

Применение нутритивной поддержки улучшало все биохимические показатели крови (водно-электролитный баланс, агрегационная способность эритроцитов, гематокрит). Исходы беременности и родов в обеих группах были благоприятными, перинатальных потерь не было.

Профилактическое применение нутритивной поддержки препаратом "Берламин-Модуляр" оказалось эффективным в предотвращении плацентарной недостаточности и развитии тяжелых форм гестоза.

Направленность биологических эффектов нутритивной поддержки на коррекцию метаболических процессов с преимущественным влиянием на биосинтез эйкозеноидов, способствует устранению ряда нарушений, выявляемых при патологическом течении беременности, а также обеспечивает адекватные условия для развития плода и новорожденного.

Проведенные клинические исследования показали целесообразность применения препарата "Берламин-Модуляр" у юных беременных как с целью профилактики нарушений в системе мать-плацента-плод, так и в комплексной терапии гестоза и ФПН.

Таким образом, для юных беременных при осложненном течении беременности характерно нарушение метаболических процессов. С целью профилактики и коррекции гиперметаболических реакций у них целесообразно применять нутритивную поддержку препаратом "Берламин-Модуляр". Применение нутритивной поддержки профилактирует нарушения в системе мать-плацента-плод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Синчихин С.П., Коколина Б.П. Осложнения беременности и родов у юных женщин //Рос.вестник акуш.-гин.-2002.-№2.-С.22-24.
2. Basics in clinical nutrition. Ed.L.Sobotra.—Prague: Galen, 1999.—218р.
3. Wolk R.A., Rauburn W.F. Parenteral nutrition in obstetric patients //Nutrition in clinical practice.—1990.—Vol.5, N4.—P.139-152.

УДК 618.77+615.1+618.1-089

КОРРЕКЦИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ УТРОЖЕСТАНОМ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ БЕСПЛОДИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В.И.Коновалов, Г.В.Брагина

Уральская государственная медицинская академия,
городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург

С ухудшением демографической ситуации в нашей стране и повышением частоты бесплодных браков, которая достигает 15-20%, проблема бесплодия в настоящее время приобретает особую актуальность [2].

Сочетание разнообразных этиологических факторов, которые привели к нарушению репродуктивной функции женщины, порой не позволяет определить основную или второстепенную причину бесплодия. Это сочетание хронических воспалительных процессов гениталий с инфантилизмом, синдромом поликистозных яичников, эндометриозом, лейомиомой матки. В этой связи актуальным является с одной стороны разработка дифференцированного подхода к различным методам лечения бесплодия, с другой - выявление универсальных факторов патогенеза бесплодия. Несмотря на разнообразие проявлений при трубно-перитонеальных и эндокринных формах бесплодия, его механизмы едины и заключаются в нарушении реализации связи гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [2, 3, 4, 5].

По частоте трубно-перитонеальное бесплодие находится на первом месте и составляет 40-60%. Воспалительный процесс в гениталиях приводит к значительному нарушению функции состояния гипоталамо-гипофизарной системы: в 20% проявляется снижением секреций половых гормонов, в 30% - недостаточностью лютеиновой фазы, монотонностью выделения гонадотропных гормонов и ановуляцией [4]. Таким образом, ановуляция является единым патогномичным признаком эндокринных и сочетанных форм бесплодия.

Утрожестан — натуральный микродозированный прогестерон. В одной капсуле утрожестана содержится 100 мг прогестерона. Ценным свойством его является натуральный характер, что выгодно отличает его от синтетических аналогов. Препарат может применяться как внутрь, так и интравагинально.

В настоящем сообщении приводятся наблюдения, касающиеся оценки эффективности утрожестана при сочетанных формах бесплодия.

Целью данной работы явилось изучение гормонального гомеостаза у женщин с сочетанными формами бесплодия в динамике менструального цикла и возможности его коррекции утрожестаном.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 58 женщин 27,6±5,8 лет с бесплодием сочетанного генеза: I группа - 20 женщин с трубно-перитонеальным бесплодием и синдромом поликистозных яичников, 2 группа - 10 женщин с бесплодием, возникшим вследствие хронического сальпингита и гипоплазии матки и 3 группа - 28 женщин с хроническим сальпингитом, который сочетался с эндометриозом придатков матки. Длительность бесплодия была от 2 до 11 лет. У обследованных женщин отмечался неблагоприятный преморбитный фон, высокий инфекционный индекс - 4,8±1,1.

Все женщины были прооперированы лапароскопическим методом. Всем пациенткам проходимость маточных труб была восстановлена.

Исключены и другие факторы, которые могли привести к бесплодию: иммунологический, внутриматочный, «мужской». Для выявления недостаточности функции яичников в динамике менструального цикла и в процессе лечения определяли содержание пролактина, ФСГ, ЛГ, тестостерона, эстрадиола, прогестерона в плазме крови радиоиммунологическим методом.

С целью восстановления второй фазы цикла был применен натуральный микронизированный прогестерон - утрожестан в дозе 300 мг (200 мг per os и 100 мг вагинально) в течение 10-12 дней в сочетании с витамином «Е» 200 мг. Утрожестан назначался с появлением менструации после операции на 12-14 день менструального цикла на протяжении 4-6 циклов. Все пациентки находились под наблюдением в течение 6 месяцев по завершению лечения с целью прослеживания результатов лечения утрожестаном.

Оценка клинического эффекта лечения включала: восстановление нормального менструального цикла, данные ректальной термометрии, КПИ, уровней эстрадиола и прогестерона на 20-24 день менструального цикла, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты исследования и их обсуждение. Основной жалобой у всех больных было бесплодие и нарушения менструального цикла - 100% и 96% соответственно.

Так, при анализе нарушений менструального цикла выявлено, что у 20 пациенток I группы с хроническим сальпингитом и синдромом поликистозных яичников встречалась олигоменорея. Во II группе больных с трубно-перитонеальным бесплодием и гипоплазией матки у 10 - аменорея. Дисфункциональные маточные кровотечения наблюдались у 24 пациенток в третьей группе больных с аденомиозом, лейомиомой и наружным генитальным эндометриозом.

Кольпоцитологическис исследования больных показали, что у 25 женщин отмечалась недостаточность обеих фаз цикла, у 10 наблюдалась гиперэстрогения в I фазе цикла, что свидетельствует о пролонгированной первой фазе цикла и резкой лютеиновой недостаточности.

После хирургического лечения эндометриоза и применения утрожестана в течение 6 циклов устранилось длительное предменструальное кровомазание у 20 женщин. Восстановился правильный режим менструального цикла у пациенток с вторичной аменореей.

После восстановления овуляторного цикла проводили стимуляцию овуляции кломифен-цитратом с 5 по 9 день менструального цикла в дозе от 50 до 150 мг. Утрожестан назначали с 16 по 25-день менструального цикла по 300 мг (200 мг per os и 100 мг вагинально). Беременность наступила в I группе у 16, во II группе - у 7, в III группе - у 12 пациенток.

В ходе проведения исследований было проверено содержание половых гормонов в сыворотке крови при лечении пациенток I, II, III групп без применения и с применением утрожестана. Численные значения исследуемых показателей приведены в табл. 1, 2.

Таблица 1

Содержание гонадотропных и половых гормонов в сыворотке крови больных без лечения утрожестаном (M±m)

Показатели	Контрольная группа, n=20	I группа +поликистоз, n=20	II группа + гипоплазия, n=10	III группа + эндометриоз, n=28
ФСГ, мМЕ/мл	4,4±1,57	4,9±1,2	3,8±1,20	3,9±1,2
ЛГ, мгМЕ/мл	6,7±0,11	8,0±3,10	4,6±2,89	10,7±3,11
Пролактин, мМЕ/мл	268,7±30,01	543,2±87,3	518,2±83,7	513,2±97,3
Эстрадиол, пмоль/л	517,0±58,79	478,1±30,28	218,3±32,27	478,1±33,28
Прогестерон, нмоль/л	3,9±1,18	2,2±0,65	2,8±0,63	3,9±1,18
К.П.И.	80%	70-60%	40%	60-40%

Полученные данные свидетельствуют о повышении эффективности лечения пациенток утрожестаном на 15-25%.

Содержание половых гормонов у больных после лечения утрожестаном

Показатели	Контрольная группа, n=20	I группа +поликистоз, n=20	II группа + гипоплазия, n=10	III группа + эндометриоз, n=28
ФСГ, мМЕ/мл	4,4±1,57	4,2±1,45	3,8±1,22	4,2±1,3
ЛГ, мгМЕ/мл	6,7±0,11	6,4±0,19	5,2±2,11	6,8±0,1
Пролактин, мМЕ/мл	268,7±30,01	274,0±28,12	316,1±27,1	384,1±7,0
Эстрадиол, пмоль/л	517,0±58,79	498,0±28,4	316,1±29,9	492,1±21,3
Прогестерон, нмоль/л	3,9±1,18	3,8±0,94	3,6±0,87	3,8±1,20
К.П.И.	80%	75%	65%	70-60%

По результатам применения, утрожестан занял лидирующее положение и сегодня является препаратом первого выбора. Он не обладает андрогенной и антигонадотропной активностью, не влияет на липидный профиль, артериальное давление, метаболизм углеводов, не вызывает задержку жидкости в организме. Известно, что максимальная концентрация препарата при его вагинальном введении создается в органе-мишени, а не в плазме крови, что предохраняет значительную часть препарата от элиминации [1, 6].

Таким образом, утрожестан эффективен в реабилитации репродуктивной функции у пациенток с бесплодием, после хирургического лечения и обладает не только «периферическим» гормональным эффектом на уровне тканей-мишеней, но и гипоталамо-гипофизарных отношений. Утрожестан эффективен в поддержании функциональной активности желтого тела, секреторных применений в эндометрии при лечении различных форм бесплодия, в целях сохранения беременности. Эффективность использования утрожестана при лечении лютеиновой недостаточности различных форм бесплодия, после хирургического лечения составила 60,3%, при его хорошей переносимости и отсутствии побочных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинина Е.А., Смольникова В.Ю. Экстракорпоральное оплодотворение в лечении женского бесплодия.—М., 2000.—С.747-757.
2. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. //Акуш.и гин.—1997.—№3.—С.5-9.
3. Кулаков В.И., Леонова Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение в лечении женского и мужского бесплодия.—М., 2000.
4. Пшеничникова Т.И. Бесплодие в браке.—М., 1991.
5. Сметник В.П., Тумлович П.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врача.—М., 1997.
6. Яворовская К.А. Оптимизация программы ЭКО и переноса эмбриона в полость матки у пациенток с абсолютным трубным бесплодием: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.—М., 1993.

УДК 618.39+615.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УТРОЖЕСТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УТРОЗЫ НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В.И.Коновалов, И.Х.Байрамова, М.К.Киселева, Г.В.Брагина

Уральская государственная медицинская академия,
городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург

Угроза недонашивания беременности является распространенным осложнением. Наиболее часто угроза прерывания беременности развивается в I триместре беременности и обусловлена нарушением гормональной деятельности системы гипоталамус—гипофиз—яичники, встречаясь у 10–25% беременных [2]. Недостаточность лютеиновой фазы, переходящая в плацентарную недостаточность, встречается у 34–44% беременных [1]. При невынашивании беременности эти нарушения часто носят стертый характер. Механизм прерывания беременности при неполноценной лютеиновой фазе цикла связан с теми изменениями, которые происходят в эндометрии при недостаточной функции прогестерона.

В лечении угрозы прерывания беременности эндокринного генеза с успехом используются гормональные препараты [2]. Разработаны схемы, в которых обычно применяют комбинированное введение эстрогенов или прогестерона, сочетающееся с введением витаминов и седативных препаратов. Как показали