

водянка яичек, утолщение плаценты.

Был произведен трансабдоминальный амниоцентез с последующей спектрофотометрией околоплодных вод. По данным этого исследования предполагалось рождение ребенка с врожденной формой гемолитической болезни новорожденных тяжелой степени, с переходом в отечную форму (ОП — 0,118, непрямой билирубин околоплодных вод — 2,22 мкмоль/л).

Таким образом, по показаниям со стороны плода (формирование тяжелой врожденной желтушной формы гемолитической болезни), наличия рубца на матке было необходимо досрочное родоразрешение путем кесарева сечения. С целью профилактики развития синдрома дыхательных расстройств и созревания сурфактанта назначен декаметазон.

При сроке беременности 34 нед путем кесарева сечения в нижнем сегменте по Дерфлеру был извлечен новорожденный мужского пола с массой тела 3000 г и длиной 49 см. Группа крови В (III) резус-положительная, билирубин в сыворотке пуповинной крови составил 90,6 мкмоль/л, капиллярный гемоглобин — 4,45 мкмоль/л. Состояние новорожденного тяжелое: стонет, отмечается мышечная гипотония, поза «лягушки». Кожные покровы иктеричные, имеется пастозность с мелкими геморрагиями. Печень пальпируется на 6—7 см ниже края реберной дуги, селезенка — на 2 см. Асцитическая жидкость перкуторно не выявлялась.

Через 2 ч 50 мин после рождения начато заменное переливание крови. Непрямой билирубин до первого переливания был равен 133,6 мкмоль/л (пачасовой прирост — 14,2 мкмоль/л), после переливания снизился до 84,9 мкмоль/л.

Через 6 ч 40 мин после завершения первого заменного переливания крови начато второе: динамика концентрации непрямого билирубина до второго заменного переливания крови составляла 183,6 мкмоль/л (пачасовой прирост — 13,8 мкмоль/л), после второго — 115,6 мкмоль/л.

Через 23 ч после рождения состояние ребенка крайне тяжелое: кожные покровы бледно-иктеричные с мелкоточечными кровоизлияниями на лице, верхних конечностях. Отмечается пастозность, гиперрефлексия, мышечная гипотония, поза «лягушки», а также втяжение межреберных промежутков и раздувание крыльев носа. Живот большой, печень пальпируется на 7 см ниже края реберной дуги. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденного, врожденная желтушная форма, тяжелое течение, геморрагический синдром. Начата интенсивная терапия.

На 27-м часу жизни возникло легочное кровотечение. Новорожденный интубирован. На фоне ИВЛ появилось обильное кровотечение из желудка и легких; продолжена интенсивная терапия. Внутривенно введена эритромасса. Самостоятельного дыхания не было. Через 30 ч жизни ребенок умер.

Окончательный диагноз: гемолитическая болезнь новорожденного, врожденная желтушная форма, гепатосplenомегалия, эритробластоз печени и селезенки, желтуха кожи, подкожной жировой клетчатки, слизистых оболочек, стенок боковых желудочков головного мозга. Точечные излияния крови в эпикард, слизистую оболочку желудка и кишечника, мелкопятнистые кровоизлияния в серповидный отросток и мозжечковый намет твердой мозговой оболочки, обширное кровоизлияние в мягкую мозговую оболочку левого полушария, в сосудистые сплетения желудочков мозга и в ткань

легких. Анасарка. Асцит, гидроторакс, гидроперикард, отек легких. Акцидентальная трансформация тимуса.

УДК 618.39—089.888.14—06:618.17—008.8

Л. П. Бакулева, Г. А. Гатина, Т. И. Кузьмина (Москва). Менструальная функция в отдаленные сроки после искусственного прерывания беременности в I триместре

Целью настоящего исследования являлось изучение состояния менструальной функции в отдаленном периоде после искусственного прерывания беременности в I триместре.

Менструальная функция была изучена у 131 пациентки, перенесших искусственное прерывание беременности в I триместре методом вакуум-экскюхлеации с последующим кюретажем. Состояние менструальной функции оценивали по данным менограмм и тестов функциональной диагностики. Менограмму изучили у 131 пациентки в течение 15 мес после прерывания беременности (1500 менограмм). Тесты функциональной диагностики (измерение базальной температуры, подсчет кариопикнотического индекса, определение симптомов зрачка и растяжения шеечной слизи) применяли у 131 женщины в 552 менструальных циклах.

Анализ анамнестических данных показал, что до аборта нормопонижающий тип менструального цикла был у 73 (55,7%) из 131 обследуемой, постпонижающий — у 24 (18,3%), антепонижающий — у 22 (16,8%), нерегулярный — у 12 (9,2%). После операции несвоевременное наступление первой менструации было выявлено у 66 (50,4%) женщин, у остальных 65 (49,6%) отмечено изменение характера менструального цикла: олигоменорея — у 20 (15,6%), гиперполименорея — у 33 (25,2%), альтисменорея — у 12 (9,2%). У 55 из 65 пациенток указанные нарушения длились в течение первых трех месяцев с последующей клинической нормализацией, а у остальных 10 (7,6%) женщин имели место стойкие нарушения менструального цикла, которые выражались в гиперменструальном (4) и гипоменструальном (6) синдромах.

Через 6—12 мес после аборта у 70 (53,4%) женщин были обнаружены нарушения менструального цикла по типу гиперменструального (у 21) и гипоменструального (у 45) синдромов, ациклических кровотечений (у 4).

Обследование гормональной функции яичников по тестам функциональной диагностики в 356 менструальных циклах позволило выявить двухфазный менструальный цикл с укороченной лютеиновой фазой у 63 из 80 (78,8%) пациенток с клиническими нарушениями менструального цикла. Длительность лютеиновой фазы варьировала от 4 до 9 дней и в среднем составляла $7,4 \pm 1,0$ дня. Менофазный цикл был у 17 (21,3%) женщин. Кариопикнотический индекс в I фазе менструального цикла был равен $12,4 \pm 2,0$, в овуляторном периоде — $39,7 \pm 3,6$, лютеиновой фазе — $20,7 \pm 0,9$ (в норме — соответственно 20—25%, 60—85%, 30—45%).

Таким образом, менструальный цикл на фоне снижения эстрогенной активности яичников был нарушен у 80 (61%) женщин ($P < 0,05$).

Обследование функции яичников у остальных 51 пациентки в 196 менструальных циклах показало, что у всех женщин, несмотря на отсутствие клинических проявлений были нарушения менструального цикла, функция яичников также

была изменена. Двухфазный менструальный цикл с укороченной лuteиновой фазой длительностью от 5 до 10 дней ($8,6 \pm 1,1$ дня) был у 37 (72,5%) женщин, однофазный цикл — у 14 (27,5%). Значения кариопикнотического индекса в I фазе менструального цикла были равны $13,6 \pm 2,2$, в овуляторном периоде — $40,1 \pm 3,3$, в лuteиновой фазе — $22,0 \pm 1,4$. У обследованных женщин кариопикнотический индекс по сравнению с нормой был снижен ($P < 0,05$).

Изучая частоту встречаемости различных типов нарушения функции яичников у пациенток с клиническими нарушениями менструального цикла и без них, мы определили, что достоверных различий в частоте изменений функции яичников по типу ановуляции или недостаточности второй фазы у этих пациенток нет ($P > 0,05$).

Таким образом, исследование функции яичников по тестам функциональной диагностики у 131 женщины в 552 менструальных циклах позволило установить нарушение функции яичников после искусственного прерывания беременности в I триместре у всех женщин. Ановуляция была обнаружена у 31 (23,6%) пациентки, недостаточность II фазы — у 100 (76,4%). Низкий кариопикнотический индекс является одной из констант недостаточной эстрогеновой функции яичников, что, в свою очередь, свидетельствует об изменениях функции яичников на фоне гипоэстрогении. У 61% больных нарушения функции яичников клинически проявились в различных расстройствах менструального цикла, из которых преобладал гипоменструальный синдром (63,8%).

Следовательно, искусственное прерывание беременности в I триместре вызывает изменение функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, что приводит в отдаленные сроки после прерывания беременности к расстройствам менструального цикла.

УДК 618.711—007.61+618.711—003.4

Е. А. Волков (Казань). Склерополикистоз яичников в сочетании с малой формой эндометриоза яичников

Проблемы склерополикистоза яичников и эндометриоза по-прежнему остаются весьма актуальными. Об этом свидетельствуют данные литературы последних лет и, в частности, материалы VI Всероссийского съезда акушеров-гинекологов (1987). Однако среди множества публикаций, посвященных этим двум формам заболевания, мы не встретили работ с описанием их сочетания, довольно редкого в клинике. Известно, что эндометриоз характеризуется изменением менструальной функции по типу альгоменорхии с вегетативной симптоматикой в отличие от склерополикистоза яичников, проявляющегося гипоменструальным синдромом и вирилизацией. Мы наблюдали сочетание этих двух заболеваний.

Н., 23 лет, узбечка, проживает в г. Карши, поступила в клинику 18.06.1987 г. с направительным диагнозом: бесплодие I смешанного генеза. В анамнезе: дизентерия в детстве, аппендицитомия в 1987 г. Менструации начались с 15 лет, отмечаются через 28 дней, с 1987 г. — через 34—36 дней по 3—4 дня, безболезненные. Последние месячные были 14.04.1987 г. Половая жизнь с 1984 г. Больная была неоднократно обследована в условиях стационара, во ВНИЦ г. Ташкента и во ВНИЦ ОЗМР в апреле — мае 1987 г.

Данные обследования: результаты биохимических и бактериологических анализов крови были без особенностей, ГСГ — полость матки уменьшенных размеров, трубы извитые, проходимые, спаечный процесс в малом тазу. Эксекреция 17-КС — $27,4$ мкмоль/сут, ДЭА — $8,3$ мкмоль/сут. Спермограмма мужа: подвижн. — 38%, неподвижн. — 62%. УЗИ — матка отклонена кзади и вправо; длина тела — 3,9 см, шейки — 2,4 см, переднезадний размер — 3,5 см, ширина — 4,6 см; левый яичник кистозно изменен, его размеры — $4,0 \times 3,4 \times 5,5$ см, размеры правого яичника — $3,5 \times 2,0 \times 4,0$ см. Консультация невропатолога: гипоталамическая недостаточность; консультация окулиста: изменений не обнаружено.

В институте ОЗМР проведено лечение продигиозаном с умеренной реакцией, курс физиопроцедур, антибактериальная терапия (канамицином). Выписана с диагнозом: дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы; поликистозные яичники; гиперпролактинемия с лактореей, бесплодие I, хронический сальпингофорит.

Рекомендован прием норколута с 18-го дня цикла 8 дней по 1 таблетке в течение 2 циклов, с третьего цикла — клостильбегит по 1 таблетке с 5 по 9-й день (2 цикла). Поскольку лечение оказалось неэффективным, больная была направлена в клинику Казанского ГИДУва.

При поступлении больная жаловалась на нерегулярный менструальный цикл в течение 2 лет, лакторею, отсутствие беременности в течение 3 лет. Дополнительно к анамнезу: родилась вторым ребенком в семье у родителей в возрасте 22—27 лет, росла и развивалась нормально. Имеет сестру, у которой есть дети.

Объективно: рост — 155 см, масса тела — 54 кг, женский фенотип, умеренной упитанности; АД — $14,6/8,0$ кПа, частота пульса: 80 уд. в 1 мин. Органы дыхания и кровообращения в норме. Молочные железы развиты, из сосков обильно выделяется молозиво (взяты мазки), на коже бедер — белые стрии. Наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен. Слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки обычная, зев закрыт, тело матки banteflexio, нормальной величины, ограниченное в подвижности. Справа, кзади от матки, в спайках с маткой определяется яичник размером 5×5 см, округлой формы, плотноватой консистенции, смещается вместе с маткой. Слева глубоко в малом тазу, также в спайках расположены увеличенный яичник по размерам чуть меньше, чем справа. Выделения слизистые.

В клинике проведены следующие обследования: рентгенограмма черепа — структурных изменений не выявлено, ГСГ — трубы проходимы, матка отклонена влево и кзади. Уровень пролактина в крови — в пределах нормы, картина крови и мочи также не изменена.

Заключение: на основании анамнеза (нерегулярного менструального цикла),monoфазной базальной температуры, двустороннего увеличения яичников, неэффективности лечения парлоделом в течение 6 мес, отсутствия структурных изменений черепа не исключается синдром склерополикистоза яичников центрального генеза с лактореей.

Рекомендовано хирургическое лечение — резекция яичников.

26.06.1987 г. произведены лапаротомия и резекция яичников. После вскрытия брюшной полос-