

диуреза, гипертензивного синдрома и объемных параметров крови, однако она была не меньше 40 мг и не выше 120 мг.

В результате лечения выявилась положительная динамика в выравнивании волевических показателей: достоверное увеличение ОЦК до $74,0 \pm 2,6$ мл/кг, ПО до $46,2 \pm 2,35$ мл/кг, ГО до $27,8 \pm 0,53$ мл/кг, ОЦБ до $214,4 \pm 7,65$ мл и ОЦГ до $567,7 \pm 18,2$ г. У всех больных отмечалось улучшение общего состояния, снижение гипертензивного синдрома, уменьшение и исчезновение отеков. Длительность II этапа лечения составляла от 8 до 12 дней.

Таким образом, поэтапная интенсивная терапия улучшает состояние беременных, страдающих тяжелыми формами позднего токсикоза, приводит к выраженному снижению гипертензивного синдрома, уменьшению и исчезновению отеков; под ее влиянием происходят отчетливые сдвиги к выравниванию нарушенных волевических параметров, которые, однако, не достигают уровня, характерного для здоровых беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н. С. Акуш. и гин., 1970, 7.— 2. Иванов И. П., Расстригин Н. Н., Бархатова Т. П., Суханова Л. П. Там же, 1977, 1.— 3. Ильин И. В., Расстригин Н. Н., Суханова Л. П. Там же, 1977, 6.— 4. Савельева Г. М., Малиновская С. Я., Торчинский Г. А. Там же, 1977, 6.— 5. Струков В. А., Полонская И. И., Садовый О. Т. Там же, 1973, 12.— 6. Gandjbakhch D., Loffredo V. Rev. franc. Gynec., 1977, 2, 105.— 7. Köster H. J., Schneider W. Zbl. Gynäk., 1966, 88, 1153.

Поступила 19 июня 1979 г.

УДК 618.4—005.1:615.357

О ГОРМОНАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

И. Б. Дыкман

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.— проф.
А. Ф. Добротина) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова*

Резюме. Гемостаз комплексом стероидных гормонов при дисфункциональных маточных кровотечениях возможен в любой возрастной группе больных, так как блокада гонадотропной функции бывает кратковременной. Инфекундин вызывает более глубокую блокаду, ввиду чего нежелательно применять его для гемостаза при ювенильных кровотечениях. Кломид стимулирует продукцию ЛГ гипофизом, способен индуцировать овуляцию у части больных с дисфункциональными маточными кровотечениями.

Ключевые слова: дисфункциональные маточные кровотечения, экскреция прегнандиола и лютеинизирующего гормона, терапия стероидными гормонами, инфекундином, клomidом.

Библиография: 1 название.

Лечение больных с дисфункциональными маточными кровотечениями (ДМК) остается одной из наиболее актуальных проблем в гинекологии. Применяемые для этого негормональные и гормональные средства нередко оказываются недостаточно эффективными.

Нами изучен характер изменений некоторых эндокринных показателей в процессе гормонального лечения у 68 больных с ДМК (возраст — от 19 до 50 лет. 31 — моложе 40 лет). У 30 из них (1-я группа) гемостаз был осуществлен комплексом стероидных гормонов, 24 женщины (2-я группа) получали инфекундин и 14 (3-я группа) — клomid. У 52 пациенток произведено определение лютеинизирующего гормона (ЛГ) в моче до лечения, в процессе лечения и после лечения непрерывно через день, у 38 в те же сроки исследовали экскрецию прегнандиола с мочой и у 9 — экскрецию эстрогенов.

В применяемый комплекс стероидных гормонов входило 5—10 мг прогестерона, 20 мг синэстрола и 50 мг тестостерон-пропионата, вводимых в одном шприце с интервалом через 24 или 48 ч. Курс лечения включал 6—10 инъекций, в зависимости от степени анемизации больной: чем больше выражена анемия, тем длительнее курс.

Клинически у всех больных получен хороший гемостатический эффект, кровотечение прекращалось через 24—48 ч после начала терапии.

Исходный уровень продукции ЛГ у больных этой группы колебался в широких пределах — от 15,6 до 249,6 МЕ/л, в среднем составляя $150,1 \pm 13,4$ МЕ/л. В процессе лечения продукция ЛГ несколько снижалась — до $144,2 \pm 7,8$ МЕ/л, варьируя от уровня ниже порога чувствительности метода до 280,8 МЕ/л. После окончания лечения до начала менструалоподобного кровотечения выделение ЛГ возрастало до $161,2 \pm 10,3$ МЕ/л с колебаниями от 62,4 до 249,6 МЕ/л.

При сравнении этих показателей у женщин в молодом и климактерическом возрасте отмечены различия, обусловленные, по-видимому, большей чувствительностью гипоталамо-гипофизарной области молодых женщин к вводимым ударным дозам гормонов. У молодых больных (17 женщин) средние показатели экскреции ЛГ до лечения составили $151,4 \pm 15,1$ МЕ/л, а в процессе терапии происходило их снижение до $135,0 \pm 11,2$ МЕ/л. По окончании лечения выделение ЛГ быстро достигало исходного уровня или даже превышало его, составляя в среднем $156,7 \pm 11,8$ МЕ/л. У больных старше 40 лет (13 женщин) показатели экскреции ЛГ были равны соответственно $148,2 \pm 27,7$; $157,4 \pm 9,9$; $143,5 \pm 21,5$ МЕ/л, то есть средние величины уровня экскреции ЛГ в данной возрастной группе в процессе лечения не уменьшались. Однако это не свидетельствует об отсутствии блокирующего действия комплекса стероидных гормонов — такое действие у больных старше 40 лет ясно проследилось по индивидуальным кривым экскреции ЛГ. Анализ кривых выделения ЛГ показывает, что воздействие комплекса стероидных гормонов на гипоталамо-гипофизарную область вызывает кратковременную блокаду продукции ЛГ гипофизом и протекает двухфазно: имеется фаза повышения продукции и фаза понижения. На основании наших наблюдений можно выделить два типа динамики экскреции ЛГ в процессе лечения.

1. После первых введений комплекса стероидных гормонов продукция ЛГ снижалась, но эта блокада была кратковременной. Через 7—10—12 дней от начала лечения выделение ЛГ начинало возрастать и к моменту окончания лечения и появления менструалоподобного кровотечения достигало исходного уровня или даже превышало его.

2. Первые введения комплекса стероидных гормонов не вызывали заметного снижения уровня ЛГ, иногда он даже повышался, и только через 10—12 дней наступало понижение экскреции ЛГ, которое держалось до прекращения терапии и появления менструалоподобного кровотечения.

У молодых женщин изменения экскреции ЛГ чаще протекали по первому типу, а в климактерическом возрасте с одинаковой частотой встречались оба варианта. Объяснить гемостатический эффект комплекса стероидных гормонов только блокадой продукции ЛГ не представляется возможным, так как у больных со вторым вариантом экскреции ЛГ блокада гипофиза и остановка кровотечения не совпадали по времени: кровотечение останавливалось при повышении выделения ЛГ.

У 17 больных гемостаз осуществлен применением инфекундина в ударных дозах (6 таблеток) с постепенным их снижением на 1 таблетку в день (общий курс — 20—21 день). Обычно после курса, начатого с ударных доз, проводили еще 1—2—3 курса в обычных дозах — по 2,5 мг, то есть по 1 таблетке в день в течение 21 дня. 7 больных получали инфекундин только в обычных дозировках. В процессе лечения инфекундином наблюдалось снижение продукции ЛГ гипофизом: экскреция гормона, до начала лечения составлявшая $100,9 \pm 18,3$ МЕ/л, упала до $48,7 \pm 10,1$ МЕ/л. В первые дни после окончания лечения инфекундином отмечалось возрастание экскреции ЛГ, однако исходного уровня она не достигала.

Выделение прегнандиола подчинялось определенной закономерности: при исходном уровне $5,9 \pm 0,5$ мкмоль/сут оно в процессе лечения инфекундином достигало $7,1 \pm 0,04$ мкмоль/сут, а после курса лечения составило $5,4 \pm 0,6$ мкмоль/сут, то есть стало ниже, чем было до и во время лечения. Изменения экскреции прегнандиола обусловлены, по-видимому, угнетением продукции ЛГ гипофизом.

У 9 женщин, получавших ударные дозы инфекундина, мы исследовали эстрогенообразующую функцию яичников. Каких-либо закономерных изменений выявить не удалось.

Оценивая клинический эффект применения инфекундина, надо отметить, что гемостатический эффект ударных доз хорошо выражен в первые 24—48 ч после начала лечения. Только у 1 больной кровотечение прекратилось не полностью. После окончания курса лечения инфекундином, независимо от того, проведен он был гемостатическими или обычными дозами, у всех больных наступала менструалоподобная реакция. Анализ кривых выделения гормонов, а также данные функциональных тестов (кривых ректальной температуры, динамики феномена «зрачка») показали, что в процессе лечения цикл остается ановуляторным, хотя последующая менструалопод-

добная реакция по длительности и интенсивности не отличалась от обычной менструации.

Все 14 женщин, леченных кломидом, длительно (некоторые до 10—16 лет, иногда с периода менархе) страдали ДМК, неоднократно лечились в различных стационарах — безуспешно или с временным улучшением. Для лечения мы отбирали женщин, регулярно живущих половой жизнью; исключалась возможность мужского бесплодия у супружеских пар. У всех обследованных имелось бесплодие — у 11 первичное и у 3 вторичное, причем у 2 из них беременности закончились самопроизвольным выкидышем, что является одним из признаков гормональной недостаточности. У женщин, страдающих первичным бесплодием, продолжительность половой жизни к моменту поступления под наблюдение равнялась в среднем $4,3 \pm 0,7$ года, у женщин с вторичным бесплодием интервал от последней беременности составлял 1,5—10 лет. Для исключения органической причины бесплодия мы проводили гистеросальпингографию или биконтрастную гинекографию.

Все больные до начала лечения в течение 2—4 нед подвергались обследованию, при этом у них изучали исходный уровень продукции ЛГ и прегнандиола. Продукция ЛГ колебалась от уровня ниже порога чувствительности метода до $312,0$ МЕ/л (средняя — $127,6 \pm 6,8$ МЕ/л), экскреция прегнандиола — от 0 до $47,1$ мкмоль/сут (средняя — $15,9 \pm 0,9$ мкмоль/сут).

Кломид назначали по 50 мг в течение 5 дней с 5-го дня менструального цикла, а при наличии у больной между кровотечениями длительных периодов аменореи — не раньше чем через месяц после кровотечения. Гемостаз при необходимости осуществляли негормональными препаратами. 8 женщин получили 2 курса лечения и 6 женщин — 3 курса. В процессе лечения экскреция ЛГ колебалась от величин ниже уровня чувствительности метода до $249,6$ МЕ/л (средняя — $89,5 \pm 14,7$ МЕ/л); прегнандиола — от 2,2 до $50,9$ мкмоль/сут (средняя — $18,4 \pm 1,9$ мкмоль/сут).

Анализ кривых выделения ЛГ показывает, что через 1—2 нед после начала лечения у 9 из 14 женщин экскреция ЛГ значительно увеличилась, у 2 подъем уровня ЛГ начался со 2—3-го дня лечения кломидом. К этому времени изменялся тип кривой ректальной температуры — появлялась гипертермическая фаза. Характерным для этой группы обследованных больных было нарастание экскреции прегнандиола — одновременно или с некоторой задержкой по отношению к экскреции ЛГ.

У 2 женщин кломид не вызвал заметных изменений в экскреции ЛГ. У них лечение было начато при задержке менструации, при положительном симптоме «зрачка». У 1 больной, получавшей кломид, наблюдалось некоторое снижение продукции ЛГ. Клинически у нее на протяжении 3 нед после курса лечения продолжались кровянистые выделения различной интенсивности.

После лечения показатели экскреции ЛГ и прегнандиола в среднем по группе составили соответственно $136,9 \pm 7,5$ МЕ/л и $24,0 \pm 6,9$ мкмоль/сут. Сравнивая показатели экскреции ЛГ в первые 10 дней после курса лечения ($141,6 \pm 10,7$ МЕ/л) и в последующие 10 дней ($130,0 \pm 13,0$ МЕ/л), можно по средним данным подтвердить выявленное при анализе индивидуальных кривых экскреции ЛГ положение, что увеличение продукции ЛГ происходит в первые две недели после лечения кломидом. Но средние результаты недостаточно четко отражают закономерности, вытекающие из изучения индивидуальных кривых экскреции гормонов. Это объясняется, во-первых, несовпадением динамики экскреции у отдельных больных, во-вторых, тем, что реакция на кломид не была у всех больных идентичной, и, в-третьих, тем, что индивидуальные уровни выделения гормонов очень варьируют.

У всех больных после лечения исследовали цуг эндометрия. У 8 женщин после первого курса лечения были найдены пролиферативные изменения разной степени выраженности, у 6 в слизистой выявлены секреторные изменения, причем у 2 они были хорошо выражены, а у 4 установлена неполноценная фаза секреции. Это связано, по-видимому, с тем, что под влиянием кломида иногда развивается неполноценная лютеиновая фаза или же лютеинизация развивающихся и регрессирующих фолликулов (Касас и соавт., 1970). Вероятно, по этой же причине только у 3 из 11 женщин с положительной реакцией на кломид наступила беременность: у одной после 2-го курса и у 2 после 3-го.

Вызывая овуляцию, кломид не способен оказывать длительное нормализующее действие на гипоталамо-гипофизарно-яичниковые связи у больных ДМК; эффект достигается только во время лечения. Поэтому после окончания лечения сразу или с небольшим интервалом ДМК рецидивируют, что наблюдалось у всех обследованных больных.

Полученные данные свидетельствуют о хорошем гемостатическом эффекте применения комплекса стероидных гормонов и инфекундина при ДМК. Лечение комплексом

стероидных гормонов возможно у женщин в любой возрастной группе, так как вызываемая блокада гонадотропной функции гипофиза бывает кратковременной, не стойкой. При применении инфекундина блокада более глубокая, но не длительная. Все же, учитывая выраженность блокады гонадотропной функции гипофиза, желательно не применять инфекундин в ударных дозировках при ювенильных кровотечениях. Кломид способен индуцировать овуляцию у части больных с ДМК, но не вызывает стойкой нормализации менструального цикла и не предупреждает рецидивов, так как его действие ограничивается временем применения препарата.

ЛИТЕРАТУРА

Casas P. R. F., Arcangeli O. A., Gowland C. M. a. o. Am. J. Obstet. Gynec., 1970, 106, 6.

Поступила 12 июня 1979 г.

ОБЗОРЫ

УДК 616.24—08

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ТРУДЯЩИХСЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ¹

Проф. С. И. Ашбель

Горьковский НИИ гигиены труда и профзаболеваний (директор — канд. мед. наук З. В. Шаронова)

В производственных условиях трудящиеся многих отраслей промышленности подвергаются воздействиям содержащихся в воздухе рабочих помещений различных веществ: неорганической и органической пыли, раздражающих газов, аллергенов, микробов-продуцентов и др. Проникая в организм главным образом через органы дыхания, указанные вещества нередко вызывают такие профессиональные заболевания, как пневмокониозы, бронхиты кониогенной или токсико-химической этиологии, токсические пневмосклерозы, бронхиальную астму, кандидоз дыхательных путей и др., а также оказывают неблагоприятные влияния на течение хронических непрофессиональных неспецифических заболеваний органов дыхания: бронхитов, пневмоний, пневмосклерозов, нагноительных процессов, бронхиальной астмы.

Хотя профессиональные и непрофессиональные хронические неспецифические заболевания органов дыхания вызываются различными этиологическими факторами, в их патогенезе имеется много общего, так как «легкое как определенная физиологическая и анатомическая система реагирует определенными стереотипными реакциями, и данная стереотипность часто стирает грани нозологических форм» [11]. Большое значение в патогенезе перечисленных выше заболеваний имеет наличие в дыхательных путях хронического инфекционно-воспалительного процесса, нарушение бронхиальной проходимости, постепенное развитие легочной, а в последующем — и легочно-сердечной недостаточности, а также расстройства обмена веществ (белкового, витаминного), наиболее выраженные при хронических нагноительных процессах в легких.

Поскольку патогенез хронических заболеваний легких сложен, лечение больных этими заболеваниями должно базироваться на принципе комбинированной, комплексной терапии; вместе с тем его необходимо проводить строго дифференцированно, с учетом типа течения заболевания, характера и распространенности морфологических изменений, степени функциональных нарушений организма и состояния регуляторных механизмов, определяющих как особенности течения заболевания, так и степень его компенсации.

Ведущая роль в организации и проведении мер профилактики заболеваний органов дыхания у работающих на промышленных предприятиях отводится цеховому терапевту. Очень важное значение имеет тщательное проведение им предварительного медицинского обследования всех поступающих на работу, связанную с указанными профессиональными вредностями, с целью исключить контакт с этими вредностями лиц, имеющих заболевания бронхо-легочного аппарата.

Всех работающих в контакте с вредными для органов дыхания веществами необходимо подвергать периодическим медицинским обследованиям, что позволит выяв-

¹ Доложено 4/Х 1978 г. на Всесоюзном симпозиуме «Неспецифические заболевания легких на промышленных предприятиях», Л.