

ранее проводимое консервативное лечение было безуспешным, в связи с чем стоял вопрос об оперативном вмешательстве, у 5 эти образования исчезли, у 8 значительно уменьшились. Гинекологический статус не изменился у 1 больной с воспалительным tumorom придатков матки со спаечным процессом. Больная оперирована.

Лечение оказало значительное влияние и на менструальный цикл, быстрее прекращались нерегулярные кровянистые выделения, менструации становились менее болезненными. Так, у 8 женщин, поступивших в стационар с воспалительным процессом и кровотечением, последнее прекратилось на 3—5-й день лечения. В литературе также имеются сообщения о регулирующем влиянии кортикоидов на менструальную функцию.

Количество лейкоцитов и РОЭ не всегда соответствовали стадии клинического течения воспалительного процесса. Так, из 50 больных только лейкоцитоз был у 4, а ускоренная РОЭ — у 9 больных. Повышенная РОЭ и одновременно лейкоцитоз выявлены лишь у 12 больных.

Итак, комплексное лечение в сочетании с преднизолоном воспалительных процессов женских половых органов дает хороший терапевтический эффект, особенно в острой стадии заболевания. Применение гормона сокращает острый период заболевания, дает возможность быстрее начать физиотерапевтическое лечение и тем самым предупредить переход воспалительного процесса в хроническую стадию.

УДК 618.14—005.1—612.432

ГОНАДОТРОПНАЯ ФУНКЦИЯ ГИПОФИЗА У БОЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

У. Р. Хамадьянов

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—доц. Т. И. Степанова) Башкирского медицинского института. Научный руководитель — проф. А. Ф. Добротина

Мы изучали гонадотропную функцию гипофиза у 19 женщин в возрасте от 22 до 39 лет, страдавших дисфункциональными маточными кровотечениями. Определяли уровень гонадотропинов в 24-часовых порциях мочи (305 исследований) ежедневно или через день на протяжении 4—5 недель по методу Декански (1949) в модификации Г. С. Степанова (1961). Контрольную группу составили 3 здоровые женщины в возрасте 29—30 лет, у которых выделение гонадотропинов с мочой определяли ежедневно в течение одного нормального менструального цикла (92 анализа). Для конечного определения гонадотропинов применяли мышино-маточную технику Левина — Тиндала (1937).

У здоровых женщин выделение гонадотропинов с мочой было циклическим. При этом выявлено 2 характерных периода повышенной активности гонадотропной функции гипофиза, проявившиеся в начальном и овуляционном пиках экскреции гонадотропинов. Начальный пик у одной женщины появлялся за день до начала менструации, а у двух других — в первые 3 дня менструации. Овуляционный пик или совпадал с низкой точкой гипотермической базальной температуры, или следовал за ней через 1—2 дня. Уровень гонадотропинов в межпиковый период у разных женщин варьировал от 0 до 60 мг/24 часа. Начальный гонадотропный пик, который у 2 женщин был больше и у 1 — меньше овуляционного, колебался в пределах 60—90, овуляционный — 50—80 мг/24 часа. Перед максимумом гонадотропинов отмечалось ступенеобразное повышение по сравнению с остальной фолликулярной фазой. Снижение к фазе желтого тела происходило более круто.

Детальный анализ кривых выделения гонадотропинов у 19 больных позволил выявить 2 типа их экскреции. При одном типе (16 чел.) экскреция гонадотропинов (0—64 мг за сутки) носила монотонный характер и по абсолютному уровню соответствовала межпиковым величинам нормального менструального цикла (0—60 мг за сутки). При другом типе (3 чел.) выделение гонадотропинов было циклическим, но гонадотропные пики существенно отличались от пиков нормального менструального цикла.

У 6 больных первой подгруппы мы исследовали гонадотропную функцию гипофиза без применения какого-либо лечения гормональными препаратами. Среднесуточное выделение гонадотропинов за период наблюдения составило $28,7 \pm 1,0$ мг/24 часа, что значительно превышает среднее выделение у больных пубертатного возраста и ниже, чем у больных климактерического периода с высоким типом выделения гонадотропинов. Эти различия статистически высоко достоверны ($P < 0,001$). Общий уровень гонадотропинов в течение 4—5 недель оставался постоянным, и пиков, характерных для нормального овуляторного цикла, не отмечалось. Максимальная экскреция до 64 мг/24 часа не превышала гонадотропный пик (90 мг за сутки) в норме.

При сравнении среднего уровня выделения гонадотропинов у больных репродуктивного возраста и климактерического с низким типом выделения существенной разницы не было обнаружено.

Уровень суточной экскреции гонадотропинов оставался постоянным на протяжении всего периода исследования, начальный и овуляционный пики, характеризующие двухфазный цикл, отсутствовали. Содержание гонадотропинов в моче варьировало от 22 до 41 мг/24 часа, и лишь в двух исследованиях оно было ниже чувствительности метода. Среднее выделение за период наблюдения составило $27,8 \pm 3,0$ мг/24 часа, то есть было несколько ниже среднего уровня гонадотропинов при нормальном менструальном цикле ($35,7 \pm 3,1$ мг за сутки).

Таким образом, у рассматриваемого контингента больных репродуктивного периода нарушена цикличность в гонадотропной деятельности гипофиза при сохранении нормального уровня базальной продукции гонадотропинов. Достаточно высокое выделение гонадотропинов, но без циклических изменений, обеспечивает определенный уровень гормональной активности яичников, но не приводит к наступлению овуляции. Ановуляторный характер дисфункционального маточного кровотечения подтверждается также монофазной кривой базальной температуры и резко положительным симптомом «зрачка».

Циклический тип экскреции гонадотропинов встречается сравнительно редко. При этом типе выделение гонадотропинов в определенной степени напоминало таковое при нормальном менструальном цикле, однако гонадотропные пики были атипическими. У одних больных эти пики были очень кратковременными, а у других, наоборот, слишком продолжительными (до 7 дней).

Наличие циклических колебаний в экскреции гонадотропинов свидетельствует, очевидно, о сохранении в определенной степени функции паравентрикулярных и супрахиазматических ядер переднего гипоталамуса, ведающих циклическим выделением гонадотропинов из гипофиза. Циклические импульсы со стороны этих ядер в какой-то степени способны поддерживать циклические колебания в выделении релизинг-факторов из гипоталамуса, которые на фоне тонической продукции гонадотропинов вызывают резкое повышение их выделения из гипофиза.

ВЫВОДЫ

1. При дисфункциональных маточных кровотечениях ановуляторного типа в репродуктивном возрасте циклическая продукция гонадотропинов отсутствует, а тоническая продукция их находится в пределах межпиковых величин нормального овуляторного цикла.

2. У некоторых больных гонадотропная функция гипофиза напоминает таковую при нормальном цикле, но гонадотропные пики носят атипический характер. Такое нарушение выделения гонадотропинов в зависимости от состояния реактивности яичников к ним обуславливает определенную степень эстрогенной активности яичников, но не приводит к наступлению овуляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степанов Г. С. Пробл. эндокринологии и гормонотерапии, 1961, 3.— 2. Dekanji J. Brit. J. Exp. Path., 1949, 30, 4, 272—282.— 3. Furuhielm M. Acta obstet. gynec., 1966, 45, 3, 352—364.— 4. Levin L., Tyndale H. H. Endocrinology, 1937, 21, 5, 619—628.— 5. McArthur J. W., Ingersoll F., Worcester J. J. Clin. Endocrin. a. Metab., 1958, 18, 11, 1202—1215.— 6. Riley G. M. In: Gynecologic endocrinology. Basel—London, 1959, 109—120.

УДК 618—006—618.172—039.12

СОСТОЯНИЕ ИНФАНТИЛИЗМА И ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Доц. Т. И. Степанова

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав.—доц. Т. И. Степанова) Башкирского медицинского института

Вопрос о влиянии неполноценности полового аппарата на развитие опухолей женской половой сферы представляет несомненный интерес для клинициста.

По данным О. Д. Отта (1927), И. И. Сарыгина (1930), Н. А. Подзорова и Л. А. Шуссера (1935), при фибромиоме матки сравнительно часто наблюдаются явления инфантилизма, недоразвитие полового аппарата. А. Н. Пенде (1930) прямо указывает, что в генезе опухолей женских половых органов (фибромиом, кистом) большое значение имеет гипоплазия матки и яичников.

Нами проведены наблюдения (1959—1969 г.) над 402 женщинами с половым инфантилизмом. Все они (за исключением 14 человек, не живших половой жизнью) жаловались на бесплодие. 398 женщин подверглись по поводу инфантилизма различ-