

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Бесплодие, в связи с патологическими изменениями в организме женщины, составляет 60—75%, включая сюда и случаи одновременного выявления нарушений репродуктивной функции у обоих супругов [1, 2, 3, 4, 5, 7]. К наиболее частым причинам женского бесплодия относят воспалительные или дегенеративные изменения в половых органах, врожденные аномалии развития гениталий и генетические нарушения, нейро-эндокринные расстройства, инфантилизм, опухоли половых органов и последствия различных экстрагенитальных заболеваний. К органам, оказывающим непосредственное активное влияние на различные виды обмена веществ, в том числе стероидный обмен, и, таким образом, участвующим в регуляции полового цикла, относится печень. Заболевания гепато-билиарной системы достаточно широко распространены и встречаются у 8—10% пациентов терапевтического профиля. Учитывая вышеизложенное, представляется важным изучить характер полового цикла и функциональное состояние печени у женщин с бесплодием, страдающих заболеваниями гепато-билиарной системы.

Было обследовано 60 женщин с бесплодием и различными видами патологии гепато-билиарной системы (хронический холецистит у 20, хронический гепатит поствирусный и холангиогенный у 20, функциональная гипербилирубинемия у 5, желчно-каменная болезнь у 2 и дискинезия желчевыводящих путей у 13 человек. Из разработки исключены женщины, имевшие явную эндокринную патологию (синдром склерокистозных яичников и т. д.). Из 60 женщин продолжительность бесплодного брака была в пределах 6 лет — у 51, до 10 лет — у 6 и свыше — у 3. Первичное бесплодие было у 38 обследованных и у 22 — вторичное. Женщин в возрасте до 25 лет было 30, до 30 лет — 20 и старше — 10.

В процессе обследования собирался подробный анамнез. Все женщины подвергались комплексному исследованию, принятому в клинике, куда включались обследование по тестам функциональной диагностики (проведение гормональной колюпоцитологии, измерение ректальной температуры, определение симптомов зрачка, кристаллизации и натяжения цервикальной

слизи на протяжении цикла), определение суточной экскреции с мочой эстрогенов, прегнандиола, проведение аспирационной биопсии эндометрия. Для определения проходности маточных труб делались гистеросальпингография или проба Шпека, иногда вначале проводилась пробная гидротубация. Всем обследуемым проводилась краниография в двух проекциях, диэнцефальные тесты (проба Лукателло, проба с ультрафиолетовой эритемой), исследование функции щитовидной железы (определение тироксинсвязывающей способности глобулинов и радиологическое исследование щитовидной железы с J^{131}). Осуществлялись консультации окулиста (с исследованием глазного дна и полей зрения), генетика, эндокринолога, невропатолога. Определялся сахар крови натощак и тест толерантности к глюкозе. Для изучения функционального состояния печени проводилось определение общего белка и белковых фракций сыворотки крови, тимоловой пробы, билирубина, холестерина, β -липопротеидов, аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, реогепаатография и в некоторых случаях дуоденальное зондирование.

При обследовании женщин с хроническими заболеваниями гепато-билиарной системы при бесплодии выявлено, что более чем в 1/3 случаев по данным гистеросальпингографии и пробы Шпека наблюдалась полная и частичная непроходимость маточных труб (24 женщины), а нарушения характера полового цикла различной степени выраженности отмечены у всех женщин данной группы. Более чем у половины (32 человека) выявлены ановуляторные циклы, при этом у 23 из них — гипергормональные. У остальных 28 женщин были овуляторные циклы с недостаточностью желтого тела (18) или обеих фаз (10 человек). Из 28 женщин с двухфазной ректальной температурой секреторные изменения в эндометрии, хотя и выраженные неполноценно, были выявлены у 19. Характерными для больных исследуемой группы оказались гиперэстрогенные циклы (41 человек), что подтвердилось повышением кариопикнотического индекса до 78—88%, данными экскреции половых гормонов, при этом высокие цифры кариопикнотического индекса и положительные шеечные симптомы отмечались и в лютеиновую фазу цикла.

Изучение показателей диэнцефальных тестов, данных рентгенографии черепа и осмотра невропатолога не выявило серьезных отклонений от нормы. Это свидетельствует о том, что в патогенезе нарушений полового цикла у женщин с хроническими заболеваниями печени изменения функции гипоталамо-гипофизарной системы, видимо, не играют ведущей роли.

Анализ данных функционального состояния печени у большинства обследуемых позволил выявить изменения патологического характера, что проявилось в диспротеинемии (снижение уровня альбуминов до 50% и соответственное повышение глобулинов, в основном за счет β - и γ -фракций). У 22 женщин отмечено повышение цифр тимоловой пробы. Нарушения в обмене липидов наблюдались у 35 женщин, при этом был повышен уровень содержания холестерина и β -липопротеидов одновременно, либо одного из этих веществ. Активность аминотрансфераз была в пределах нормы. По данным реогепаграфии умеренные нарушения внутрипеченочного кровообращения были выявлены у 18 женщин. Исходя из этих данных, можно предположить наличие определенных сдвигов в функциональном состоянии печени у женщин с хроническими заболеваниями данной системы при бесплодии. Представляется вероятным, что выявленные изменения в характере полового цикла у данной группы больных могут быть связаны с нарушением некоторых функций печени ([6, 8]. Изменение функционального состояния печени, в частности ее способности по инактивации стероидных гормонов, в том числе эстрогенов, ведет к явлениям гиперэстрогенизации, что было выявлено по тестам функциональной диагностики.

Учитывая вышеизложенное, следует женщинам, страдающим бесплодием, при наличии хронических заболеваний печени и желчевыводящих путей, помимо коррекции полового цикла, проводить терапию, направленную на улучшение функционального состояния печени. С этой целью рекомендуются: диета № 5, липотропная терапия (липовая кислота внутрь по 50 мг три раза в день или 0,5% раствор по 2,0 мл внутримышечно 20 дней; витамин В₁₅ по 50 мг в сочетании с рибофлавином по 0,02 три раза в день в течение трех недель; фолиевая кислота по 5 мг три раза в день; витамин В₁₂ по 200 μ через день или ежедневно внутримышечно 10—15 дней); антидистрофическая терапия (панангин по 1 драже 3 раза в день или оротат калия по 0,5 три раза в день; кокарбоксилаза по 50—100 мг ежедневно внутримышечно 20 дней; витамин В₆ по 1,0 мл 5% раствора внутримышечно 15 дней), желчегонные средства (никотин по 2,0 в сутки или циквалон по 100 мг или оксофенамид по 750 мг) в течение двух недель с последующим приемом желчегонных трав (бессмертник, кукурузные рыльца, тысячелистник, шиповник, пижма, корень одуванчика) и проведением дренажа желчевыводящих путей с помощью тюбажей.

Таким образом, для больных, страдающих бесплодием, при наличии хронических заболеваний печени, характерными являются патологические изменения полового цикла (ановуляторные, гиперэстрогенные или овуляторные с недостаточностью лютеиновой или обеих фаз цикла). У них выявляются изменения в белковом, липидном обменах, состоянии внутрипеченочного кровообращения, что свидетельствует о скрытой функциональной недостаточности печени. Предполагая патогенетические связи между нарушениями цикла и скрытой функциональной недостаточности печени у женщин с хроническими заболеваниями данного органа при бесплодии, следует рекомендовать назначение гепатотропных средств в комплексной терапии гормональных расстройств больных указанной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акунц К. Б. В кн.: Актуальные вопросы бесплодия в браке. Ереван—Айстан, 1978, с. 183.
2. Акунц К. Б. Акуш и гин., 1976, № 2, с. 63—64.
3. Анисимова М. И., Тодорцева М. С. *Вопр. охр. мат.*, 1976, т. 21, № 10, с. 75—78.
4. Бенедиктов И. И. и соавт. *Акуш. и гин.*, 1976, № 2, с. 39—42.
5. Давыдов С. Н. *Трубное бесплодие*. М., 1977.
6. Пескова В. И. *Фельдшер и акушерка*, 1962, № 4, с. 30—33.
7. Хейфиц С. Н. *Бесплодие эндокринного происхождения у женщин*, М., 1970.
8. Adlercreutz H. et al. *Amer. J. Med.*, 1970, 49, 5, 630—648.

*В. И. КОНОВАЛОВ, Ю. Ю. ХАРЛАМОВ,
С. А. ЗАЙКОВ, Л. И. АНТОНОВА*

К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГИПОТАЛАМУСА У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Большое значение в генезе эндокринного бесплодия придается нарушению функций гипоталамо-гипофизарной системы [1, 2]. Сочетание в клиническом синдроме больных с гормональ-