

певта и нефролога по месту жительства. Такие больные нуждаются в медицинской реабилитации [3].

Таким образом, реабилитация патологии почек после родов является критерием диспансерного наблюдения за женщинами, перенесшими тяжелый поздний гестоз беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еремкина В. И. // Казанский мед. ж.— 1984.— № 3.— С. 109—111.
2. Иванов И. П., Шехтман М. М. // Казанский мед. ж.— 1977.— № 5.— С. 75—77.
3. Шехтман М. М., Стругацкий В. М., Канонова Э. Ф., Тохлян А. А. // Акуш. и гин.— 1983.— № 6.— С. 1—64.

Поступила 20.03.88

УДК 618.11—002.28—036.12—085

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

М. И. Сабсай

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— канд. мед. наук М. И. Сабсай)
Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института*

Восстановительное лечение больных эндометриозом яичников врач чаще всего проводит в послеоперационном периоде. Особенностью этой часто встречающейся разновидности опухолевидных образований яичников является чрезвычайная полисимптомность клиники. Характерная для эндометриоза цикличность проявлений прослеживается и при поражении яичников, однако и на болевой симптом, и на менструальную функцию существенный отпечаток накладывает выраженный спаечный процесс в малом тазу. Именно данным обстоятельством объясняется сравнительная редкость дооперационной диагностики эндометриоза яичников — она колеблется около 7% [10].

Различают эндометриоз и эндометриоидные кисты яичников. Последние встречаются чаще и, по мнению Б. И. Железнова и А. Н. Стрижакова [2], возникают лишь в результате запоздалой диагностики. Обнаруженная опухоль придатков матки служит показанием для оперативного лечения, но нередко больных оперируют по поводу синдрома острого живота — типичного исхода вскрывшихся эндометриоидных кист. Реже системный поиск причины упорных тазовых болей или бесплодия приводит к сравнительно раннему диагнозу с помощью лапароскопии. Такие пациентки нуждаются в длительном лечении, но и оперированные больные оказываются далеко не излеченными. Их преследует угроза рецидива заболевания, особенно при излившемся в брюшную полость во время операции содержимого эндометриоидных кист. Без специального лечения генеративная функция восстанавливается редко. Это обстоятельство и является основным показанием к длительному восстановительному лечению в послеоперационном периоде.

Под нашим наблюдением (от 1 до 7 лет) находились 46 женщин, больных эндометриозом яичников. В момент обращения за

помощью больные были в возрасте от 23 до 49 лет (средний возраст пациенток составлял 31,3 года), заболевание же началось значительно раньше. Первые его признаки появились в среднем в возрасте 25,3 года. В действительности, если учитывать преморбидное состояние в виде рецидивирующих воспалительных процессов (58%), болезненных (60%) и обильных (38%) менструаций с периода их становления, то начало заболевания относится к еще более молодому возрасту. Эндометриоз яичников — частый удел молодых небеременных женщин. По нашим наблюдениям, каждая третья из оперированных по поводу этой патологии страдала бесплодием, причем на долю первичного бесплодия приходилось 44%. Следует обратить внимание и на особенности сексуальной функции этих пациенток. 5 женщин не жили половой жизнью, не испытывая в ней никакой потребности. Раньше 18 лет начали половую жизнь 4 женщины и позже 25 лет — 6. С началом половой жизни у 6 пациенток менструации стали обильными и болезненными, у 5 женщин началось нарушение жирового обмена; у каждой третьей пациентки половая жизнь проходила по типу диспареунии, наблюдались аноргазмия и фригидность. Из 41 пациентки, жившей половой жизнью, только у 19 женщин беременность наступила в первый год замужества, у 2 — на второй и у 2 — на третий. Однако лишь у 15 из 23 забеременевших первая беременность завершилась нормальными срочными родами. У 2 пациенток она закончилась самопроизвольным абортom на ранних сроках, у одной — кесаревым сечением, у 2 — патологическими родами и у 3 — легальными абортomами. Последующие беременности закончились нормальными родами лишь у 10% пациенток. 23 женщины не забеременели вообще.

Соотношение числа родов к числу бере-

менностей у заболевших оказалось несколько выше, чем в контрольной группе (50 здоровых женщин), — соответственно 0,5 и 0,4, что было, вероятно, следствием большего стремления сохранить желанные беременности.

Клинические проявления эндометриоза яичников характеризовались прогрессирующей альгодисменореей. Доминировал болевой синдром с наслоениями вегетативных дисфункций (тошнота, слабость, головокружение, повышение температуры тела, озноб накануне и во время менструаций). На характер болевых ощущений накладывал отпечаток спаечный процесс в малом тазу, являющийся неотъемлемым спутником функционирующего эндометриоза яичников [3, 4, 6]. Мы подчеркиваем определение «функционирующий», так как не всегда эндометриоз яичников сопровождается клиническими проявлениями. Иногда эндометриоидные кисты, уже достигшие значительных размеров, случайно обнаруживались при профилактических осмотрах или при лапаротомиях по поводу другой патологии. Это обстоятельство ставит под сомнение правомерность различных классификаций заболевания [11]. В наших наблюдениях болевые ощущения во время менструаций отсутствовали у каждой третьей пациентки, а характер менструаций не был изменен у 26 из 46 женщин.

У 44 больных диагноз эндометриоза яичников был констатирован при операции в различных гинекологических стационарах по поводу опухолевидных образований в придатках матки или подозрения на внематочную беременность и лишь у 2 женщин он был установлен с помощью лапароскопии в поисках причины бесплодия. Все они были поставлены на специализированный диспансерный учет в Республиканский консультативно-методический центр по лечению генитального эндометриоза. К сожалению, большинство больных после операции или не получали никакой противорецидивной терапии, или бессистемно принимали самые разнообразные гормональные препараты, что свидетельствует об отсутствии системы противорецидивного лечения и единой тактики реабилитации.

В таблице представлен объем операций, предпринятых у больных эндометриозом яичников.

Как видно из таблицы, у большинства больных были произведены операции, не исключавшие в дальнейшем восстановления детородной функции. Эта задача и являлась главной в плане их реабилитации, исключая 3 молодых женщин, нуждавшихся в длительном лечении синдрома кастрации.

При необходимости удаления обоих яичников, пораженных эндометриозом у молодых женщин, мы полагаем целесообразным сохранять матку (здоровую) с тем, чтобы

Объем операций, перенесенных больными эндометриозом яичников

Операции	Число больных
Резекция одного яичника	16
Резекция обоих яичников	14
Удаление придатков с одной стороны	8
Удаление придатков с обеих сторон	3
Удаление придатков с одной стороны и резекция второго яичника	3
Дополнительные операции:	
Надвлагалищная ампутация матки	1
Миомэктомия	3
Удаление обеих маточных труб	3

не разобщать нейрорефлекторную цепь, не лишать организм интегрального стереотипа эндокринно-обменных функций, присущих данному органу. От принципа максимального щажения внутренних половых органов можно отойти лишь в климактерическом периоде и по строгим показаниям.

Операции по поводу эндометриоза яичников почти всегда сопровождаются вскрытием кист и попаданием их содержимого в брюшную полость. В нем, по-видимому, имеются эндометриальные элементы, способные имплантироваться в оставленной ткани яичников, особенно в травмированных участках. Однако чаще всего резекция второго яичника предпринимается в связи с наличием в нем видимых очагов эндометриоза, и рецидив заболевания бывает обусловлен, скорее, наличием в оставшейся части микроскопических очагов, тем более что операция не устраняет ни причин, ни условий для прогрессирования процесса, а, наоборот, усугубляет их. Поэтому так важно начинать поэтапную профилактику рецидива заболевания с раннего послеоперационного периода. На первом этапе проводится борьба со спаечным процессом. Он неизбежен, и в настоящее время возможно лишь ограничение спаек до известных пределов. Не останавливаясь на общеизвестных мерах профилактики спаек в процессе самой операции (гемостаз, туалет брюшной полости, тщательная, атравматичная перитонизация), а также на мерах, носящих дискуссионный характер (отказ от ушивания десерозированных участков кишечника и матки, введение гепарина, орошение внутренних органов раствором декстрана), считаем необходимым подчеркнуть важность раннего вставания, раннего применения лечебной гимнастики и физиотерапии. На основании многолетнего опыта мы являемся приверженцами раннего использования магнитотерапии. Применяем электрофорез сернокислого цинка, меди, магния в постоянном магнитном поле напряженностью 25—30 мТл

(250—300 эрстед) с помощью стационарного аппарата «Полус». После 10—12 процедур магнитофореза в амбулаторных условиях можно провести курс лечения фонофорезом гидрокортизона, а затем курс из 15—20 инъекций биостимуляторов (солкосерил или спленин по 2 мл внутримышечно). Оба препарата ускоряют репаративные процессы, причем спленин оказывает благоприятное влияние на гуморальные и клеточные факторы иммунитета, роль которых в генезе эндометриоза в настоящее время признана [5].

На втором этапе приступают к восстановлению генеративной функции. По существу он начинается с раннего послеоперационного периода, и здесь речь идет в основном о стимуляции овуляции. Раннее наступление беременности после операции нежелательно, но и отсутствие ее по истечении полугода прогностически неблагоприятно. Поэтому с первой послеоперационной менструации мы назначаем синтетические гестагены (норколут или норэтистерон) по обычной контрацептивной схеме на 3 цикла. Предотвращая нежелательную в этом периоде беременность, они начинают деятельность по секреторному истощению оставшихся эндометриоидных элементов, а после отмены по механизму феномена высвобождения могут вызвать овуляцию и наступление беременности. После двухмесячного перерыва проводится второй трехцикловой курс лечения гестагенами и повторяется курс рассасывающего лечения (физиотерапия, биостимуляторы, витаминотерапия).

Контроль с помощью тестов функциональной диагностики (ректальная температура, кольпоцитология, цитологическое исследование эндометрия накануне менструации) и радиоиммунологическое определение концентрации прогестерона в крови после отмены синтетических гестагенов у 18 пациенток свидетельствовали о восстановлении циклических процессов, однако беременность на этом этапе наступила только у 5 женщин. Причиной бесплодия у остальных пациенток, по-видимому, являлся целый комплекс нейродистрофических изменений в яичниках и яйцееводах, сопровождающийся частой лютеинизацией неовулирующих фолликулов [9]. Поэтому после 2 курсов лечения синтетическими гестагенами рационально приступить к стимуляции овуляции гонадотропными препаратами в сочетании с гестагенами и циклической витаминотерапией.

Для стимуляции развития полноценного фолликула мы используем человеческий менопаузальный гонадотропин в дозах по 75 ЕД на 5, 7, 9-й дни менструального цикла и 150 ЕД на 11-й день, а на 12, 14 и 16-й дни вводим хорионический гонадотропин соответственно по 2000, 3000 и

1500 ЕД под контролем ректальной температуры. С 16 по 23-й дни цикла назначаем 2,5% прогестерон по 1,0 мл внутримышечно. Если при проходимых (проходимой) маточных трубах и фертильной сперме мужа в течение 2 трехмесячных курсов лечения беременность не наступает, то в дальнейшем основное внимание уделяем гормональной профилактике рецидива эндометриоза. Ее необходимо осуществлять препаратами гестагенного действия. Как и Б. И. Железнов и А. Н. Стрижаков [2, 3], мы не рекомендуем с этой целью пользоваться синтетическими эстроген-гестагенными препаратами (нон-овлон, бисекурин). На фоне их применения мы наблюдали у 2 пациенток развитие миом матки и у 6—рецидив эндометриоза яичника. Предпочтительны шестимесячные курсы норколута или норэтистерона с двухмесячными перерывами, во время которых необходимо контролировать функцию печени. При ее нарушении следует назначать 10—15-дневный прием берберина или оксафенамида в течение всего курса лечения гестагенами, а также желчегонные травы в виде настоя.

Не всегда возврат характерных для эндометриоза циклических болей, связанных с менструацией, свидетельствует о рецидиве заболевания. В наших наблюдениях у 28 из 44 оперированных пациенток через 1,5—2 года после операции вновь появились боли перед менструациями и во время них, однако истинный рецидив, подтвержденный с помощью лапароскопии, был выявлен лишь у 3 женщин. У остальных доминировал выраженный спаечный процесс в малом тазу. По всей вероятности, вялотекущий хронический воспалительный процесс, обостряясь, «пробуждает» временно угасший патологический стереотип ощущений на циклические гормональные стимулы, так как гормональные препараты, блокирующие овуляцию, в сочетании с малыми транквилизаторами (френолон, элениум, мепробамат) значительно ослабляют или купируют боли. Во всяком случае, гормональная терапия в профилактике рецидива эндометриоза яичников после операции не должна рассматриваться в качестве самостоятельной, ее следует расценивать как патогенетический компонент в комплексе с систематической рассасывающей, антидистрофической, противовоспалительной терапией.

Из 46 наблюдавшихся нами пациенток реальные шансы на восстановление генеративной функции (наличие хотя бы одной проходимой маточной трубы, целого яичника или его части, фертильная сперма у мужа) были у 21 женщины в возрасте от 23 до 35 лет. В результате длительной поэтапной комплексной терапии беременность наступила у 10 пациенток. К сожалению, сохранить ее удалось лишь у 6 женщин. У одной произошел самопроизвольный аборт

на сроке 9 нед, и 3 женщины решили беременность прервать. После аборта состояние всех 4 пациенток резко ухудшилось. Рецидивировала альгодисменорея, а у одной пациентки с особенно выраженной клиникой рецидива эндометриоза при лапароскопии было обнаружено обширное обсеменение брюшины малого таза очагами эндометриоза.

Восстановительное лечение после удаления обоих яичников проводится по правилам лечения посткастрационного синдрома, но с исключением длительного введения стероидных эстрогенных гормонов. Мы с успехом заменяем их сигетином, оказывающим на организм аналогичное эстрогенам действие без стимуляции пролиферативных процессов. В сочетании с малыми транквилизаторами, физиотерапией (в этих ситуациях возможно применение и тепловых процедур), витаминотерапией и лечебной гимнастикой сигетин назначаем внутрь по 10 мг 2 раза в день в течение месяца. Курсы лечения повторяем 2—3 раза в год.

В последнее десятилетие как за рубежом, так и в нашей стране с целью лечения распространенных форм генитального эндометриоза, особенно эндометриоза яичников, применяется антигонадотропный препарат — даназол [1, 13]. Не имея собственного опыта лечения больных даназолом, мы лишь констатируем отзывы о его высокой терапевтической эффективности, но считаем необходимым обратить внимание и на сдержанные оценки. Частота рецидивов эндометриоза после лечения даназолом достигает 50% [8, 12], а частота выкидышей у забеременевших пациенток в 5 раз превышает таковую после лечения другими препаратами [7].

В комплексе мероприятий по реабилитации больных эндометриозом яичников целесообразно и санаторно-курортное лечение. В этом плане мы являемся сторонниками долечивания больных, перенесших операцию, в местных санаториях. В Удмуртской АССР местный санаторий «Металлург» располагает источником активной хлоридно-натриевой воды с высокой концентрацией брома и йода. Бром-йодные ванны и влажные орошения, а также радоновые ван-

ны, по нашему мнению, следует использовать в комплексе восстановительной терапии у женщин, перенесших шадящие операции при эндометриозе яичников; когда сохранена большая часть активной яичниковой ткани, эстрогенная стимуляция достаточна, и одной из причин бесплодия является рубцово-спаечный процесс.

В заключение необходимо подчеркнуть, что полноценная профилактика рецидива эндометриоза яичников и восстановительное лечение возможны лишь в условиях хорошо организованной диспансеризации, с устойчивой преемственностью между районными женскими консультациями и гинекологом-эндокринологом консультативного центра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Фанченко Н. Д., Анашкина Г. А., Стрижаков А. Н. // Акуш. и гин.— 1988.— № 3.— С. 63—64.
2. Железнов Б. И., Стрижаков А. Н. // Генитальный эндометриоз.— М., Медицина, 1985.
3. Стрижаков А. Н. // Патогенез, клиника и терапия генитального эндометриоза.— Автореф. докт. дисс.— М., 1977.
4. Савицкая Л. К., Адамян Л. В. // В. кн.: Некоторые вопросы патогенеза, клиники, диагностики и терапии генитального эндометриоза. / Под ред. Л. С. Персианинова и А. Н. Стрижакова.— М., 1979.
5. Сунрун Л. Я. // Принципы и средства коррекции реактивности организма в комплексном лечении больных эндометриозом.— Методические рекомендации.— Минск, 1982.
6. Сунрун Л. Я. // Акуш. и гин.— 1983.— № 2.— С. 41—44.
7. Acien P. // Rev. esp. Obstet. Ginecol.— 1985.— Vol. 44.— P. 45—63.
8. Bruhat M. A., Canis M. // Contracept. Fertil. Sexual.— 1986.— Vol. 14.— P. 617—627.
9. Dmowski W. P., Rao R., Scommegna A. // Fertil. and Steril.— 1980.— Vol. 33.— P. 30—34.
10. Egger H., Weigman P. // Arch. Gynecol.— 1982.— Vol. 239.— P. 37—45.
11. Mintz., De Brux I. // Gynecologie.— 1982.— Vol. 33.— P. 507—514.
12. Suginami H., Hamada K., Yano K. // Obstet. Gynecol.— 1985.— Vol. 66.— P. 68—71.
13. Sulewski J. M., Curcio F. D., Bronitsky C., Stenger V. G. // Am J. Obstet. Gynec.— 1980.— Vol. 138.— P. 128—132.

Поступила 18.05.88.

УДК 618.14—007—07—089.8

ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ

В. М. Орлов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. С. Н. Давыдов) Ленинградского ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции института усовершенствования врачей имени С. М. Кирова

Нами обследовано 180 женщин в возрасте от 22 до 37 лет, у которых по данным

гистеросальпингографии (ГСГ) обнаружены аномалии развития матки. Женщины бы-