

предприняты нецелесообразные методы лечения; в первом случае не произведено гистологическое исследование удаленного участка ткани.

При диагностике и лечении пигментных новообразований необходимо учитывать локализацию. Чаще всего злокачественному перерождению подвергаются пигментные образования, располагающиеся на голове и конечностях и подвергающиеся постоянной микротравме.

У неполовозрелых малигнизация невусов встречается очень редко. Если врач уверен, что образование представляет собой лишь пигментное пятно, если оно не мешает и располагается на участке, не подвергающемся постоянному трению, то нет показаний для его удаления. В неясных случаях нельзя прибегать к прижиганию, электрокоагуляции, рентгенотерапии и неадекватному иссечению. Следует производить широкое иссечение с последующим гистологическим исследованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров Н. Н., Холдин С. А. Злокачественные опухоли, т. 2, Медгиз, Л., 1952. — 2. Шанин А. П. Пигментные опухоли. Медгиз, Л., 1959. — 3. Шанин А. П. Вopr. онкол., 1962, 9. — 4. Щеловова Т. Д. Мед. радиол., 1961, 9. — 5. Венкен Т., Шугар Я. Злокачественные опухоли кожи. Будапешт, АН Венгрии, 1962.

УДК 618. 177

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ, СВЯЗАННОГО С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Н. И. Раимова

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Среди многочисленных причин женского бесплодия видное место (по данным С. Н. Хейфец — 24,4%) занимает нарушение функции яичников. При этом отмечается, что в основе функционального бесплодия лежат нарушения менструального цикла и ановуляторные циклы. Различные исследователи по-разному оценивают значение ановуляторных циклов в этиологии бесплодия. Так, Г. Г. Гамбарова, Э. Новак считают их причиной бесплодия функционального происхождения в 50% всех бесплодных браков, К. В. Проняева — в 25%, Е. И. Кватер — в 10%, А. Э. Мандельштам — в 9,1%.

В настоящей работе излагается наш небольшой опыт диагностики и лечения бесплодия, вызванного дисфункцией яичников как с нарушением, так и без нарушения менструального цикла.

С 1960 по 1963 гг. под нашим наблюдением находились 12 женщин, страдавших бесплодием, у которых на основании анамнеза, общего и гинекологического обследования не было обнаружено общих заболеваний, а также органических изменений в половых органах, которые могли бы явиться причиной бесплодия.

Наблюдения позволили выделить три группы больных с различным характером функциональных изменений.

1 гр. — 5 больных с регулярным менструальным циклом, страдающих бесплодием в течение от 5 до 12 лет, с резко выраженными функциональными изменениями (возраст — от 30 до 37 лет). У 3 из них было первичное и у 2 — вторичное бесплодие.

При обследовании этой группы больных в динамике в течение 2—3 месяцев выявлено: ректальная температура слабая двухфазная, динамические изменения феномена «зрачка» слабо выраженные, кристаллизация шеечной слизи исчезала поздно, динамические изменения цитологии во влагалищных мазках во второй половине цикла выражены слабо, в соскобах эндометрия накануне менструации обнаружена недостаточная трансформация в фазу секреции. У этих женщин менструальный цикл был двухфазный с относительной недостаточностью лютеиновой фазы.

Лечение проводилось прогестероном, который вводился в фазе желтого тела (в течение 6—8 дней каждого месяца в продолжение 2—5 месяцев). С целью воздействия на парасимпатические центры межучточного мозга назначали аскорбиновую кислоту в овуляторную и постовуляторную фазы и физиотерапевтические процедуры (диатермия). После лечения ректальная температура у всех женщин была выраженной двухфазной, что указывало на активизацию функции желтого тела. После проведенной терапии у всех женщин в течение 2—6 месяцев наступила беременность, причем у одной произошел самопроизвольный выкидыш. У 3 женщин беременность закончилась родами (у одной из них были явления угрожающего выкидыша при сроке беременности в 10 недель, беременность удалось сохранить с помощью лечения прогестероном). Одна женщина беременна в настоящее время.

II гр.—3 женщины с регулярным менструальным циклом, страдающие бесплодием в течение 3—13 лет, с выраженными функциональными изменениями (возраст — от 30 до 34 лет). При обследовании их в динамике в течение 2—3 месяцев при кажущемся нормальном менструальном цикле был установлен ановуляторный цикл: ректальная температура однофазная, феномен «зрачка» — однофазный («зрачок» не исчезал в лютеиновую фазу менструального цикла), цитология влагалищного мазка у 2 женщин — III—IV, а у одной — III картина, кристаллизация шеечной слизи исчезала накануне менструации. Гистологическая картина соскобов слизистой полости матки перед менструацией также показала отсутствие овуляции, а именно: слизистая матки была в фазе пролиферации.

Проводилось комплексное лечение (эстрогены в первую половину цикла, эстрогены и прогестерон в дни овуляции и прогестерон во вторую половину цикла) и медикаментозное воздействие на парасимпатические центры межуточного мозга в предовуляционную фазу (апоморфин по Е. И. Кватеру), аскорбиновая кислота в овуляционную и постовуляционную фазы. После проведенного лечения через 5—7 месяцев у всех трех женщин наступила беременность, закончившаяся срочными родами.

III гр.—4 женщины, страдающие не только бесплодием в течение 5—9 лет, но и нарушением менструального цикла (возраст — 30—35 лет). Бесплодие наступило после родов и аборт. Менструации, бывшие регулярными в течение 5—7 лет, стали приходить через 1,5—2—3 месяца по 15—20—30 дней, обильные. При гистологическом исследовании соскобов слизистой матки обнаружена слизистая в состоянии железисто-кистозной гиперплазии. При обследовании в течение 2—3 месяцев установлено: ректальная температура однофазная, цитология влагалищного мазка в динамике — III картина, феномен «зрачка» однофазный со слабо выраженными динамическими изменениями, кристаллизация шеечной слизи исчезала поздно. Эти женщины страдали функциональными маточными кровотечениями на почве персистенции неполноценного фолликула.

Проводилась комплексная терапия: помимо физиотерапевтических методов (воротник по Щербаку, диатермия), — гормонотерапия циклическая в зависимости от фазы менструального цикла, эстрогены — в первую, прогестерон — во вторую половину менструального цикла и сочетание эстрогенов и прогестерона в дни предполагаемой овуляции, медикаментозное воздействие на парасимпатические центры межуточного мозга в предовуляционную фазу, апоморфин и аскорбиновая кислота — в овуляционную и постовуляционную фазы. После проведенной терапии в течение 6 месяцев менструальный цикл восстановился и стал овуляторным; через 6—8 месяцев и через 2 года от начала лечения наступила беременность, которая у двух закончилась срочными родами, а одна беременна в настоящее время.

ВЫВОДЫ

1. Одной из причин женского бесплодия является нарушение функции яичников с нарушением менструального цикла, которое может быть выявлено при помощи тестов функциональной диагностики.

2. Назначение таким больным женских половых гормонов может нормализовать менструальный цикл и способствовать наступлению беременности.

3. Вопросы диагностики и терапии женского бесплодия, связанного с нарушением функции яичников, подлежат дальнейшему изучению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамбарова Г. Г., Джавахашвили Н. М. Акуш. и гин., 1953, 5. — 2. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, М., 1961. — 3. Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. Медгиз, Л., 1959. — 4. Проняева К. В. Акуш. и гин., 1946, 3. — 5. Хейфец С. Н. Там же, 1963, 1.

УДК 618.177

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ЖЕНЩИН

А. И. Мацуев

Гинекологическое отделение Починковской центральной районной больницы
(главрач — В. С. Тарасов) Смоленской области

Научный руководитель — канд. мед. наук доц. К. К. Комешко

В случаях стойкой непроходимости маточных труб или при их отсутствии хирургический метод является единственным методом лечения бесплодия.

Нами хирургическое лечение бесплодия было проведено у 23 женщин при длительности бесплодия от 2 до 10 лет.