

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 такое 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. De Kani 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-

ным видам терапии. Сведения о результатах лечения получены от 357 (89,7%) женщин. Критерием излеченности мы считали увеличение матки до нормы, исчезновение болезненных ощущений во время менструации, восстановление и урегулирование менструальной и детородной функций. Положительные результаты получены у 169 (47,3) женщин. Однако в процессе лечения у 16 (4,45%) женщин развились фибромиомы и у 10 (2,8%) возникли опухолевидные образования в области придатков матки.

У 11 женщин фибромиома матки выявлена в возрасте от 27 до 34 лет включительно и у 5 — в 35—37 лет. Это относительно молодой возраст для развития данной опухоли. В этой группе женщин аменорея была у 2 (1 страдала первичной аменореей), гипопоменорея — у 2 и меноррагия — у 2. На болезненные месячные жаловались 8 женщин.

У женщин, страдающих генитальным инфантилизмом, кисты яичников были диагностированы в более молодом возрасте, чем фибромиомы матки: у 9 — от 22 до 28 лет и у 1 — в 33 года. У 3 женщин было нарушение менструального цикла типа аменореи (у 1 из них она была первичная), болезненные месячные были у 4.

Таким образом, у 9 женщин нарушение менструальной функции было еще до появления как фибромиомы матки, так и кист яичников. Эти нарушения месячных носили характер меноррагии только у 2 женщин, у 5 наблюдался гипоменструальный синдром и у 2 — первичная аменорея.

По-видимому, генитальный инфантилизм и опухоли типа фибромиом и кист яичников являются следствием одной причины: нарушений в обмене половых гормонов. По мнению Н. И. Лазарева (1963), кроме повышенного содержания эстрогенов в организме для возникновения опухолей необходимо длительное их действие.

Гистологическим исследованием эндометрия 7 женщин до развития фибромиомы матки установлено, что у 5 из них был ановуляторный цикл, у 2 — атрофия эндометрия. Эти данные еще раз подчеркивают, что при генитальном инфантилизме часто наблюдается дисфункция яичников, которая в свою очередь приводит к патологическим явлениям в организме, в том числе и к развитию опухолей половых органов. В то же время женщинам с недоразвитием половых органов врачи не всегда оказывают должное внимание. Терапия данного контингента больных порою принимает хаотический характер с длительным бесконтрольным введением половых гормонов. Как справедливо указывает П. А. Вундер (1965), одностороннее и слишком широкое применение гормонов в терапии любых заболеваний может отрицательно сказаться на патологии человека в будущем.

На основании клинических наблюдений можно высказать предположение, что женщинам, страдающим недоразвитием половых органов с дисфункцией яичников, угрожает опасность развития опухолей матки и ее придатков. Следовательно, женщин с генитальным инфантилизмом необходимо брать под особое наблюдение, и при лечении такого рода больных гормонотерапию следует применять с большой осторожностью. Эстрогенные препараты способствуют стимуляции пролиферативных процессов в организме, которые на фоне ановуляторных циклов, наблюдаемых часто при половом инфантилизме, могут довести дисфункциональные нарушения до опухолевого роста.

УДК 618—006—612.018

ЭСТРОГЕННЫЕ ГОРМОНЫ И РАК МАТКИ

Канд. мед. наук М. И. Слепов, И. М. Мазитов

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические наблюдения, еще нет четкого представления о значении эстрогенных гормонов в возникновении и развитии рака тела и шейки матки. Большинство авторов считает, что длительная стимуляция эндогенными или экзогенными эстрогенами является важным фактором в развитии рака тела матки.

Мы изучали содержание эстрогенов фракционным методом по Брауну и соавт., который позволяет выявлять малые количества эстрогенов, у 34 больных раком матки I—II стадии. У 14 женщин (возраст — от 50 до 72 лет, в среднем 59,5 лет, все они были в менопаузе от 2 до 25 лет) был рак тела матки, у 20 (возраст — от 33 до 58 лет, в среднем 48 лет) — рак шейки. У 6 из них была сохранена менструальная функция (средний возраст — 40 лет), у 6 был климактерий (средний возраст — 49 лет) и 8 больных были в менопаузе в течение 2—11 лет (средний возраст — 53 года).

Больные этих групп отличались не только по возрасту, но и по чадородной функции. Так, у больных раком шейки матки было в среднем 5,5 беременностей, в то время как у больных раком тела матки — только 3,5 беременности и родов. Репродуктивный период (время от начала первых месячных до наступления менопаузы) у первых длился в среднем 31 год, у вторых — 35, менопауза наступала в среднем соответ-