 27,0%. Профессиональная вредность, способная оказать влияние на менструальную функцию, выявлена у 4 женщин, которые впоследствии были исключены из обследования. Из перенесенных заболеваний у каждой третьей женщины был хронический тонзиллит, у каждой шестой — гепатит. Первая менструация появилась у 23,0% женщин с 10—12 лет, у 60,3% — с 13—14, у 13,7% — с 15, у 3,0% — с 16. Продолжительность менструального цикла от 21 до 35 дней наблюдалась у 81,9% женщин, короткие циклы — у 4,1%, длинные — у 14%. Обильные и болезненные менструации были отмечены у каждой третьей женщины, вступающей в брак.

70 из 100 женщин начали половую жизнь до вступления в брак, около половины из них имели регулярную половую связь в течение полугода. До заключения брака и в первый год брачной жизни забеременели 65 женщин. У 50 женщин, начавших регулярную половую жизнь, менструальный цикл изменился: при коротких

циклах последние удлинились до нормальной продолжительности, при первоначально нормальном цикле — до 35—40 дней, то есть протекали по типу опсоменореи. По данным базальной термометрии, увеличилась длительность фолликулиновой фазы с уменьшением 2-й фазы, однако во 2-й фазе цикла ректальная температура была в пределах 37,1—37,2°.

У 7 женщин в течение 3—6 мес отмечалось постепенное урежение менструаций и в итоге полное ее прекращение. В условиях гинекологического отделения РКБ им было проведено детальное обследование: радионуклидное определение гормонов гипофиза, яичников, щитовидной железы, надпочечников, УЗИ, ГСГ, исследование электролитов крови. Больные были проконсультированы невропатологом и эндокринологом. Детальное обследование щитовидной железы у 5 женщин позволило выявить у них стертый гипотиреоз и провести лечение тиреоидином. Менструальная функция восстановилась у 5 женщин, двое забеременели; одна родила в срок, у второй женщины на сроке 10 нед была диагностирована неразвивающаяся беременность.

На основании предварительных данных можно предположить, что начало половой жизни у определенной группы женщин может привести к нарушению менструальной функции вплоть до аменореи. Особенно эта закономерность была характерна для больных со стертой формой гипотиреоза. Механизм нарушения менструальной функции у женщин с гипотиреозом можно объяснить исходя из данных некоторых авторов [2, 3], которые указывают на снижение уровня тестостерон-эстрадиольсвязывающего глобулина при гипотиреозе. Это, в свою очередь, приводит к циркуляции в крови активного тестостерона, попадающего в организм со спермой. Активный несвязанный тестостерон оказывает подавляющее влияние на гипоталамо-гипофизарную систему, что ведет в конечном итоге к аменорее.

Таким образом, профилактика нарушений нейроэндокринного статуса, вызывающих в конечном итоге бесплодие, должна начинаться с момента вступления молодой женщины в брак. При выявлении нарушений менструальной функции необходимо тщательное обследование пациентки, особенно с учетом блокирующего влияния сниженной функции щитовидной железы.

<sup>1</sup> Доложено на заседании общества акушеров-гинекологов г. Казани 15.09.1988 г.

УДК 616.39—07:612.135

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Н. Л. Капелюшник, Л. М. Кутышева, Т. П. Зефирова, Л. И. Мальцева

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Л. Капелюшник)  
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Невынашивание беременности представляет собой одну из актуальных проблем современного акушерства. По данным комитета экспертов ВОЗ, в 10—25% случаев беременность завершается самопроизвольным прерыванием. Разнообразие этиологических факторов, приводящих к прерыванию беременности, обуславливает большую вариабельность медикаментозных, хирургических и физических методов лечения. Одним из ведущих патогенетических механизмов невынашивания беременности является гипоксия миометрии вследствие гемодинамических нарушений в матке. Последние вызывают снижение порога возбудимости мышечной стенки матки и повышение ее сократительной способности.

Наиболее тонким показателем гемодинамических сдвигов в миометрии может служить оценка состояния микроциркуляторного кровотока. Микроциркуляторные нарушения в миометрии выступают частным проявлением нарушений микроциркуляции в организме в целом [1, 2]. Считается, что микроциркуляция в бульбарной конъюнктиве отражает общие закономерности всего микроциркуляторного кровотока и, следовательно, ее можно считать объективным методом наблюдения.

В доступной нам литературе мы встретили единичные работы, посвященные состоянию микроциркуляторного кровотока у женщин с угрозой прерывания беременности.

С целью контроля биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза была выполнена у 20 здоровых небеременных женщин и у 20 беременных с нормально протекающим гестационным процессом по методу С. А. Селезнева и соавт. [3]. Осуществлялось визуальное наблюдение и произведено микрофотографирование кровотока в мельчайших сосудах конъюнктивы глаза. Определены соотношения диаметров артериол и венул ( $\frac{A}{B}$ ), скорость кровотока, внутрисосудистая агрегация эритроцитов (сладж), число функционирующих капилляров. Полученные результаты оценены в баллах, сумма кото-

рых составляла конъюнктивальный индекс (КИ).

В результате исследования выяснено следующее: кровоток в микроциркуляторном русле небеременных женщин был гомогенным, равномерным, соотношение  $\frac{A}{B}$  равнялось  $\frac{1}{2} - \frac{1}{3}$ ; функционирующие капилляры были распределены равномерно, без участков их исчезновения. Сладж имел место в единичных мелких венулах, КИ — 2,23—0,06.

У беременных с нормально протекающим гестационным процессом состояние микроциркуляции было менее благоприятным, чем у небеременных. Несколько уменьшалось соотношение  $\frac{A}{B}$ , что указывало на артериольный спазм. Замедлялся кровоток в единичных, а в ряде случаев и в большинстве посткапиллярных венул, что проявлялось появлением зернистого кровотока. Отмечалось наличие участков конъюнктивы с бедным капиллярным рисунком. Сладж выявлялся в единичных мелких и средних венулах, а в трех случаях — в большинстве мелких и средних венул; КИ составлял 5,68—0,12 и по сравнению с аналогичным показателем у небеременных увеличивался, что происходило в основном за счет замедления кровотока и сладжа эритроцитов. Ухудшение микроциркуляции, по-видимому, связано с имеющимися при беременности факторами, способными нарушить сосудистый тонус и реологические свойства крови за счет повышения выработки катехоламинов, изменения белкового профиля крови, уровня фибриногена, агрегационной активности и деформируемости эритроцитов, увеличения вязкости крови даже на фоне снижения гематокрита.

Состояние микроциркуляции изучено нами также у 40 женщин с угрозой прерывания беременности до и после лечения. Положительные сдвиги в микроциркуляторном русле служили показателем эффективности терапии. Других осложнений, помимо угро-