

3. Бенедиктов 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. Cabau A. Clinique, 1971, 56, 678, 285—290.
12. Nyiri I. Magy. Nőorv. Lap., 1972, 35, 6, 554—558.
13. Nyiri 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].

Исходя из сказанного, мы изучили особенности генеративной функции и возможности коррекции нарушений ее у 86 больных в возрасте от 19 до 39 лет, страдавших дисфункциональными маточными кровотечениями в течение 3—8 лет. Одновременно с кровотечением больные жаловались на наличие бесплодия или невынашивания беременности при продолжительности половой жизни от 3-х до 12 лет.

При обследовании в условиях женской консультации и стационара было установлено, что у 36 больных I группы кровотечения связаны с недостаточностью фазы созревания фолликула и желтого тела при овуляторном цикле, а у 50 обследованных женщин II группы — выявлено наличие овуляторного цикла с недостаточностью желтого тела.

У больных I группы первичное бесплодие было у половины, а вторичное — у трети женщин. Кроме того, прерывание в малом сроке единственной первой беременности отмечено у 6 больных. На основании клинико-лабораторного обследования у большинства больных было диагностировано эндокринное бесплодие и только у 7 женщин — трубно-эндокринное.

Из 50 больных II группы первичным бесплодием страдали 9 больных; вторичным бесплодием — 30 и привычным невынашиванием беременности 11 женщин.

На основании полученных клинических данных у 15 больных диагностировано бесплодие, обусловленное недостаточностью желтого тела; у 24 больных гипофункция желтого тела сочеталась с непроходимостью труб и явилась, по-видимому, следствием перенесенного воспалительного процесса придатков; у 11 женщин — невынашивание беременности в сроки 7—14 недель могло быть обусловлено слабостью желтого тела и недостаточной прегравидарной подготовкой эндометрия.

Выявленные особенности генеративной функции у больных дисфункциональными маточными кровотечениями при овуляторном цикле определили цели, задачи и особенности терапии. Рассматривая эту патологию, как следствие сложных и многообразных нарушений в регулирующей половую функцию системе, в основу лечения ее было положено комплексное воздействие на организм женщины в целом, с акцентом на определенные наиболее заинтересованные в патогенезе звенья. Поэтому вслед за гемостазом, проведенным в условиях гинекологической клиники, больные выписывались и ставились на диспансерный учет в женской консультации, и здесь осуществлялись II и III

этапы лечения, имеющие целью восстановить неполноценные фазы цикла, предупредив тем самым рецидивы кровотечений, и нормализовать нарушенную генеративную функцию. В комплекс лечебных мероприятий входило оздоровление женщины, улучшение нарушенных обменных процессов, противовоспалительная терапия и все виды физиотерапии, направленной на регуляцию функций гипоталамо-гипофизарной системы, улучшающей кровоснабжение органов малого таза.

Больным I группы с недостаточностью фолликулярной и лютеиновой фаз овуляторного цикла в течение 3—4 циклов проводилась циклическая физио-, витаминотерапия, учитывая ее симптоматическое действие и стимулирующее влияние на гонадотропную функцию гипофиза. Для этого в I фазу цикла назначались через день 5—6 сеансов эндоназальной гальванизации, как таковой или с витаминным В₁, фолиевая кислота (по 0,02 три раза в день) и эстрогены по 3—5 тыс. ед. ежедневно. Во II фазу цикла проводилось лечение шейно-лицевой гальванизацией с 1% сернистым цинком (5—6 процедур через день), аскорбиновой кислотой (600—800 мг ежедневно) и гестагенами (прогестерон по 10 мг или прегнин по 30 мг ежедневно). Эта терапия была показанной больным с выраженным эстрогенным дефицитом, курсы ее повторялись 2—3 раза на протяжении 1—1,5 лет лечения. При умеренном эстрогенном дефиците с хорошим терапевтическим эффектом применялись ударные дозы половых гормонов: эстрадиол-монобензоат 1% — 2 мл на 12 или 14 дни цикла; на 19 день цикла 2 мл эстрадиола одновременно с введением 2 мл 1% прогестерона; на 20—21—22 дни цикла по 3 мл 1% прогестерона. Лечение ударными дозами проводилось в течение 2—3 циклов и повторялось при необходимости после одно-, двухмесячного перерыва. В последние 2—3 года в лечении больных с гипогормональными овуляторными кровотечениями мы применяли синтетические прогестины типа бисекурин и нон-овлон, назначаемые на 1—2—3 месяца с последующей отменой, рассчитывая на ребаунд-эффект. Положительный терапевтический эффект — наступление беременности — получили у 2 больных из 11 лечившихся, хотя нормализация цикла была отмечена у 8 из них с умеренной эстрогенной недостаточностью. Для улучшения кровоснабжения органов малого таза с противовоспалительной и повышающей реактивность интерорецепторов целью применялись все виды тепловых процедур на область малого таза, электростимуляции шейки матки и гинекологический массаж.

В результате проведенной терапии менструальная функция нормализовалась у 30 из 36 лечившихся больных. Однако, несмотря на восстановление цикла, прекращение кровотечений и активацию эстрогенной функции фолликула, беременность наступила только у 21 из них после 2—3 лет терапии. Течение беременности осложнилось угрозой ее прерывания у половины беременных. После проведенной сохраняющей терапии беременность закончилась родами у 19 женщин.

Больным II группы (с функциональной недостаточностью желтого тела) проводилась терапия, активизирующая гестагенную функцию яичников воздействием через гипоталамо-гипофизарную систему, улучшающая одновременно кровоснабжение органов малого таза.

Учитывая, что у 24 больных гипофункция желтого тела являлась следствием перенесенных воспалительных процессов гениталий и сочеталась с непроходимостью маточных труб, особое внимание было уделено противоспаечному лечению. Поскольку кровотечения носили циклический характер, в межменструальный период проводилась санация, рассасывающая терапия, гидротубажи, гинекологический массаж. Для стимуляции функции желтого тела в лютеиновую фазу цикла ежедневно назначались витамин С (600—800 мг), шейно-лицевая гальванизация с сернокислым цинком или продольная диатермия головы, а также сочетание ее с не прямой стимуляцией гипоталамо-гипофизарной области. Для гормональной стимуляции использовали гестагены, рассчитывая на их влияние через гонадотропную функцию гипофиза. Назначались прогестерон по 10 мг или прегнин по 30 мг ежедневно в течение 6—7 дней лютеиновой фазы цикла. Положительное влияние оказывали инъекции хоргонина, назначаемого по 1000—1500 ед. на 19—21—23—25—27 дни цикла в течение 3—4 циклов. С целью создания ребаунд-эффекта мы применяли синтетические прогестины (нон-овлон, бисекурин, инфекундин), а также введение эстрадиола-бензоата по 20 тыс. ежедневно с 10 по 20 дни цикла, чередуя назначения с отменой (через цикл). У больных, страдающих невынашиванием беременности, особое внимание обращалось на состояние эндометрия, повышение его интерорецептивной способности к гормональным эндо- и экзогенным влияниям. Для этого применялись тепловые процедуры, грязелечение, гинекологический массаж, введение внутриматочной спирали при гипоплазии матки.

В результате проведенной комплексной терапии у 41 больной из 50 лечившихся нормализовалась гормональная функция яичников, прекратились кровотечения. Однако беременность наступила только у 26 больных с восстановившимся циклом, а у 15 женщин бесплодие было обусловлено сохраняющейся непроходимостью труб. Из 11 больных с привычным невынашиванием цикл нормализовался у 9 женщин и у 6 наступившая беременность закончилась родами.

Следовательно, недостаточность фолликулярной и лютеиновой или только лютеиновой фаз овуляторного цикла является одной из серьезных форм патологии половой функции женщины, клинически проявляющейся дисфункциональными маточными кровотечениями, бесплодием и невынашиванием беременности. Целенаправленная длительная комплексная терапия привела к восстановлению неполноценных фаз цикла и прекращению кровотечений у 86,5%, а беременность наступила только у 54,3% лечившихся женщин. Результаты терапии убеждают в необходимости сочетанного, противовоспалительного и нормализующего половой цикл лечения и длительного активного диспансерного наблюдения за больными, страдающими кровотечениями при овуляторном цикле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И. И., Скорякова М. Н. Маточные кровотечения в гинекологии, Свердловск, 1978, 238 с.
 2. Добротина А. Ф. Диагностика и лечение дисфункциональных маточных кровотечений. М., 1978, 134 с.
 3. Жмакин К. Н. Гинекологическая эндокринология, М., 1980, 526 с.
 4. Зайцев Н. А. Дисфункциональные маточные кровотечения, Киев, 1976, 228 с.
 5. Кузнецова М. Н. В кн.: Гинекологическая эндокринология, М., 1980, с. 251—294.
 6. Чамов П. Дисфункциональные маточные кровотечения, София, 1971, с. 196.
- 21.11.1979
С.И.С.