

УДК 618.177:615.25

М. А. ХАЧИКЯН

## О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ДЕЙСТВИИ ИНДОМЕТАЦИНА ПРИ БЕСПЛОДИИ У ЖЕНЩИН

Изучено действие индометацина у бесплодных женщин с первичной алгодисменореей и синдромом предменструального напряжения. Назначение индометацина вточной дозе 75 мг за 4—6 дней до менструации на протяжении 5—6 циклов способствовало устранению болевых ощущений, проявлений синдрома предменструального напряжения, а в ряде случаев—наступлению беременности.

Известно, что простагландины (ПГ) выполняют существенную роль в регуляции менструального цикла. Согласно теории возникновения менструации, на фоне резкого снижения яичниковых гормонов происходит спадение просвета желез эндометрия и выделение ПГ, в основном ПГФ<sub>2α</sub>, что ведет к усилению сокращений миометрия, спазмам базальных артерий и появлению некрозов в эндометрии. Выделяющийся в очагах некроза гистамин вызывает расширение сосудов, в результате которого происходит кровотечение в просвет матки. Данные о высокой концентрации ПГ в эндометрии незадолго до менструации подтверждают эту теорию [5, 6].

Установлена также определенная взаимосвязь между развитием первичной алгодисменорреи и генетически обусловленным повышением содержания ПГ в организме [2]. Болевой синдром при первичной алгодисменоррее связывают с выраженным спастическим состоянием миометрия, обусловленным повышением концентрации ПГФ<sub>2α</sub> в эндометрии [4, 8]. По данным ряда авторов, алгодисменоррея может быть обусловлена изменением нормального количественного соотношения ПГ группы E и F<sub>2α</sub> в сторону увеличения последних [7], а также изменением чувствительности миометрия к ПГ [3], которое зависит от уровней яичниковых гормонов.

Такие проявления синдрома предменструального напряжения, как тошнота, рвота, отеки, боли, диаррея, напоминают побочные явления при передозировке ПГ [1]. Вероятно, ПГ играют существенную роль в этиологии указанного синдрома. Вышеуказанные патологические состояния могут быть также причиной некоторых форм бесплодия, обусловленных нарушением процессов имплантации и последующего развития плодного яйца. Можно допустить, что при этих формах бесплодия

могут оказаться эффективными ингибиторы биосинтеза ПГ, в частности индометацин.

Предметом настоящего сообщения являются результаты изучения действия индометацина при бесплодии у женщин, страдающих первичной алгодисменорреей и синдромом предменструального напряжения. Индометацин применялся у 26 бесплодных женщин в возрасте от 19 до 35 лет с регулярным овуляторным менструальным циклом. Женщины были разделены на 2 группы. В I группу вошли 16 женщин с первичной алгодисменорреей, из которых 10 страдало первичным бесплодием, 6—вторичным, во II—10 женщин с синдромом предменструального напряжения, из которых 4 страдали первичным бесплодием, 6—вторичным. Предварительно исключались экстрагенитальные заболевания, цервикальные факторы бесплодия, анатомическое трубное и мужское бесплодие. При исследовании тестов функциональной диагностики яичников у 10 женщин I группы и у 6 женщин II группы выявлена лютеиновая недостаточность.

Индометацин вводился перорально в суточной дозе 75 мг за 4—6 дней до ожидаемой менструации на протяжении 5—6 циклов. У 11 женщин I группы полностью исчезли болевые ощущения, у трех боли резко уменьшились, у двух лечение оказалось неэффективным. У 7 женщин II группы наблюдался выраженный лечебный эффект, в трех случаях эффект был незначительным. Забеременело 5 женщин I группы и 3 женщины II группы.

Приводим описание истории болезни (№ 2250/8).

Больная П. А., 30 лет, 30/X 1978 г. обратилась с жалобами на болезненные менструации и бесплодие. Менструации с 14 лет, по типу  $\frac{3-4}{25-26}$ , резко болезненные, умеренные. Замужем 2 года, беременности не было. Данные обследования: по тестам функциональной диагностики яичников овуляторный менструальный цикл. На ГСГ полость матки обычного расположения и размеров, фаллопиевые трубы проходимы. Сперма мужа фертильна. По поводу алгодисменорреи принимала лечение по методу Говорухиной с незначительным эффектом. В июле 1979 г. больной был назначен индометацин в суточной дозе 75 мг за 5 дней до ожидаемой менструации. Беременность наступила на 1-ом же курсе лечения и протекала без осложнений. Родоразрешилась 13/IV 1980 г. живым доношенным мальчиком.

Таким образом, индометацин способствует устранению алгодисменорреи, предменструального синдрома и в некоторых случаях этим обеспечивается развитие беременности. Учитывая, что индометацин не является избирательным ингибитором биосинтеза ПГ группы E и F, можно предположить, что эффективность его может проявиться особенно отчетливо в тех случаях, когда указанные патологические явления обусловлены резким увеличением биосинтеза ПГ типа F.

Приведенные данные позволяют рекомендовать применение индометацина для лечения бесплодия у женщин, страдающих алгодисменорреей и предменструальным синдромом.

Институт акушерства и гинекологии им. Н. К. Крупской      Поступила 12/VII 1980 г.

ԻՆԴՈՄԵՏԱՑԻՆԻ ԹԵՐԱՊԵՎՏԻԿ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ  
ԿԱՆԱՆՑ ՉԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

Ուսումնասիրված է ինդոմետացինի ազդեցությունը չբեր կանանց մոտ, որոնք տառապում են առաջնակի արգոդիսմենորեայով և նախադաշտանային սինդրոմով: Ինդոմետացինի օգտագործումը օրեկան 75 մգ-ից դաշտանից 4—6 օր առաջ 5—6 ամիս տևողությամբ նպաստում է ցավերի և նախադաշտանային սինդրոմի վերացմանը, իսկ որոշ դեպքերում հղիության զարգացմանը:

M. A. KHATCHIKIAN

ON THE THERAPEUTIC EFFECT OF INDOMETACINE IN  
FEMALE INFERTILITY

The effect of indometacine has been studied in infertile women with primary algodismenorrhea and syndrome of premenstrual tension. Prescription of indometacine in daily dose 75 mg 4—6 days before menstruation during 5—6 cycles removed pains and signs of the syndrome, and in some cases it facilitated coming of pregnancy.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Karim S. M. M., Amy Y. Y. In Advances in Prostaglandin Research: Prostaglandins and Reproduction. Ed. S. M. M. Karim, Lancaster, MTP Ltd, 1975, 78.
2. Labrum A. H., Lipkin M., Dray F. In International Conference on prostaglandins. Florence, 1975, 102.
3. Lundstrom V. Acta Obstet Gynec. scand., 1977, 56, 3, 167.
4. Lundstrom V., Green K. Amer. J. Obstet. Gynec., 1978, 130, 6, 640.
5. Minch H-N, Long N-T., Bove N., Smadja A. Rev. med. Picardie, 1974, 2, 6, 149.
6. Minch H-N, Bove N., Petit I., Smadja A., Orcel L. Gynecol., 1976, 27, 3, 227.
7. Seifert B., Liedtke M. P. Zbl. Gynäk, 1978, 100, 21, 1361.
8. Willman E. A., Collins W. P., Clayton S. G. Brit. I. Obstet. Gynec., 1976, 83, 5, 337.