ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И. И. Ошибки в гинекологической практике. Свердловск, 1976, сс. 6—13, 16—17, 25—51, 96—134.
2. Бенедиктов И. И. Происхождение диагностических ошибок. В помощь врачу. Свердловск, 1977.
3. Бенедиктов Д. И., Бенедиктов И. И. Лекарственные растения в акушерско-гинекологической практике. Метод. рекоменд., Свердловск, 1978, сс. 52—56, 60—64.
4. Бенедиктов Д. И. Диагностика и восстановительное лечение больных синдромом склерокистозных яичников. Метод. рекоменд., Свердловск, 1980, сс. 3—39, 61—66.
5. Жмакин К. Н. Гинекологическая эндокринология, М., 1980.
6. Егорова Е. В., Якубович Д. В. Акуш. и гин., 1978, № 3, с. 54—59.
7. Калачевская Е. Н. Туберкулез женских половых органов, М., 1975.
8. Константинову Паула, Василе Морариу. Гистеросальпингография в гинекологической и акушерской практике, Бухарест, 1973.
9. Куни М. А. Бесплодие в браке. Вопросы сперматологии, М., 1973.
10. Бенедиктов И. И. Лечение больных фибромиомой матки. Метод. рекоменд., Свердловск, 1979.
11. Майзель Е. П. Клиника и терапия бесплодия женщин, Л., 1965.
12. Николов Н., Палазов Б. Бесплодие в семье, София, 1971.
13. Старкова Н. Т. Основы клинической андрологии, М., 1973, сс. 37—48, 51—52, 57—66, 250—332, 367—378.
14. Хейфец С. Н. Бесплодие эндокринного происхождения у женщин, М., 1970.

О. А. КАСЮКОВА

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ И МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ, В ПЛАНЕ ПРОФИЛАКТИКИ БЕСПЛОДИЯ В БУДУЩЕМ

При гормональном бесплодии у женщин часто обнаруживаются ановуляторные или неполноценные овуляторные циклы [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Поэтому терапию любых клинических форм нарушений менструальной функции, направленную на нормализацию цикла, можно рассматривать как профилактику гормонального бесплодия или реабилитацию генеративной функции.

Под наблюдением находилось 37 девочек в возрасте от 11 до 19 лет, родившихся недоношенными, с патологическим течением

пубертатного периода. Выбор методов коррекции выявленных нарушений осуществлялся строго индивидуально с учетом клиники и патогенеза, а также реакции больных на лечение. Срок наблюдения — 2—3 года.

Большинство девочек родились с легкой степенью недоношенности, с массой тела от 2050 до 2480 гр., 9 девочек имели при рождении массу от 1600 до 1900 гр., а две глубоко недоношенные девочки — 1300 и 1400 гр.

Аntenatalный период 23 девочек протекал на неблагоприятном в гормональном отношении фоне, так как их матери еще с менархе страдали нарушениями менструального цикла. Тщательный анализ анамнестических данных позволил считать эти гормональные нарушения основной причиной преждевременного рождения обследованных девочек. Рождение остальных 14 девочек до срока было связано с различными инфекционными заболеваниями матери, обострениями хронических болезней, идиосиндромической несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору.

Физическое и психическое развитие девочек в раннем детстве имело некоторые особенности, обусловленные их недоношенностью: частое отставание роста и, особенно, массы тела от возрастных норм, более позднее развитие моторных функций, менее совершенное формирование речи, различных навыков. Однако нам не удалось выявить большей подверженности этих девочек острым инфекционным заболеваниям, что, вероятно, объясняется преобладанием среди них легконедоношенных.

Изучение морфограмм показало, что у 29 девочек было непропорциональное развитие в пубертатном возрасте. При этом у 12 больных формировались инфантильный и астенический морфотипы, характерные для отставания развития, а у большинства оставшихся девочек был замедлен рост костного таза.

Половое созревание наблюдаемых девочек на предпубертатном этапе происходило замедленными темпами, о чем свидетельствовало резко замедленное развитие вторичных половых признаков, гипоплазия наружных и внутренних гениталий, а также отсутствие менструации у 6 девочек в возрасте от 12 до 14 лет. Хотя у большинства менструирующих девочек (у 26 из 31) менархе наступило в интервале от 12 до 14 лет, характерном для средних темпов полового созревания, однако наблюдалось это в основном на фоне недостаточно развитых вторичных половых признаков. Относительно раннее начало менструации (с 11 лет) отмечено у трех больных, а относительно позднее и запоздалое

(в 15 и 17 лет) — у двух. Из клинических форм нарушений менструальной функции преобладал гипоменструальный синдром (у 16 из 31), причем у трех девочек наблюдалась вторичная аменорея сроком от 12 до 18 месяцев. Ювенильными кровотечениями страдали 8 девочек, еще с менархе у 7 был нарушен ритм менструаций при длительности циклов от 12 до 47 и более дней.

Функциональное состояние яичников обследованных девочек, судя по общепринятым тестам (влагалищные мазки, измерение базальной температуры), было сниженным. Экскреция половых стероидов также была ниже возрастных норм. У менструирующих девочек наблюдались стойкие ановуляции.

По нашим данным, клинические и лабораторные признаки гипоэстрогенизма часто сочетались с изменением уровня базальной секреции, нарушением возрастной динамики и цикличности выделения гонадотропных гормонов. Так, у четырех больных выделение ЛГ и ФСГ было повышенным, у остальных — сниженным, у всех оно было монотонным. Отдельные максимальные выбросы носили хаотический характер и их значения не достигали величин, характерных для женщин репродуктивного возраста. Комплексная оценка клинико-лабораторно-рентгенологических данных выявила лишь у четырех больных преимущественно яичниковый генез нарушений менструального цикла, у остальных преобладали нарушения в центральных отделах регулирующей половой цикл системы.

После проведенного обследования больным проводилась комплексная терапия. При этом особое внимание уделялось нормализации процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. С этой целью помогали родителям отрегулировать режим дня девочек, рекомендовали ограничить школьные занятия лишь в общеобразовательной школе, а при настойчивом желании девочек заниматься в спортивных секциях, советовали виды спорта, оказывающие менее выраженное тормозящее воздействие на половое созревание (художественную гимнастику, фигурное катание). Одновременно широко рекомендовали занятия лечебной физкультурой. Кроме того, назначался комплекс витаминов или в натуральном виде (настой шиповника, плодов рябины, листьев крапивы), или, чаще, в виде декамеvита. Обычно проводились 1—3 курса витаминотерапии длительностью 20 дней с 10-дневными интервалами. Большое внимание уделялось также полноценному питанию.

Если после урегулирования образа жизни и проведения общеукрепляющей терапии половое созревание и менструальная

функция не нормализовались, то больным назначалось специфическое медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Учитывая ведущую роль нарушений в центральных отделах системы, регулирующей половой цикл у девочек, родившихся недоношенными, для стимуляции диэнцефальной области назначали эндо-назальный электрофорез витамина В₁ по методике Г. Н. Кассиль через день длительно, до 15—20 процедур на курс. Девочкам, страдавшим ювенильными кровотечениями, проводились процедуры, соответствующие этапу лечения.

При запоздалом половом развитии у девочек препубертатного возраста мы применяли месячными курсами анаболические стероиды (метандростенолон, фенаболлин) с месячными перерывами на фоне диеты с повышенным содержанием белка. Лечение проводилось под контролем изменений роста, массы тела, динамики морфограмм.

Кроме того, при отсутствии эффекта от физиофармакотерапии у менструирующих девочек им назначалась циклическая терапия половыми гормонами.

В зависимости от начала лечения все больные были разделены на 2 группы. В первую группу (11 человек) вошли девочки, лечение которых проводилось с препубертатного периода или с начала становления менструальной функции. У 26 больных второй группы давность заболевания превышала 1,5—2 года и, соответственно, лечение их было начато позже.

В результате лечения у всех 6 девочек первой группы, находящихся на препубертатном этапе развития, наступила нормализация процессов роста и полового созревания. Необходимо отметить, что кумуляция массы тела нарастала меньшими темпами, чем увеличение роста. Отмечалась положительная динамика морфограмм, которая выражалась в замене инфантильного морфотипа у двух девочек на нормостенический, а у четырех — на «прочий», характеризующийся отставанием формирования костного таза. У остальных пяти девочек наступило значительное улучшение или восстановление менструальной функции, однако для достижения эффекта потребовалось назначение всем больным или пролонгированного курса малыми дозами эстрогенов (по 2—3 тыс. ед. фолликулина в день или эстрадиол-дипропионата) с последующим переходом на циклическую витаминно- и физиотерапию, или гормональное лечение. Нормализации морфотипа не отмечалось ни у одной из этих девочек, несмотря на длительность наблюдения (до 3 лет).

Применение комплексной терапии способствовало нормализации менструальной функции лишь у 9 из 26 девочек второй группы. Как показал анализ анамнестических данных этих девочек, большинство их (7) имели неотягощенную в эндокринологическом плане наследственность. У остальных больных применение циклической гормональной терапии дало лишь заместительный эффект. Кроме того, ни у одной из наблюдаемых девочек второй группы не было положительной динамики морфограмм.

Таким образом, проведенное исследование позволяет считать целесообразным раннюю комплексную терапию нарушений полового созревания и менструальной функции у девочек, родившихся недоношенными, в особенности, если менструальная функция их матерей с менархе имела патологические отклонения. Нормализация полового созревания и менструальной функции в пубертатном периоде является профилактикой бесплодия в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баризбекова Р. Б. *Вопр. охр. мат.*, 1973, т. 18, № 6, с. 52—56.
2. Бенедиктов И. И., Скорнякова М. Н. *Акуш. и гин.*, 1972, № 6, с. 10—14.
3. Бодяжина В. И. с соавт. *Акуш. и гин.*, 1971, № 7, с. 3—7.
4. Мануилова И. А., Пшеничникова Г. Я. *Акуш. и гин.*, 1972, № 6, с. 17—20.
5. Саркисян Р. Г. *Акуш. и гин.*, 1973, № 1, с. 28—31.
6. Хейфец С. Н. *Бесплодие эндокринного происхождения у женщин*, М., 1970.

Н. В. ШУКЛИНА

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ С ЦЕЛЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Хронические воспалительные заболевания печени и желчевыводящих путей весьма распространены — они составляют 70% всех случаев патологии органов брюшной полости.

Известно, что печень в организме выполняет ряд разнообразных, сложных и важных функций. Весьма значительна ее роль в углеводном, белковом, жировом и минеральном обмене, в процессах пищеварения, кроветворения, в кровообращении. Сложные