

ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ СКЛЕРОКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Одним из характерных клинических признаков синдрома склерокистозных яичников является бесплодие. Без лечения беременность при этой патологии наступает крайне редко и, как правило, самопроизвольно прерывается в ранние сроки. Поэтому восстановление репродуктивной функции у больных синдромом склерокистозных яичников будет основным критерием эффективности проводимого им лечения. В то же время выбор того или иного способа терапии определяется тем, с каким клиническим вариантом синдрома встречается врач у данной больной.

В последние годы в научной литературе появились указания на то, что синдром склерокистозных яичников потерял свою специфичность как определенная нозологическая форма [1]. Под этим термином стали понимать различные патологические процессы, объединенные сходной клинической симптоматикой. Разнообразие этиологических факторов и различия клинικο-морфологических вариантов склерокистоза яичников побудило ряд исследователей выделить несколько форм этого заболевания. Наиболее распространенным является деление склерокистоза яичников на три основные формы: яичниковая форма склерокистоза (так называемый синдром Штейна—Левентала), надпочечниковая форма и гипоталамо-гипофизарная форма [2, 3]. Подробное обследование 207 больных синдромом склерокистозных яичников, проведенное в нашей клинике, показало, что синдром не потерял свою специфичность и патогномичные симптомы заболевания, описанные исследователями более 40 лет тому назад, а именно: опсо- и аменорея, реже ациклические кровотечения, гирсутизм, уплотнение и увеличение обоих яичников, длительные хронические ановуляторные состояния, определяемые по тестам функциональной диагностики, и сейчас остаются ведущими в диагностике данной патологии. Кроме того, анализируя весьма большой клинический материал, мы нашли, что указанная выше классификация не выделяет всех патогенетических особенностей различных клинических вариантов синдрома и не всегда дает возможность дифференцированно подойти к определению прогноза и выбору

методов лечения. Исходя из этих соображений, мы предлагаем несколько иную, более расширенную классификацию склерокистоза яичников.

Прежде всего необходимо различать первичный и вторичный склерокистоз. Первичный склерокистоз яичников характеризуется начальными признаками нарушения менструальной, генеративной функций, гирсутизмом и другой симптоматикой, возникшей без явных, видимых причин. Между тем, встречаются пациентки, у которых признаки склерокистоза появляются вторично, после периода нормальных менструаций и беременностей, закончившихся родами, и вызваны они какой-либо стрессовой ситуацией — медицинским абортom, особенно осложненным воспалительным процессом, патологическими родами, психотравмой. Первичный синдром склерокистозных яичников мы разделили на несколько клинических форм:

— неосложненная «чистая» яичниковая форма; для нее характерно правильное женское телосложение, умеренный, в том числе маммарный, гирсутизм, отсутствие ожирения, или только небольшой избыток веса, отсутствие выраженных признаков гипоплазии матки или полового инфантилизма, а также клинических нарушений функции надпочечников и гипоталамо-гипофизарных отделов, нормальные величины 17-КС мочи, гормональные пробы, подтверждающие яичниковый генез гиперандрогении;

— яичниковая форма в сочетании с гипоплазией матки или половым инфантилизмом; для этой формы характерны те же особенности, что и для неосложненной чистой яичниковой формы, однако половые органы у этих женщин имеют явные черты инфантилизма или гипоплазии, иногда половой инфантилизм сочетается с общим; рентгенологически нередко определяется «маленькое» турецкое седло;

— яичниковая форма, сочетанная с ожирением первой или второй степени, но без симптоматики расстройств гипоталамо-гипофизарной области или надпочечников и без гипоплазии матки или полового инфантилизма;

— яичниковая форма, сочетанная с ожирением и гипоплазией матки или выраженным половым инфантилизмом;

— склерокистоз яичников в сочетании с андрогенной гиперфункцией коры надпочечников (надпочечниковая форма);

для этих больных свойственно характерное телосложение, выраженный грубый гирсутизм, признаки маскулинизации,

повышенная экскреция 17-КС мочи и положительный дексаметазоновый тест;

— склерокистоз яичников, сочетающийся с явлениями патологии гипоталамо-гипофизарной области (гипоталамо-гипофизарная форма); характерным для этой формы является симптоматика гипоталамических нарушений, проявляющаяся значительным и своеобразным ожирением (III степени), расстройством кожной трофики (полосы растяжения), терморегуляции, водно-солевого обмена и другими гипоталамическими симптомами.

Было проведено лечение 150 больных синдромом склерокистозных яичников, из них 90 женщин лечились консервативно, а 60 человек прооперированы. Выбор метода терапии определялся не только в зависимости от клинического варианта синдрома, но и с учетом степени исходной гормональной активности яичников. Практически удобным явилось деление эстрогенной функции яичников на три степени активности по величине картиопикнотического индекса. Легкая степень гормональной недостаточности яичников характеризовалась снижением КПИ до 40%; умеренная — в пределах 20—40%, а величина КПИ не более 20% свидетельствовала о выраженной гипофункции яичников.

При яичниковой форме синдрома, в случаях выраженного дефицита эстрогенов и гипоплазии матки проводилась подготовительная терапия, стимулирующая рост органов — мишеней матки, влагалища и повышающая реактивность их рецепторов. Назначался диместрол 0,6% раствор 2 мл внутримышечно раз в 2 недели, в количестве 3—4 инъекций; гинекологический массаж 40 сеансов; индуктотермия 30 сеансов. Если не было гипоплазии матки и длительной аменореи, то проводили лечение, направленное на стимуляцию гонадотропной функции гипофиза: экстракт элеутерококка и настойка родиолы розовой по 40 капель 3 раза в день, 14 дней прием, 14 — перерыв; витамин Е в капсулах (по 1 капсуле в день) или в инъекциях (1 мл 5% раствора 2 раза в неделю внутримышечно), месяц — лечение, месяц — перерыв; эндоназальный электрофорез с 2% витамином В₁ через день, 7—10 сеансов. Для повышения рецептивности ткани к эстрогенам применялась фолиевая кислота (по 0,001 три раза в день). Если у больных диагностировалась умеренная, либо легкая недостаточность эстрогенной функции яичников, то проводилось лечение, направленное на стимулирование овуляции. Назначали кломифен по 50 мг в день в течение

5 дней (при сохраненном цикле с 5 по 9 дни). Проводилось 3—4 курса лечения. При отсутствии овуляции в первом курсе увеличивали дозу до 75—100 мг в день. Применялось и лечение большими дозами половых гормонов по схеме: на 12 или 14 дни цикла вводилось 2 мл 0,1% эстрадиол-бензоата, на 19 день цикла вводили 1 мл эстрадиола и 2 мл 1% прогестерона в одном шприце и на 20, 21, 22 дни по 3 мл 1% прогестерона внутримышечно. Лечение проводили в течение 3—4 циклов. Имитируя пикообразное выделение половых гормонов при нормальном менструальном цикле, эта терапия индуцирует овуляцию по механизму обратных стероидных положительных связей. При безуспешности консервативной терапии, проводимой в течение 1—1,5 лет, больным производили операцию — клиновидную резекцию обоих яичников.

Консервативное лечение бесплодия у женщин с надпочечниковой формой склерокистоза осуществлялось кортикоидами, в частности, преднизолоном. Последний назначался или непрерывно по 5 мг в день в течение 4—6 месяцев под контролем 17-КС мочи, или по 5—10 мг в день в первые 10—14 дней естественного или условного цикла; на 20—21—22 дни вводилось по 3 мл 1% прогестерона. При этом терапия дополнялась эндоназальным электрофорезом с 2% витамином В₁, фолиевой кислотой, витамином Е, элеутерококком или родиолой. При выраженном половом инфантилизме, гипоплазии матки применяли гинекологический массаж, индуктотермию. Если беременности не наступало, использовали кломифен.

Консервативное лечение бесплодия у больных с гипоталамо-гипофизарным вариантом склерокистоза проводилось совместно с невропатологом и в соответствии с принципами терапии дисэнцефальных синдромов. Путем предварительного обследования исключалось опухолевое поражение центральной нервной системы. Методы восстановления генеративной функции у этих больных были аналогичны применяемым при яичниковой форме склерокистоза. Они обязательно сочетались с воздействием на центральную нервную систему и нарушенный обмен веществ. Для стимуляции гипоталамических центров регуляции назначали настойку родиолы, элеутерококка. Из физиотерапевтических методов применялись эндоназальный электрофорез с 2% витамином В₁, гальванический воротник по Щербаку, центральная электроанальгезия. Для лечения ожирения мы использовали следующую диету: завтрак — яйцо в смятку, 50 граммов хлеба, чай без сахара; второй завтрак в 11 часов — 200 граммов ово-

щей; обед — 150 граммов нежирного мяса, рыбы, сыра или творога; 100 граммов овощей, 50 граммов хлеба; полдник — 200 граммов молока или кефира; ужин — 200 граммов фруктов (яблок), чай без сахара.

Оценка эффективности лечения бесплодия при различных вариантах синдрома склерокистозных яичников показала следующее. Консервативная терапия больных с неосложненной «чистой» яичниковой формой синдрома привела к наступлению беременности у 65,4% женщин, клиновидная резекция помогла в 47,4% случаев. При яичниковой форме, сочетанной с гипоплазией матки, эффективность консервативного и хирургического лечения составила соответственно 23,1 и 7,7%; при яичниковой форме, сочетанной с ожирением: 11,5 и 10,0%; при яичниковой форме, осложненной ожирением и гипоплазией матки, консервативное и хирургическое лечение не привело к наступлению беременности ни у одной больной. Консервативное лечение при надпочечниковом варианте синдрома вызвало наступление беременности у 60% женщин, а клиновидная резекция яичников у 40% больных; при гипоталамо-гипофизарных формах склерокистоза консервативная терапия дала эффект у 33,3% женщин, тогда как хирургическое лечение было безуспешным — ни у одной женщины не наступила беременность.

Таким образом, в отношении восстановления генеративной функции у больных склерокистозом яичников консервативное лечение является весьма эффективным и не уступает хирургическому. Поэтому лечение необходимо начинать с консервативных методов. К операции должны быть строгие показания. Наиболее эффективна она при «чистом» яичниковом варианте синдрома, не осложненном гипоплазией матки или ожирением. Неэффективна операция у больных с гипоталамо-гипофизарной формой склерокистоза яичников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Железнов Б. И. В сб.: Методы профилактики, диагностики и терапии эндокринных нарушений у женщин, М., 1975, с. 139—144.
2. Крымская М. Л. Акуш. и гин., 1980, № 9, с. 53—56.
3. Цариковская Н. Г. и соавт. Акуш. и гин., 1979, № 5, с. 24—27.