

РАЗДЕЛ III

ТЕРАПИЯ БЕСПЛОДНОГО БРАКА

И. И. БЕНЕДИКТОВ, В. Б. ЦУЦОР

ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НЕКОТОРЫМИ ФОРМАМИ ГИПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Гипоменструальный синдром, являясь одной из наиболее тяжелых форм патологии полового цикла, в основе которого лежит первичная или вторичная яичниковая гипофункция, как правило, протекает с выраженными нарушениями генеративной функции и, в частности, с бесплодием, чаще первичным [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8]. При этом характер бесплодия имеет свои особенности в зависимости от формы гипоменструального синдрома, что определяет необходимость сугубо дифференцированной терапии [9, 10, 11, 12, 13]. В представленной работе нами рассматриваются возможности, методы и результаты лечения бесплодия при некоторых формах гипоменструального синдрома (по классификации И. И. Бенедиктова), полученные в результате длительного клинического наблюдения.

В обследуемую группу вошли 160 больных в возрасте от 20 до 39 лет, страдающих бесплодием при наличии у них яичниковой (вторичная приобретенная гипофункция яичников вследствие влияния различных инфекций, интоксикаций в пубертатном и чадородном возрастах); маточной (гипоменструальный синдром, как следствие гипоплазии или гипотрофии эндометрия врожденного или приобретенного характера); и гипоталамо-гипофизарной формы (вторичная гипофункция яичников как результат нарушения трофического влияния гипоталамо-гипофизарной системы) гипоменструального синдрома. Все больные обследованы комплексно с использованием современных рентгенологических, эндокринологических, морфологических методов.

Проведенное исследование позволило выделить три указанные выше группы больных. В первую группу вошло 80 женщин с гипофункцией яичников, клинически проявляющейся первичной или вторичной аменореей и бесплодием. Бесплодие было первичным у 56 больных, вторичным у 24, причем 10 из них ранее имели беременности, закончившиеся родами. Длительность вторичного бесплодия составила 5—8 лет.

Лечение бесплодия у больных с яичниковой формой гипоменструального синдрома, по сути, являлось вторым этапом терапии, так как на первом этапе мы добивались восстановления менструального цикла. Выбор методов воздействия определялся в зависимости от степени исходной гормональной активности яичников по величине карнопикнотического индекса (КПИ): легкая степень эстрогенной недостаточности при КПИ не ниже 40%, умеренная — при КПИ от 20—40% и выраженная — при КПИ до 20%.

Больным с выраженным дефицитом эстрогенов (КПИ до 20%), особенно при первичной аменорее на фоне генитального инфантилизма или гипопластичной матке, проводилась дополнительная подготовительная терапия перед началом циклической гормональной терапии. Назначали лечение эстрогенами в течение 5—6 месяцев — по 10 тыс. ед. фолликулина внутримышечно через день или диместрола 0,6% по 2 мл один раз в 2—3 недели. Одновременно для усиления гормонального воздействия больные получали тепловые процедуры на область малого таза и гинекологический массаж ежедневно или через день в течение 30—40 дней с последующим введением внутриматочной спирали на 1—1,5 года. Эти мероприятия усиливают кровоснабжение органов малого таза, способствуют повышению питания матки и улучшают функцию интерорецепторов.

После такого подготовительного курса лечения переходим на циклическое применение гормонов, витаминов и физиопроцедур. Циклическая гормонотерапия рассчитана не на заместительное, а на регулирующее, «воспитывающее» влияние на гипоталамо-гипофизарную область. Ритмически воспроизводя последовательные процессы, присущие нормальному менструальному циклу, возбуждая циклические изменения к эндометрии, циклическая гормонотерапия способствует выработке ритмических реакций со стороны гипоталамо-гипофизарной системы. Наряду с применением эстрогенов в первую фазу создаваемого цикла воздействие на центральные механизмы регуляции осуществлялось с помощью эндоназальной гальванизации 2% витамина В₁

через день, при одновременном назначении одной из настоек (типа родиолы розовой, жень-шеня, элеутерококка, пантокрин) по 30 капель 3 раза в день до еды); витамина Е в капсулах или инъекциях, который кроме воздействия на гипоталамо-гипофизарную область, одновременно подготавливает эндометрий к лучшему восприятию эстрогенов. Для повышения рецептивности тканей также назначалась фолиевая кислота по 0,001 три раза в день.

Во вторую фазу цикла, наряду с использованием гестагенов, осуществлялась шейно-лицевая гальванизация 1% раствора сернистого цинка через день и прием аскорбиновой кислоты (по 0,6 г в сутки). Аскорбиновая кислота, являясь симпатикотропным агентом, при одновременном назначении с гестагенами усиливает их действие. Такая комплексная терапия использовалась в течение 3—4 курсов с месячным перерывом.

Если у больных определялась умеренная, либо легкая степень недостаточности эстрогенной функции яичников без выраженной гипоплазии гениталий, лечение начиналось по вышеуказанной схеме без предварительной подготовки. При гипогонадотропизме с хорошим терапевтическим эффектом в комплексе применялись и инъекции хориогонина по 1500 ед. на 10, 12, 14, 16 дни в течение 3—4 циклов. Учитывалось, что при первичной яичниковой аменорее характерно повышение экскреции гонадотропинов, в этих случаях лечение хориогонином не применялось, являясь противопоказанным, так как могло ухудшить клиническое течение болезни. При гипоменструальном синдроме с умеренной и легкой степенью эстрогенного дефицита применялись и синтетические прогестины типа бисекурина, нон-овлона, мегестранола, метрулена (с 5 дня условного менструального цикла по 1 таблетке в день в течение 21 дня с перерывом в 7 дней) по 2 цикла с последующим двухмесячным перерывом. Это лечение основано на ребаунд-эффекте и стимуляции гипоталамо-гипофизарной системы после ее отдыха во время приема синтетических прогестинов.

В результате проведенной терапии из 80 женщин менструальная функция восстановилась полностью у 41 больной, причем у 29 (36,2%) из них наступила беременность, закончившаяся у 25 женщин срочными родами.

Во вторую группу вошли 30 женщин с маточной формой гипоменструального синдрома. Все обследованные были детородного возраста, и генеративная функция у них страдала ввиду либо первичного нарушения функции эндометрия в результате

глубокого недоразвития его, либо вторичного, вызванного хроническим воспалительным процессом, чаще специфическим; или травматизацией базального слоя эндометрия во время внутриматочных вмешательств, особенно после родов и аборт.

Лечение этой группы больных начиналось с обязательного диагностического выскабливания слизистой оболочки матки с гистологическим исследованием соскоба. Выскабливание было осторожным, рассчитанным на «освежение», удаление ареактивной слизистой, на механическое раздражение интерорецепторов и на рефлекторную стимуляцию гипофиза. При наличии синехий их разрушали, а в полость матки вводили внутриматочную спираль. После выскабливания сразу больным назначались эстрогены по 5—10 тыс. ежедневно в течение 3—4 недель, после чего переходили к отторжению слизистой прогестероном. Одновременно проводилась индуктометрия на область малого таза с целью ускорения пролиферативных процессов в эндометрии и повышения чувствительности интерорецепторов к воздействию гормональных влияний, усиленных введением экзогенных гормонов. Лечение проводилось в течение 2—3 циклов. В результате проведенной терапии менструальный цикл восстановился полностью у 10 женщин, временно—у 3 и не восстановился у 17 больных. Беременность наступила лишь у 6,6% больных, причем закончилась срочными родами у одной и самопроизвольным выкидышем в сроке 9 недель у второй.

В третью группу вошли 50 женщин, страдающих гипоменструальным синдромом гипоталамо-гипофизарного генеза. У 36 больных бесплодие было первичным, у 14—вторичным. Лечение этой группы больных мы осуществляли совместно с невропатологом. Методы восстановления генеративной функции аналогичны применяемым при яичниковой форме гипоменструального синдрома в сочетании с воздействием на центральные механизмы регуляции полового цикла и нарушенный обмен веществ. При ожирении использовали гипокалорийную диету. Из физиотерапевтических процедур применялись: гальванический воротник по Щербаку, эндоназальная гальванизация витамина В₁, электросон или центральная электроанальгезия. Стимуляторы центральной нервной системы группы жень-шеня назначались в течение 4—6 циклов, трехнедельными курсами с семидневным перерывом в обычных дозировках.

Для лечения бесплодия применялась гормональная терапия ударными дозами половых гормонов. На 12 или 14 дни цикла внутримышечно вводили 2,0 мл 0,1% раствора эстрадиол-

бензоата; на 19 день одновременно — 1,0 эстрадиола и 2,0 — 1% прогестерона, а на 20, 21, 22 дни — по 3,0 мл 1% прогестерона внутримышечно. Лечение проводили на протяжении 3—4 циклов. Эта терапия индуцирует овуляцию по механизму обратных стероидных связей, но успех от нее мы видели только при легкой и средней степени дефицита эстрогенов.

При длительных аменореях центрального генеза применение синтетических прогестинов не давало стимулирующего эффекта. Для лечения бесплодия у больных с центральной формой гипоменструального синдрома применялся клостильбегит (кломифен), обладающий способностью непосредственного действия на гипоталамические центры и гипофиз, стимулируя овуляцию. Лечение начинали с 5 дня создаваемого цикла в течение 5 дней по 50 мг за сутки. Если беременность не наступала после первого курса лечения, то переходили на терапию в постепенно и осторожно возрастающих дозах — 2 цикла по 75 мг, перерыв 2 месяца и затем 2 цикла по 100 мг в сутки. После перерыва в 5—6 месяцев при необходимости лечение повторялось. Назначение клостильбегита далеко не всегда стимулировало наступление беременности, но способствовало восстановлению нарушенного цикла. Наиболее эффективным в плане наступления беременности было лечение бесплодия без выраженной степени недостаточности эстрогенов.

В результате лечения больных третьей группы беременность наступила у 21 больной (42%), причем срочные роды были лишь у 13 женщин, а у 8 произошел самопроизвольный выкидыш в сроке от 6 до 24 недель, несмотря на проводимую сохраняющую терапию.

Таким образом, анализируя полученные данные, мы считаем, что наиболее неблагоприятной формой гипоменструального синдрома в плане восстановления генеративной функции является маточная форма гипоменструального синдрома. Гормональная и комплексная терапия, выбранная с учетом генеза заболевания, привела в значительном числе случаев к становлению или нормализации как менструальной, так и чадородной функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И. И., Скорякова М. Н. Маточные кровотечения в гинекологии, Свердловск, 1978, 238 с.
2. Бенедиктов И. И., Скорякова М. Н. Акуш и гин., 1972, № 6, с. 10—14.

3. Бешедиков Д. И. Диагностика и восстановительное лечение больных синдромом склерокистозных яичников (метод. рекоменд.) Свердловск, 1980.
4. Демидова Т. В. Сов. медицина, 1975, № 6, с. 35—40.
5. Побединский Н. М. и соавт. Акуш. и гин., 1980, № 10, с. 55—57.
6. Пшеничникова Т. Я. Акуш. и гин., 1978, № 1, с. 43—46.
7. Скорнякова М. Н. В кн.: Некоторые вопросы патогенеза, клиники, профилактики и терапии акушерских кровотечений, Свердловск, 1964, с. 77—83.
8. Скорнякова М. Н. В кн.: Некоторые вопросы патогенеза, клиники, профилактики и терапии акушерских кровотечений, Свердловск, 1964, с. 84—88.
9. Хейфец С. Н. Бесплодие эндокринного происхождения у женщин. М., 1970.
10. Breckwoldt M. Med. 1972, 67, 25, 873—879.
11. Caban A. Clinique, 1971, 56, 678, 285—290.
12. Nyri I. Magy. Nőorv. Lap., 1972, 35, 6, 554—558.
13. Nyri I. Magy. Nőorv. Lap., 1972, 35, 6, 554—559.

М. Г. АСКЕРОВА

ТЕРАПИЯ БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СВЯЗИ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ФАЗ ОВУЛЯТОРНОГО ЦИКЛА

Дисфункциональные маточные кровотечения у женщин репродуктивного возраста до сих пор остаются одной из частых и тяжелых форм патологии полового цикла, отличающейся длительным рецидивирующим течением заболевания [3, 2, 4, 5, 6]. Кроме того, имеющаяся дисфункция в сложной, регулирующей половой цикл системе, клинически проявляется не только кровотечением, а также бесплодием или невынашиванием беременности. Причем, характер нарушений генеративной функции находится в определенной зависимости от патогномических особенностей кровотечения. Так, для больных с кровотечениями, обусловленными ановуляторными циклами, наиболее характерно наличие первичного или вторичного бесплодия, тогда как дисфункциональные маточные кровотечения при неполноценном овуляторном цикле чаще осложняются невынашиванием беременности уже в ранние сроки ее [1].