

Ким П.М

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО
ЦИКЛА У ЖЕНЩИН С ГОРМОНАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ** Кафедра акушерства и
гинекологии СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

По определению ВОЗ (2009), брак считается бесплодным, когда беременность отсутствует в течение одного года и более при регулярной половой жизни без применения контрацептивных мер (Jones W.R., 2009). Бесплодие представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему ввиду высокой частоты стрессовых состояний, снижения трудоспособности и распада семьи (Greil A.L., 2007; Gerrits T., 2008).

Причины бесплодия настолько разнообразны и достаточно часто имеется их сочетание, что существенно усложняет задачу врача в диагностике и выборе методов лечения. Установлено, что у 85,7% пар бесплодие обусловлено сочетанными факторами и только 14,3% имеют изолированные причины (Buck G.M. et al., 2007). До сих пор остается мало разработанным и спорным вопрос этиопатогенеза женского бесплодия, что влечет за собой определенные трудности в проведении лечебных мероприятий.

Цель исследования: Ультразвуковое исследование особенностей менструального цикла при гормональном бесплодии.

Задачи исследования. Изучить удельный вес и структуру гормонального бесплодия у женщин репродуктивного возраста, в зависимости от места проживания и образа жизни. Изучить гормональный фон женщин с различными типами овариальной недостаточности. Оценить эффективность использования оптимизированной схемы лечения гормональных нарушений.

Материал и методы. В ретроспективную группу вошли 65 женщин, у которых проведен ретроспективный анализ; в основную группу включены 72 женщины с бесплодием, которые наблюдались в Родильном комплексе №1 г. Самарканда с 2011 по 2013 гг. Критериями отбора больных явились: отсутствие воспалительных процессов, мужского и трубного факторов бесплодия. Проведены общеклинические, лабораторные и сонографические исследования. Ультразвуковое исследование производили на аппарате «Aloka-1700 SSD», в режиме реального времени общепринятыми методами.

Результаты исследования. Возрастной состав колебался от 19 до 39 лет и в среднем в основной группе составил $26,0 \pm 4,4$ года, в контрольной группе $28,4 \pm 1,0$ года. В основной группе первичным бесплодием страдали 46 (63,8%), вторичным - 26 (36,1%) женщин. Длительность бесплодия составила от 1 года до 18 лет, в среднем $5,7 \pm 3,6$ года. Менструальный цикл у всех в основной группе был ановуляторным, что выявлено при динамическом ультразвуковом исследовании. Динамическая фолликулометрия на 7-ом, 12-ом и 16-ом днях позволило выявлять выраженную гипофункцию и дисфункцию яичников в виде ослабленного фолликулогенеза, отсутствия овуляции и отсутствия или

неполноценности лютеиновой фазы (рис 1).

У всех 66 (91,7%) женщин в основной группе, лишь у 8,3% женщин ретроспективной группы установлен нормальный менструальный цикл. Среди патологии менструального цикла основное место занимает персистенция фолликула (37,5%) с дисфункциональным маточным кровотечением или без него. При данной патологии менструальный цикл в большинстве случаев была нерегулярным, длительность цикла составила $30,3 \pm 1,1$ дня. Бесплодие было обусловлено отсутствием овуляции и лютеиновой фазы. В 6 (8,3%) случаях имела место фолликулярная киста яичника. Второе место среди нарушений менструального цикла занимает атрезия фолликула, что обнаружена в 27,8% случаях. Для атрезии фолликула было характерно замедление фолликулогенеза и обратное развитие незрелого фолликула.

Особое внимание заслуживает синдром лютеинизации неовулированного фолликула (СЛНФ), что имел место в 9,7% случаях. Данный синдром был открыт недавно и в настоящее время является причиной эндокринного бесплодия. Запутывающим моментом при СЛНФ является наличие двухфазного цикла при базалграмме и других тестах функциональной диагностики. Однако тщательное УЗИ наблюдение в динамике позволяет выявить отсутствие овуляции лютеинизации зрелого доминирующего фолликула под влиянием ЛГ гипофиза. По-видимому, это обусловлено отсутствием цирхорального ритма выделения гонадотропных гормонов в гипофизе. Хотя уровень ЛГ в пределах нормы, пиковое повышение отсутствует и овуляция не происходит.

Следующим нарушением менструального цикла является недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) в виде укорочения или удлинения лютеиновой фазы (16,7%).

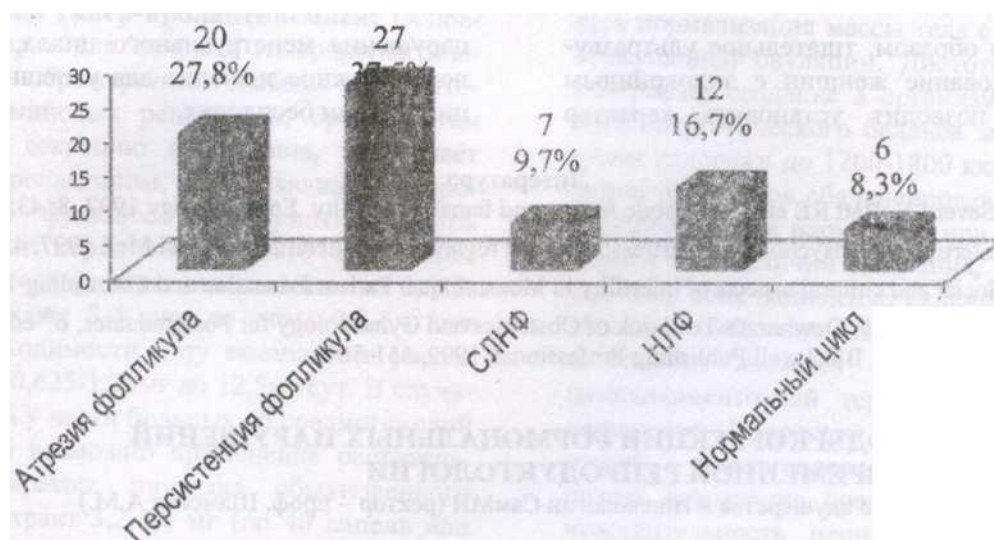


Рис 1. Нарушения менструального цикла, выявленные при УЗИ у женщин с эндокринным бесплодием

Хотя при этом происходит овуляция, беременность не может развиваться из-за неполноценности лютеиновой фазы. При некоторых случаях наступление беременности можно поддерживать путем орального назначения прогестиновых препаратов (утрожестан, дюфастон). При этом предпочтение отдается утрожестану, которое более близко к натуральному протес-терону по химическому составу и не имеет побочных действий, что нельзя говорить о дюфастоне. В наших наблюдениях нам удалось сохранить и развить беременность у 5 (6,9%) женщин с НЛФ, при

этом у 4 женщин применен утрожестан в виде ректальной свечи, 2 раза в день в течение от 2 до 5 недель.

Кроме нарушений фолликулогенеза, нами изучена толщина эндометрия (М-эхо) и размеры матки и яичников (таблица 1).

Как видно из таблицы, размеры матки и толщина эндометрия зависят от характера нарушения менструального цикла, что связано с наличием абсолютной или относительной гиперэстрагении, низким уровнем прогестерона и т.д.

Таблица 1

Ультразвуковые параметры матки в зависимости от характера нарушения менструального цикла

№	Нарушение менструального цикла	Толщина эндометрия	Размеры матки в л		
			Длина матки	Поперечный размер	Переднезадний размер
1	Персистенция фолликула	11,1±0,8	51,3±2,1	42,2±1,5	34,2±1,2
2	Атрезия фолликула	9,3±0,7	48,3±1,7	39,4±1,4	32,3±1,1
3	Недостаточность лютеиновой фазы Синдром лютеинизации неовулированного фолликула	8,9±0,7	47,6±1,4	37,3±1,2	29,3±1,2
4		10,3±0,9	49,4±2,0	41,0±1,6	31,5±1,3

Как указано выше, у 8,3% женщин был нормальный менструальный цикл. Исследование уровня гормонов позволило выявить повышенный уровень андрогенов у 2 (2,8%) и гиперпролактинемия у 1 (1,4%). Повидимому, это связано с нарушением процессов имплантации и эмбриогенеза. Причину бесплодия у 3 (4,2%) женщин установить не удалось.

Выводы

1. Нарушения менструального цикла имеют место у 91,7% женщин с эндокринным бесплодием, среди которых следует выделить персистенция

фолликула (37,5%), атрезия фолликула (27,8%), СЛНФ (9,7%) и недостаточность лютеиновой фазы (16,7%).

2. УЗ женщин (4,2%) установлен неполноценность эндометрия вследствие гиперандрогении и гиперпролактинемии, что коррегировано назначением утрожестана в виде ректальных свеч.

3. Таким образом, тщательное ультразвуковое исследование женщин с эндокринным бесплодием позволит установить характер нарушения менструального цикла, что имеет немаловажное значение для успешной коррекции причин бесплодия.

Литература

1. Buck GM, Sever LE, Batt RE et al: Life-style factors and female infertility. Epidemiology 1997, 8: 435-441.
2. Greil AL: Infertility and psychological distress: acritical review of the literature. Soc Sci Med 1997, 45:1679-1704.
3. Gerrits T: Social and cultural aspects of infertility in Mozambique. Patient Education and Counseling 1998, 31: 39.
4. Jones WR: Infertility. In Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology for Postgraduates, 6th edition. Edmonds DK.. Oxford, Blackwell Publishing Professional, 1999, 551-561.

Ким П.М.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ РЕПРОДУКТОЛОГИИ

Кафедра акушерства и гинекологии СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

За последние 20 лет отрасль медицины, занимающаяся вопросами репродукции человека, достигла значительных успехов [2, 3, 9, 25, 27, 39]. Синтез и внедрение в клиническую практику прямых и непрямых стимуляторов овуляции позволили достаточно успешно решить проблему достижения беременности у больных с эндокринным бесплодием.

Гипоталамо-гипофизарная недостаточность: Для гипофизарных форм - индукция овуляции гонадотропинами. Для гипоталамических форм - индукция овуляции гонадотропинами и аналогами гонадотропин - релизинг - гормона. В последние десятилетия большим достижением в лечении эндокринного бесплодия стало применение прямых индукторов овуляции - мочевых и рекомбинантных гонадотропинов, особенно эффективен на фоне десенситизации гипофиза а-ГнРГ. Однако, в некоторых случаях, яичники оказываются нечувствительными к введению индукторов овуляции [1,3,5,7].

1 этап - подготовительная терапия: Перед началом индукции овуляции необходима подготовительная циклическая гормонотерапия — эстрогены в течении 15 дней (проги- нова 2 таб, эстрофем 2 таб. ежедневно), затем гестагены в течении 10 дней (норколут, дюфастон 1-2 таб. ежедневно), после появления менструальноподобной реакции (МПР) эстрогены назначают с 5-го дня заместительного цикла в течении 11 дней, гестагены в том же режиме в течении 3-12 месяцев в зависимости от выраженности гипогонадизма. Циклический эстроген-гестагенный препарат «Фемостон 2/10 клинически эффективен в лечении данного контингента женщин и улучшает субъективное состояние больных с ГГН [20, 32].

2 этап — индукция овуляции: Индукция кломифеном не показана из-за низкой эстрогенной насыщенности и недостаточного количества эстрогеновых рецепторов, с которыми связывается кломифен. Индукция овуляции в этой группе проводится человеческими менопаузальными гонадотропинами (ЧМГ - пергонал, хумегон, меногон), содержащими равные количества ЛГ и ФСГ (75МЕ). Препарат назначается с 3-5 дня МПР. Начальная доза препарата выбирается в зависимости от исходных гормональных характеристик пациентки: при значениях $E_2=50-70$ пмоль/л - по 2 ампулы в день; при $E_2=30-50$ пмоль/л - по

3 ампулы в день; при $E_2=30$ пмоль/л - по 4 ампулы в день. Суточная доза вводится одномоментно в/м в одно и то же время суток. Через 5-7 дней если в яичниках появляются фолликулы диаметром 10мм, увеличении концентрации E_2 до 100-200 пмоль/л, росте эндометрия до 5 мм выбранная доза правильная. При отсутствии реакции доза увеличивается на 1-2 ампулы. Фолликулогенез считается правильным при росте фолликула на 2 мм за сутки, при слишком быстром росте доза препарата может быть уменьшена на 1 ампулу. При достижении диаметра доминантного фолликула 18-20 мм, толщины эндометрия - 10-12 мм и уровня $E_2=1000-2000$ пмоль/л введение препарата прекращается и через сутки после последней инъекции препарата вводится овуляторная доза человеческого хорионического гонадотропина (ЧХГ- триггер финального созревания фолликулов) - прегнил, профази, хорагон-10000 ЕД в/м однократно и рекомендуется активный коитус в течение последующих 24-72 часов [32]. Термин «триггер финального созревания фолликулов» обозначает запуск гормональных, биохимических, генетических механизмов овуляции. Традиционно в ЭКО в качестве триггера используется ЧХГ, обладающий только ЛГ-активностью или в будущем (при коммерческой доступности препарата) рекомбинантного ЛГ [40, 41].

Гипогонадотропный гипогонадизм, обу