

## РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРУШЕННОЙ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Вопросы патогенеза, клиники и терапии дисфункциональных маточных кровотечений довольно широко представлены в отечественной и зарубежной литературе [2, 3, 4, 5, 6]. Известно, что большинство больных с кровотечениями в репродуктивном возрасте страдают одновременно бесплодием и невынашиванием беременности, что, безусловно, связано с глубокими нарушениями в регулирующей половую функцию системе. Однако в лечении больных дисфункциональными кровотечениями на первый план, как правило, выдвигаются вопросы гемостаза, реже предупреждения рецидивов, и почти не освещаются состояние генеративной функции и возможности ее коррекции. В то же время, прекращение кровотечения не является признаком восстановления полноценного цикла в аспекте возможного наступления беременности и вынашивания ее.

При обследовании большой группы больных дисфункциональными маточными кровотечениями в детородном возрасте, мы выявили нарушения генеративной функции, клинически проявляющиеся бесплодием, у 107 больных в возрасте от 19 до 40 лет, что по частоте составило 39,2%. Первичное бесплодие выявлено у 37, а вторичное бесплодие у 70 больных. Поскольку патогенез и клиника бесплодия у этих больных имели свои особенности, целесообразнее рассмотреть каждую из этих групп в отдельности, что важно также при выборе методов дифференцированной терапии и реабилитации.

1 группу составили 37 женщин в возрасте от 20 до 32 лет, живущих половой жизнью от 3 до 12 лет и никогда не имевших беременностей. Половина из них страдали маточными кровотечениями с менархе, у второй половины больных этой группы длительность заболевания составила 3—7 лет, а с восстановлением цикла беременность так и не наступила. Менструальная функция у ряда из них была также нарушенной уже в пубертатном периоде и проявлялась опсо- олигоаальгоменореей.

При обследовании по тестам функциональной диагностики у 25 больных был диагностирован ановуляторный гипогоρμο-

нальный цикл, о чем говорили кариопикноз на уровне 20—43%, монофазная ректальная температура, слабо выраженные цервикальные тесты и изменения в эндометрии типа неравномерно выраженной пролиферации, очаговой гиперплазии и атрофии эндометрия без признаков секреторной трансформации. У 12 больных были признаки более выраженного эстрогенного влияния, и их цикл был оценен как ановуляторный гиперэстрогенный.

Сопоставляя показатели тестов функциональной диагностики и состояние половых органов, у большинства больных мы отметили сочетание недостаточного эстрогенного влияния с инфантилизмом, гипоплазией или гипотрофией матки. Это подтверждалось данными гистерографии, при которой констатируется уменьшение матки в размерах, удлинение шейки ее, нарушение соотношения длины тела к длине шейки матки в сторону его значительного снижения (1:2 или 1:3 вместо 2:1). У 12 больных трубы оставались проходными, но имелись перитубарные спайки. Все сказанное позволило считать, что причиной ановуляторных кровотечений и бесплодия являлись инфантилизм, первичная дисфункция в регулирующей половой цикл системе и, возможно, перенесенные воспалительные заболевания гениталий.

Во II группу вошли 70 больных, страдавших дисфункциональными маточными кровотечениями в детородном возрасте и вторичным бесплодием. Продолжительность заболевания составила 3—8 лет, а продолжительность бесплодия от 3 до 12 лет, т. е. у части больных вначале диагностировалось бесплодие, а позднее появились маточные кровотечения. Менструировать больные этой группы начинали в возрасте 12—16 лет, однако у 12 женщин менструальный цикл не нормализовался до начала заболевания. Начало половой жизни изменило характер цикла у 22 больных, причем у большинства из них менструации стали нерегулярными и обильными. Непосредственной причиной появления маточных кровотечений больные считали начало половой жизни, самопроизвольное прерывание первой беременности, медицинский аборт и перенесенные воспалительные процессы придатков. Характерно, что у 9 больных первая беременность прервалась самопроизвольно в сроке 8—14 недель, после чего наступило вторичное бесплодие.

При обследовании состояния гениталий выявлены инфантилизм, хронические воспалительные процессы придатков и их остаточные явления. Гистеросальпингографией диагностирована непроходимость труб у 6 больных и недостаточная проходимость их у 10 женщин. Тесты функциональной диагностики свидетель-

ствовали о наличии ановуляторного гиперэстрогенного цикла у 46 больных, а у 24 женщин цикл был ановуляторным, но гипоэстрогенным. То есть, патогенетическими факторами бесплодия в этой группе больных являлось отсутствие овуляции, обусловленное персистенцией зрелого или несвоевременной деградацией незрелого фолликула. Наличие признаков инфантилизма и воспалительных процессов придатков (нарушение проходимости труб у 16 больных) позволяет связать ановуляцию с первичной и приобретенной дисфункцией в системе регуляции полового цикла на гипоталамо-гипофизарном и яичниковом уровне.

Рассматривая дисфункциональные маточные кровотечения как сложную нейроэндокринную патологию, обусловленную вышеуказанными факторами, в терапии их мы выделяем III этап: этап гемостаза, коррекции имеющихся нарушений цикла как профилактики рецидивов кровотечения и этап реабилитации — восстановления нарушенной генеративной функции.

В настоящей статье мы рассматриваем особенности и результаты терапии, направленной на реабилитацию нарушенной генеративной функции у больных с дисфункциональными маточными кровотечениями.

Основной задачей лечения являлось оздоровление женщины, начатое еще на первых двух этапах терапии, нормализация нарушенных обменных процессов, лечение инфантилизма и хронических воспалительных заболеваний матки и придатков.

В терапии широко использовались возможности воздействия на психоэмоциональную сферу больной, учитывая длительность заболевания и тот комплекс неполноценности, который нередко ощущают больные при наличии бесплодия. Больным проводилась психотерапия, назначались малые транквилизаторы, бромиды, валериана, гальванические воротники с бромом, магнием, димедролом и др. препаратами. С целью влияния на функцию гипоталамо-гипофизарной системы назначались эндоназальная и шейно-лицевая гальванизация соответственно фазам цикла.

Для улучшения кровоснабжения органов малого таза у больных с воспалительными процессами гениталий и половым инфантилизмом проводился гинекологический массаж, индуктометрия, амплипульс, грязелечение. Эти виды терапии наиболее показаны больным, страдавшим гипоэстрогенными кровотечениями и выраженными гипоплазией или гипотрофией матки. Этим больным на этапе реабилитации было целесообразным и оказалось эффективным введение внутриматочных контрацептивов

(ВМС) на 6—8—12 месяцев, после удаления которых наступала беременность.

Одновременно большое внимание уделялось гормональной регуляции и, в частности, восстановлению и индукции овуляции, что решало одновременно две очень важные проблемы — излечивало ановуляторные кровотечения и функциональное бесплодие.

Для непрямой стимуляции овуляции 39 больным с гипострогенными кровотечениями циклически назначали эстрогены и гестагены, рассчитывая на положительный эффект. Однако эта терапия улучшала показатели тестов функциональной диагностики, способствовала увеличению размеров матки, но редко стимулировала овуляцию. Более выраженный стимулирующим эффектом обладали эстрогены, назначаемые с 10-го по 20 дни цикла по 20 тыс. ед. ежедневно с последующей отменой и повторением через цикл, а также большие дозы эстрогенов и гестагенов в середине цикла. В результате лечения эстрогенами в середине цикла, основанного на феномене ребаунд-эффекта, овуляция восстановилась у 27 больных, однако беременность наступила только у 9 из них. К непрямым стимуляторам овуляции относят также синтетические прогестины, оказывающие вначале тормозящее, а затем стимулирующее влияние на гипоталамо-гипофизарную систему [1, 6, 7]. У 42 больных с ановуляторными гиперэстрогенными кровотечениями применили прогестины типа инфекундина, бисекурина, нон-овлона, мегестранола прерывистыми курсами и констатировали овуляцию по тестам функциональной диагностики и состоянию эндометрия (цитологическое исследование аспирата его) у половины из них после V—VII курсов лечения. Беременность наступила у 16 женщин.

Больным, страдавшим ановуляторными гипострогенными кровотечениями, мы не применяли прогестины из-за боязни выраженного и необратимого тормозящего влияния на без того ослабленную систему гипоталамус — гипофиз — яичники.

В последние годы в лечении эндокринного бесплодия широко используют прямые стимуляторы овуляции — кломифен, клостильбегит, хлортрианизен, считая, что они тормозят в больших дозах и стимулируют в малых дозах секрецию гонадотропинов [1, 6, 7, 8]. Кломифен рассматривается как активный стимулятор овуляции и все шире применяется в лечении бесплодия и, в частности, гормонального. Известно, что при лечении кломифеном (кlostильбегитом) можно добиться увеличения секреции эстрогенов, индукция овуляции, а можно и не получить желаемого эффекта.

Лечение клостильбегитом (синоним «кломифен») проводилось 26 больным, лечившимся по поводу маточных кровотечений и бесплодия. Овуляцию удалось индуцировать только у 18 из них, а беременность наступила у 11 женщин. Мы убедились в том, что клостильбегит, назначаемый в дозе 50 мг в день в течение 5 дней с 5 дня цикла, стимулирует овуляцию только при наличии умеренного эстрогенного дефицита, т. е. недостаточности фолликула I—II степени. Несмотря на констатируемую овуляцию у 18 лечившихся, беременность наступила у 11 из них. У 7 больных, с выраженным уменьшением размеров матки, не получено стимулирующего эффекта от терапии. После введения внутриматочной спирали или гинекологического массажа и тепловых процедур при проведении повторных курсов терапии клостильбегитом у четырех больных наступила беременность.

Оценивая результаты лечения больных маточными кровотечениями на III этапе, можно сказать, что овуляцию удалось восстановить у 61%, а беременность наступила у 37% лечившихся. Результаты проведенных исследований убеждают в необходимости выделения III этапа лечения дисфункциональных маточных кровотечений, являющегося, по сути, реабилитацией нарушенной генеративной функции. Для лечения первичного и вторичного бесплодия может быть использована комплексная терапия с ее гормональными компонентами, выбираемыми дифференцированно в зависимости от формы кровотечения и особенностей гормональной функции яичников. При ановуляторных циклах, обусловленных атрезией незрелого фолликула, наиболее целесообразна терапия эстрогенами и гестагенами (циклически и ударными дозами); при персистенции фолликула и гиперэстрогенизме предпочтительнее синтетические прогестины; клостильбегит способствует индукции овуляции и наступлению беременности при умеренной эстрогенной недостаточности и отсутствии выраженной гипоплазии или гипотрофии матки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аккер Л. В. Некоторые показатели эндокринной функции у больных дисфункциональными маточными кровотечениями при лечении инфекундином. Автореф. канд. дисс., Барнаул, 1973, с. 15.
2. Бенедиктов И. И., Скорякова М. Н. Маточные кровотечения в гинекологии, Свердловск, 1978.
3. Васильевская Л. Н., Панкина Г. И. Акуш. и гин., 1976, № 7, с. 26—28.
4. Добротина А. Ф. Диагностика и лечение маточных кровотечений, М., 1978.
5. Зайцев Н. А. Дисфункциональные маточные кровотечения, Киев, 1972.

6. Кузнецова М. Н. В кн.: Гинекологическая эндокринология, М., 1980, с. 251—294.
7. Мануилова И. А. В кн.: Гинекологическая эндокринология, М., 1980, с. 295—323.
8. Хейфец С. Н. Бесплодие эндокринного происхождения у женщин, М., 1970.
9. Greenblatt R. B. — J. Amer. Med. Ass., 1967, 172, 101—104.

*Н. В. ШУКЛИНА, Д. И. БЕНЕДИКТОВ*

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК КАК ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИЙ**

Синдром склерокистозных яичников (СКЯ) встречается обычно в возрасте 20—30 лет. Данные литературы о СКЯ у девушек немногочисленны [1, 2, 3].

Различные неблагоприятные воздействия внешней среды во время внутриутробного развития, а также в пред- и пубертатный периоды жизни девочки могут вызвать расстройство регуляторных центров гипоталамуса, ответственных за нормальный, циклический ритм функций половой системы. В связи с этим вместо циклической возникает тоническая модель деятельности звеньев регулирующей системы. Последнее приводит к ановуляции и бесплодию. Кроме того, причиной синдрома СКЯ может быть врожденная недостаточность ферментных систем в яичниках, что ведет к нарушению нормального биосинтеза стероидов, избыточному выделению андрогенов, блокирующих гипоталамо-гипофизарные звенья регулирующей системы.

Своевременное выявление и лечение этой патологии являются профилактикой нарушений менструальной и генеративной функций у женщин. Наиболее распространенным и эффективным методом терапии до настоящего времени является клиновидная резекция яичников, после которой менструальная функция восстанавливается у 70—98% женщин, а репродуктивная у 40—88%. Известно также, что первая беременность после клиновидной резекции наступает в ближайшие два года. Поэтому понятно, что большинство авторов считают противопоказанным оперативный метод лечения СКЯ у девушек [1]. Другие авторы