

Пути восстановления репродуктивной функции у пациенток с эндокринным генезом инфертильности

О.В. Авагимова, В.А. Крутова

ГОУ ВПО Кубанского государственного
медицинского университета

Базовая акушерско-гинекологическая
клиника, Краснодар

Демографическая ситуация в России характеризуется моделью суженного воспроизводства населения, для которой характерно снижение суммарного коэффициента рождаемости и доли повторных рождений с 51 до 41% (В.И. Кулаков и др., 2006). Женское бесплодие остается одним из ведущих негативных факторов, обостряющих демографическую ситуацию в России, и не имеет тенденции к снижению. Рост заболеваемости,

распространенность патологии репродуктивной системы и соматических заболеваний обусловили повышение частоты патологии беременности, что привело к снижению количества нормальных родов в России в 2003 г. до 32,1%. Невоспалительные заболевания женских половых органов и обусловленные ими оперативные вмешательства являются достаточно частым фактором развития бесплодия, оказывая негативное воздействие на процессы овуляции и зачастую приводят к нарушению функциональной активности и проходимости маточных труб.

Современное общество характеризуется снижением рождаемости. Это позволяет поставить проблему бесплодия в ряд важнейших. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, частота бесплодных браков достаточно высока и колеблется в развитых странах от 8 до 29% всех супружеских пар, занимая исключительное место в структуре гинекологических заболеваний. Разработка новых более эффективных методов терапии женского бесплодия занимает одно из основных мест в современной гинекологии. Это обусловлено тем, что бесплодие имеет высокую частоту и необычайно разнообразные факторы для его развития, среди которых эндокринный фактор встречается в 18–26,9% случаев [2, 4, 6, 8–12]. Несмотря на то что на сегодняшний день полученные достижения науки не стоят на месте и активно развиваются, частота наступления беременности у женщин с эндокринным бесплодием после проведения курса лечения и реабилитации не превышает 30,0%. Именно это требует поиска решений, которые повысят эффективность лечения [1, 3, 5, 7, 10, 11].

В связи с увеличением числа производимых в гинекологической практике органосохраняющих эндоскопи-

ческих операций при бесплодии различного генеза, разработка методологии преемственной послеоперационной реабилитации этих пациенток на стационарном, амбулаторном и санаторно-курортном этапах представляется актуальной задачей восстановительной медицины. Ранняя послеоперационная реабилитация существенно повышает эффективность эндохирургических вмешательств при лечении бесплодия у гинекологических больных, однако лишь малый процент подобных пациенток направляется для ее проведения в физиотерапевтические отделения муниципальных ЛПУ, еще реже на санаторно-курортное лечение. Ряд авторов считают раннюю послеоперационную реабилитацию у больных с невоспалительными заболеваниями яичников, при трубно-перитонеальном бесплодии, внематочной беременности завершающим компонентом оперативного лечения, достаточным для полного восстановления фертильности женщин (Стругацкий В.М. и др., 2001). Исследования, посвященные особенностям применения аппаратной физиотерапии в послеоперационном периоде, доказали достаточный противовоспалительный и рассасывающий эффекты электролечения и магнитотерапии, отметили позитивные изменения реографических показателей на фоне их применения. В то же время основной акцент многих работ сделан на анализе местных проявлений основного заболевания, с позитивной динамикой которого связано восстановление фертильности женщин. При этом только единичные исследования описывали динамические изменения основных психо-вегетативных, иммунологических и биохимических показателей в течение послеоперационного периода у больных бесплодием, перенесших реконструктивно-пластические или органо-сохраняющие операции на органах малого таза (Кияшева И.В., 2006). Однако системный характер патологических сдвигов гомеостаза при доброкачественных опухолях яичников, эндометриозе, СПКЯ, миоме матки является доказанным фактом (Жаркин А.Ф., 2000; Кулаков В.И., 2005; Айламазян Э.К., 2006). Существует ряд научных разработок, основанных на применении спектра немедикаментозных методов лечения, системного воздействия на организм больных, обеспечивающего целостный подход к коррекции основной и сопутствующей патологии, приводящие к эффективному лечению эндокринного бесплодия. При этом исследований, посвященных комбинированному применению при вышеуказанных заболеваниях, и в особенности в послеоперационном периоде, природных лечебных факторов местных курортов Краснодарского края и современных методов аппаратной физиотерапии, проводилось недостаточно.

Настоящее исследование проведено с целью научного обоснования и разработки современной методологии послеоперационной медицинской реабилитации в муниципальных учреждениях здравоохранения и местных санаториях Краснодарского края женщин репродуктивного возраста с эндокринным фактором бесплодия (ЭФБ).

В группу наблюдения были включены 58 пациенток с эндокринным фактором бесплодия ($n=133$ женщин, страдающих бесплодием). Из всех бесплодных женщин эндокринный фактор составил 43,6% в общей структуре причин бесплодия. Возраст пациенток колебался от 24 до 36 лет, средний возраст $28,3 \pm 3,8$ года.

Как единственная самостоятельная причина бесплодия, эндокринный фактор был в 38 (65,5%) случаях из 58, а меньшая доля (20–34,48%) приходилась на пациенток с другими сочетанными факторами бесплодия. Длительность бесплодия в группе колебалась от 2 до 11 лет и в среднем составила $5 \pm 2,1$ лет. Лечение пациентки получали только после исключения патологии матки и труб и также мужского фактора бесплодия.

В результате обследования гормонального статуса у 81 (60,9%) пациентки (46 с первичным и 35 со вторичным бесплодием) не было изменений уровня центральных гормонов (пролактин, ФСГ, ЛГ). Но у 32 пациенток (24,06%) по тестам функциональной диагностики выявлена недостаточность лютеиновой фазы (укорочение ее длительности до 7–10 дней, снижение амплитуды колебаний температуры между I и II фазами цикла менее чем на $0,3^\circ\text{C}$). Этим больным во вторую фазу цикла с 16 по 25 день ОМЦ назначалась гормонотерапия прогестероном или его аналогами на 3 мес с контролем базальной температуры.

При диагностике СПКЯ у бесплодных пациенток изменялись следующие клинические критерии: нарушения менструального цикла по типу олигоаменореи; гирсутизм; повышенная масса тела или ожирение.

СПКЯ диагностирован у 38 (65,5%) пациенток, что на всю группу обследованных ($n=133$) составило 28,57%. Первичное бесплодие было у 32 (24,06%), вторичное у 11 (8,2%) больных. Средний возраст женщин $21,7 \pm 3,8$ года, рост $159,2 \pm 4,5$ см, средняя масса тела – $66,3 \pm 9,8$ кг, что достоверно не отличалось от аналогичных показателей в общем количестве пациенток.

Характеристика менструального цикла была следующей: ановуляторные регулярные циклы у – 36,4%; ановуляторная олигоменорея у – 63,6%; продолжительность нарушений менструального цикла к моменту обследования колебалась от 2 до 18 лет.

Основные гормональные показатели при СПКЯ сравнивали с утвержденными лабораторными стандартами. Отмечено повышение концентрации ЛГ, тестостерона, возрастание индекса ЛГ/ФСГ более 2,5, а также снижение концентрации эстрадиола и прогестерона в лютеиновую фазу цикла. Кроме того, выявлена тенденция к повышению концентрации пролактина.

При наличии ожирения первый этап терапии – нормализация массы тела. Лечебные мероприятия у женщин с ожирением были направлены на снижение массы тела, с использованием лечебной физкультуры, диеты в условиях дневного стационара клиники. Диета предусматривала общесуточный калораж продуктов до 2000 ккал в день, из них 52% приходится на углеводы, 16% – на белки и 32% – на жиры. Важным компонентом диеты являлось ограничение острой и соленой пищи, жидкости. К работе были привлечены смежные специалисты: психолог – для убеждения пациентки в необходимости нормализации массы тела и осознания своих возможностей в успешном лечении как первого этапа в лечении СПКЯ и инструктор по лечебной физкультуре.

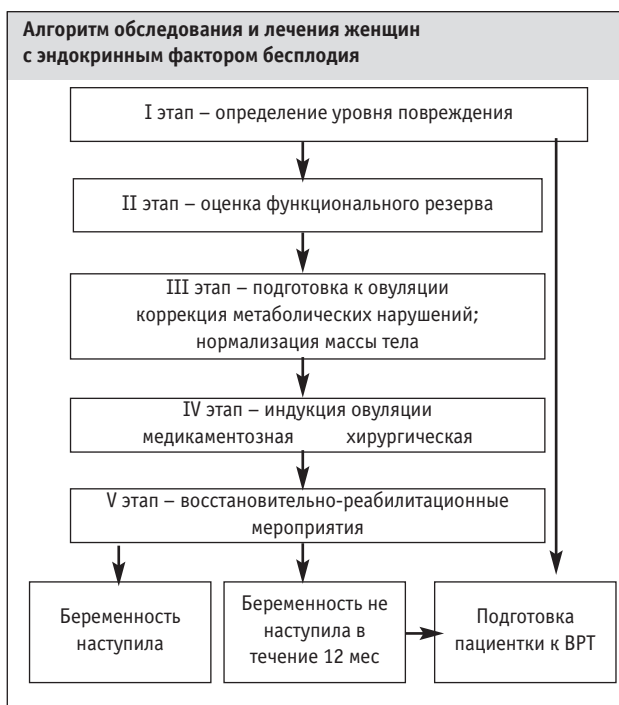
Вторым этапом в лечении СПКЯ является восстановление овуляторных менструальных циклов, что наблюдается после отмены гормонотерапии (ребаунд эффект). Назначали эстроген-гестагенный препарат Марвелон – наиболее эффективный по клиническим исследованиям оральный контрацептив, содержащий дезогестрел. Длительность лечения определялась индивидуально с учетом эстрогенной насыщенности, массы тела, возраста и сопутствующей патологии.

Состояние эндометрия при СПКЯ изучено у 33 (86,8%) больных, показаниями у всех женщин были нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи. Материал для гистологического исследования получали в ходе гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания (табл. 1).

Патологические изменения эндометрия обнаружены у всех 38 пациенток, причем у трех – сочетанные патологические процессы. Обращает на себя внимание большой удельный вес (78,9%) гиперпластических процессов, что, несомненно, ставит этих больных в группу риска по отношению к онкологической патологии.

Таблица 1. Результаты гистологического исследования эндометрия		
Гистологическое исследование соскобов	Количество наблюдений (n=38)	
	абс.	%
Полипы эндометрия	6	15,7
Гиперпластические процессы эндометрия	30	78,9
Эндометрий в фазе пролиферации	1	3,8
Эндометрий в фазе секреции	1	3,8

Таблица 2. Эффективность восстановительного лечения ЭФБ				
Пациентки	Восстановление менструальной функции		Восстановление репродуктивной функции	
	абс.	%	абс.	%
Пациентки без реабилитации (n=14)	6	42,8	5	35,7
Пациентки после реабилитации (n=44)	40	90,9	39	88,6
Всего (n=58)	46	79,3	44	75,8



В связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии при эндокринном факторе бесплодия 44 (75,8%) больные были направлены в местные санатории Краснодарского края на реабилитационное восстановительное лечение.

Восстановительно-реабилитационный комплекс всего лечения у больных основной группы проводился на фоне умеренно-интенсивного (щадяще-тренирующего) режима физической активности, лечебной гимнастики, купания в природных источниках, принятия воздушных и солнечных ванн, которые зимой заменялись общими ультрафиолетовым облучением в зимнем аэрофотарии и плаванием в бассейне. Таким образом, в основу концепции восстановительного лечения больных, страдающих ЭФБ, был положен принцип системного воздействия на организм человека, с учетом дифференцированного подхода в зависимости от клинических особенностей основного заболевания, а также сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Эффективность лечения и медицинской реабилитации у больных с ЭФБ оценивали по двум основным критериям: восстановление менструальной и репродуктив-

ной функции (табл. 2). Менструальную функцию – по продолжительности и регулярности менструальных циклов, данным измерения базальной температуры и исследования прогестерона в крови на 21–24 дни цикла. О произошедшей овуляции судили также по факту наступления беременности.

В результате лечения больных с ЭФБ менструальная функция восстановилась у 46 (79,3%) из 58. В течение 3 лет забеременели 44 (75,8%) пациентки, при этом у 32 (72,7%) беременность наступила в течение 1-го лечения, у 9 (20,5%) – на 2-м году, у 3 (6,8%) – на 3-м году. У 31 (70,5%) женщины беременность завершилась срочными родами через естественные родовые пути, у 10 (22,7%) – оперативными родами путем операции кесарева сечения с рождением здоровых детей. У 3 (6,8%) пациенток произошли самопроизвольные выкидыши в ранние сроки беременности.

Предлагаемая тактика ведения пациенток с эндокринным фактором бесплодия с использованием комплексного медикаментозного, хирургического и восстановительного лечения позволяет повысить эффективность терапии, в том числе восстановления менструальной функции и увеличить частоту наступления беременности (рисунок).

Литература

1. Агабабов Р. М., Галау С. И. Лапароскопия в диагностике и лечении больных с поликистозом яичников. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М.: 2004; 124–125.
2. Алиева Э. А., Овсянникова Т. В., Пшеничникова Т. Я. Бесплодие, обусловленное синдромом поликистозных яичников // Акушерство и гинекология. 1991; 6: 59–62.
3. Боярский К.Ю., Кустаров В.Н. Влияние возраста на частоту наступления беременности в программе ЭКО // Проблемы репродукции. 1999; 5: 1: 46–49.
4. Вихляева Е. М., Железнов Б. И., Запорожан В. Н. Руководство по эндокринной гинекологии. М.: 1998: 768.
5. Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Чечурова Т.Н. Эндокринное бесплодие у женщин. Диагностика и лечение. М.: 2004; 27.
6. Заева В. В. Современное лечение бесплодия. Мед. кафедра. 2002; 1: 81–83.
7. Назаренко Т.А., Гаспаров А.С., Волков Н.И. Эндоскопия в сохранении и восстановлении репродуктивной функции // Журнал акушерства и женских болезней. 2001; 3: 90–95.
8. Ajossa S. et al. // Minerva Ginecol 2004; 56: 15–26.
9. Baird D. T., Anderson R. A. In: Androgen disorders in women / Ed. R.Azziz, J.E.Nestler, D.Dewailly. Philadelphia: Lippincott-Raven Publ., 1997; 747–63.
10. Galtier-Dereure F et al. // Hum Reprod 1997; 12: Suppl. 1: 88–96.
11. Ficicioglu C., Api M., Ozden S. // Acta Obstet Gynecol Scand. 1996; 75 (10): 917–21.
12. Jayagopal V. et al. // J Clin Endocrinol Metab., 2004; 10: 2004–176.