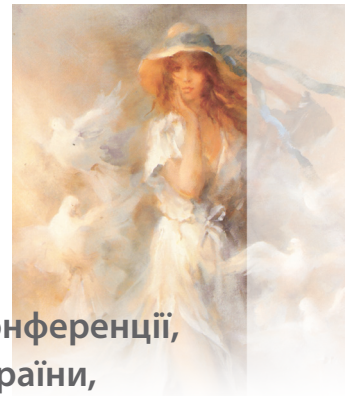


ГАРМОНІЯ ГОРМОНІВ – ОСНОВА ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

Пропонуємо вашій увазі тези доповідей науково-практичної конференції,
організованої Національною академією медичних наук України,
Міністерством охорони здоров'я України,
Інститутом педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України
(27-28 жовтня 2011 р., м. Київ)



ПРОФІЛАКТИКА НЕВИНОШУВАННЯ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЄЮ

О.В. КРАВЧЕНКО

Буковинський
державний медичний
університет

Гормональні порушення у жінок на 70-100% є причиною невиношування вагітності на різних строках. До таких гормональних захворювань відноситься гіперпролактинемія.

Під нашим спостереженням перебувало 16 жінок віком від 23 до 36 років з гіперпродукцією пролактину, 14 з них отримували коригуючу терапію до вагітності, у двох вагітність настала спонтанно. Дев'ять пацієнток були першовагітними. У семи жінок вагітність була повторною, четверо з них в анамнезі мали одні пологи, троє – самовільні викидні на різних строках гестації.

Усі жінки стали на облік на строках вагітності 5-7 тиж та були обстежені відповідно до діючих наказів. У них контролювали рівень пролактину в динаміці. Усі пацієнтки отримували (до 10-16 тиж гестації) дуфастон дозою 20 мг/доб. Тільки дві жінки під час вагітності продо-

вжували приймати достінекс. Одна з них з приводу аденоми гіпофіза розміром 1 см отримувала агоністи дофаміну до 12 тиж. Другій жінці був призначений достінекс по 2,5 мг двічі на добу до кінця вагітності у зв'язку з наявністю симптомів зростання аденоми.

Результати спостереження показали наступне: в однієї жінки відбувся викидень на строках вагітності 14-16 тиж, 13 жінок доносили вагітність, у двох пацієнток мали місце передчасні пологи в 34-36 тиж. У всіх роділь перебіг пологів був фізіологічним. Стан новонароджених за шкалою Апгар оцінювався у 6-9 балів.

ВИСНОВКИ

Проведене нами дослідження показало, що своєчасна і адекватна корекція гіперпролактинемії до і під час вагітності дає можливість уникнути розвитку плацентарної дисфункції і народити живих здорових дітей.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИЙ ЭНДОМЕТРИЯ С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В НЕМ

Е.П. КОВАЛЕНКО

Крымский
государственный медицинский
университет
им. С.И. Георгиевского

Лечение гиперплазий эндометрия, особенно тяжелых форм, включающих комплексные гиперплазии эндометрия, остается сложной клинической проблемой. Основным направлением в терапии

гиперплазий является назначение гормональных препаратов с целью нормализации эндокринного статуса женщины и морфологической структуры эндометрия.

Цель нашего исследования заключалась в изучении эффективности различных терапевтических подходов при лечении гиперплазий эндометрия на основании оценки изменений локального уровня цитокинов и клеточных протеиназ, характеризующих степень воспалительных изменений в эндометрии при гиперплазии.

В исследование было включено 79 женщин с комплексной гиперплазией эндометрия. У 43 из них проводили лечение с назначением разных вариантов гормональной терапии. Согласно протоколу, у 10 пациенток проведен курс лечения с использованием гестагенов в непрерывном режиме (дуфастона), у 10 женщин применяли агонист гонадотропных релизинг-гормонов (аГнРГ) диферелин, у 11 пациенток лечение проводили с использованием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) – марвелона, жанина, у 12 пациенток использовали внутриматочную систему с левоноргестрелом (мирену).

По окончании курса лечения получали внутриматочные смывы, в которых определяли уровень цитокинов – интерлейкина (ИЛ) 1 β , ИЛ-6, туморнекротизирующего фактора α (ТНФ- α) и эластазо- и трипсиноподобных протеиназ. В группу сравнения входили 18 здоровых женщин.

Проведенные исследования показали, что при комплексной гиперплазии эндометрия происходит выраженный рост уровня цитокинов и активности протеиназ, – от 2 раз ($p < 0,01$) для ТНФ- α и до 20 раз ($p < 0,001$) для ИЛ-1 β . Результаты лечения проявлялись тенденцией к нормализации уровня провоспалительных цитокинов и протеиназ. Наиболее выраженный эффект наблюдался при применении КОК и АГНРГ, в меньшей степени маркеры воспаления нормализовались при использовании внутриматочной системы с левоноргестрелом. Динамика изменений специфических показателей коррелировала с клинической и морфологической оценками эффективности лечения.

ВЫВОДЫ

Предлагается использовать оценку воспалительных изменений в эндометрии в качестве критерия определения эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия.

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ В ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Одной из причин хронизации воспалительных заболеваний придатков матки (ВЗПМ) и недостаточной эффективности противовоспалительной терапии является снижение иммунологической реактивности организма. Поскольку изменения иммунного гомеостаза при ВЗПМ являются ключевым звеном патогенеза данного заболевания, становится очевидной необходимость включения иммуностимулирующих препаратов в комплексную патогенетическую терапию данного заболевания. В последние годы в гинекологии все более широкое применение находит медицинский озон, оказывающий иммуномодулирующее, противовоспалительное, бактерицидное, противовирусное, фунгицидное, антистрессовое и анальгезирующее действие.

Нами проведено лечение 90 женщин с ВЗПМ. Все больные были разделены на две группы. Первая группа (45 женщин) получала комплексное лечение, включающее наряду с антибактериальной терапией медицинский озон; вторая группа (45 женщин) – традиционную противовоспалительную терапию. Озон вводили в брюшную полость через задний свод влагалища. Эффективность проводимой терапии оценивали сразу по окончании лечения. Для этого использовали данные объективного, в том числе гинекологического, обследования

и результаты бактериологического, бактериоскопического, ультразвукового и иммунологического исследований.

После проведенной терапии во второй группе выздоровление констатировали у 24 (53,3%) пациенток, улучшение клинического состояния – у 17 (37,8%), у четырех (8,9%) больных результаты проведенного традиционного лечения были признаны неудовлетворительными. В первой же группе случаев отсутствия положительных результатов от проведенного лечения отмечено не было, 42 (93,3%) женщины после комплексной терапии с применением озона были выписаны из клиники с выздоровлением, три (6,7%) – со значительным улучшением клинического состояния. Не было выявлено ни одного случая реакций и осложнений, связанных с использованием медицинского озона.

Таким образом, озонотерапия может быть рекомендована к применению в качестве иммунокорректора в составе комплексного противовоспалительного лечения больных с воспалительными заболеваниями придатков матки.

Н.В. КАПУСТНИК

Харьковский национальный
медицинский университет

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОКРИННОГО СТАНУ ПАЦІЄНТОК, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ

Рак шийки матки (ШМ) залищається першим серед злоякісних пухлин, у відношенні якого встановлена вірусна етіологія.

Враховуючи дані літератури стосовно ролі гормональних факторів у розвитку неоплазії цервікального епітелію, пов'язаної з вірусом папіломи людини (ВПЛ), було досліджено гормональний статус 64 жінок репродуктивного віку. Із них 11 осіб були інфіковані ВПЛ при нормальному епітелії ШМ (перша група), у 15 – виявлено ВПЛ та фонові захворювання ШМ (друга група), у шести – дисплазію ШМ (третья група). Четверту групу становили 11 жінок (група порівняння) з фоновими захворюваннями ШМ без інфікування ВПЛ. До контрольної (п'ятої) групи увійшла 21 здорова жінка репродуктивного віку з нормальним менструальним циклом.

Визначення концентрації фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, пролактину, естрадіолу, прогестерону та кортизолу проведено з використанням відповідних діагностичних тест-систем для імуноферментного аналізу фірми «Хема» (Росія) (імуноферментний аналізатор MSR-1000 фірми Syntrop, США, довжина хвилі 450 нм).

Отримані результати показали, що середня концентрація гонадотропних гормонів у крові пацієнток усіх груп не відрізняється від показників здорових жінок контрольної групи та між групами.

Відсутність напруження секреції ФСГ та її відповідність такій у здорових жінок у фолікулярну фазу циклу свідчила про достатність яєчникового резерву та незмінену регуляторну функцію гіпофіза щодо процесів дозрівання фолікулів яєчника.

Ці положення підтверджувались відповідними до норми показниками концентрації естрадіолу та прогестерону в крові. У той же час спостерігалася тенденція до підвищення середнього рівня естрадіолу за умов поєднаної доброякісної патології ШМ та папіломавірусної інфекції. Натомість за відсутності патології ШМ (перша група) або її наявності без інфікування ВПЛ (четверта група) мала місце тенденція до зниження концентрації естрадіолу в крові. Найбільш низькі концентрації гормону в крові були

у жінок четвертої групи: $260,9 \pm 35,2$ пмоль/л проти $501,7 \pm 72,7$ пмоль/л у жінок другої та $574,7 \pm 99,3$ пмоль/л третьої груп ($p < 0,05$).

Ці результати дають підставу вважати, що відносна гіперестрогенемія характерна для папіломавірусного інфікування та доброякісних змін ШМ і відіграє певну патогенетичну роль у розвитку останніх.

Концентрація прогестерону в першій половині циклу у пацієнток усіх груп достовірно не відрізнялась від показників у контрольній групі.

Секреція пролактину в усіх обстежених жінок також не відрізнялась від такої у жінок контрольної групи. Враховуючи роль пролактину в процесах стероїдогенезу, отримані результати співпадають зі збереженням секреції гонадотропних гормонів та гормональної функції яєчників у даного контингенту пацієнток.

Концентрація кортизолу також не змінювалась відносно норми. Певна тенденція до підвищення мала місце у жінок, інфікованих ВПЛ, з диспластичними процесами ШМ. Проте достовірної різниці між показниками не виявлено.

Враховуючи те, що кортизол є стрес-реалізуючим гормоном, а пролактин – стреслімітуючим, стабільність секреції цих гормонів презентує певну збалансованість цих процесів у обстежених жінок.

ВИСНОВКИ

Таким чином, перебіг папіломавірусного інфікування у жінок репродуктивного віку за відсутності патології ШМ відбувається на фоні незміненої відносно здорових жінок секреції гонадотропних та статевих гормонів, кортизолу та пролактину. За умов інфікування ВПЛ, поєднаного із доброякісними змінами епітелію ШМ, визначається тенденція до підвищення концентрації естрадіолу та кортизолу в крові.

Т.О. МАМОНОВА

Г.М. ВАСИЛЬЧУК

З.Б. ХОМІНСЬКА

Відділення ендокринної
гінекології
Інституту педіатрії, акушерства
та гінекології НАМН України

ОСНОВНИ ПОКАЗНИКИ ЦИТОКИНІВ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДАМ ТРУБНОГО ГЕНЕЗУ

О.В. БАКУН
В.Г. КУПЧАНКО

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології Буковинського державного медичного університету

Нами було обстежено 58 жінок із безпліддям трубного генезу, розподілених на дві групи, яким проводилося запліднення *in vitro*. До першої групи увійшли 38 пацієнок, яким проводили традиційну підготовку до запліднення *in vitro*. Другу групу становили 20 осіб, яким здійснювалася така ж підготовка з включенням плазмаферезу. Плазмаферез виконували до початку програми запліднення *in vitro*. Підгрупа пацієнок із позитивними результатами складалася з десяти жінок, що становить 50,0% всіх обстежених другої групи. Пацієнок із негативними результатами було вісім (40,0%). У двох (10,0%) жінок результати штучного запліднення були невідомі з тих чи інших причин. Групу пацієнок, яким не проводився плазмаферез, склали 38 осіб, у яких були позитивні та негативні результати штучного запліднення. Із позитивними результатами було 15 (39,4%) жінок, із негативними – 16, що становить 42,1% від загальної кількості осіб цієї групи. У семи (18,4%) пацієнок результати штучного запліднення з тих чи інших причин були невідомі.

Концентрація протизапального цитокіну інтерлейкіну (ІЛ) 4-го типу після проведення плазмаферезу мала незначну тенденцію до підвищення на 7,65%, але це підвищення не вірогідне. Разом із тим рівень прозапального цитокіну (ФНП- α) після проведення плазмаферезу знижувався на 21,1%. Зниження концентрації ФНП- α і тенденція до зростання рівня протизапального цитокіну (ІЛ-4) свідчать про те, що проведення процедури плазмаферезу є ефективним засобом зменшення запальної реакції в організмі. Одержані та наведені результати показують, що традиційні засоби реабілітації приводять до тенденції зниження як прозапального, так і протизапального цитокіну відповідно на 14; 5 і 8,3%. Однак це зниження концентрації інтерлейкінів статистично не істотне. Рівень ІЛ-4 у жінок із безпліддям суттєво зростає, що вказує на те, що плазмаферез знижує запальні процеси. Підтвердженням цього є тенденція до зниження концентрації ФНП- α у порівнянні з жінками, яким проводили традиційні заходи реабілітації, та суттєво знижується у порівнянні з контролем.

Таким чином, проведення плазмаферезу жінкам із безпліддям зумовлює зменшення запальних процесів в їх організмі та є ефективним засобом імунореабілітації у цієї категорії пацієнок.

ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ ОЖИРІННЯ ТА РОЗЛАДІВ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТОК ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВІКУ

О. А. АНДРІЄЦЬ
Н.М. ОЛЕКСИНА
А.В. АНДРІЄЦЬ

Буковинський державний медичний університет

Протягом останнього десятиріччя відбувається значне підвищення частоти ожиріння, у тому числі серед молоді, що вимагає уважного відношення сучасної медицини до проблем цієї частини населення. Відомо, що однією з найголовніших особливостей жирової тканини є її здатність до синтезу, обміну та накопичення стероїдів.

При наявності ожиріння виявлені гормональні особливості – підвищення фолікулоstimулюючого (ФСГ), лютинізуючого (ЛГ) гормонів та естрадіолу, – які пояснюють більш раннє менархе і розвиток гіперполіменореї у дівчаток. При ожирінні за гіпогенітальним типом порушення рівня вищезгаданих гормонів та естрадіолу викликає затримку статевого розвитку, а також високу частоту оліго-, опсо-, і первинної аменореї.

Ми провели статистичний аналіз показників порушення менструальної функції та ожиріння у дівчаток препаубертатного віку (жительок Чернівецької області) упродовж 2004-2010 рр.

Показник захворюваності на ожиріння у дівчаток препаубертатного віку з 2004 по 2010 р. виріс у 1,5 разу, а показник порушення менструальної функції у цієї ж категорії дівчаток – у 1,1 разу, що підтверджує тісний взаємозв'язок між даними патологіями. Пік захворюваності на ожиріння у дівчаток Буковини спостерігався 2007 р. і становив 3,2%, а порушення менструальної функції – 5,5%, що свідчить про складність діагностики даної проблеми, а відповідно і тактики ведення хворих.

Показник поширеності ожиріння у дівчаток препаубертатного віку протягом цього періоду збільшився у 1,4 разу, а показник поширеності порушень менструальної функції – у 1,1 разу. Пік поширеності ожиріння у дівчат Буковини припадає на 2010 р. і становить 13,88%, відповідно порушення менструальної функції – 12,69%, що вказує на проблему, яка не йде на спад, а набирає обертів.

Вивчення впливу ожиріння на порушення менструальної функції та зв'язку між ними допоможе розробити правильні, патогенетично обґрунтовані підходи до діагностики та лікування даної проблеми.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ

Т.А. НАЧЕТОВА
Д.А. КАШКАЛДА
С.Х. ЧЕРЕВАТОВА

Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины, г. Харьков

Цель настоящей работы состояла в оценке особенностей гормонального обеспечения организма девочек-подростков с вторичной аменореей.

Для реализации поставленной задачи было проведено исследование содержания в сыворотке крови лютеинизирующего (ЛГ), фолликулоstimулирующего (ФСГ) гормонов, пролактина (ПРЛ), эстрадиола (E_2), тестостерона (Т) и инсу-

лина у 63 девочек с вторичной аменореей в возрасте 13-17 лет. По характеру менструальной функции до наступления вторичной аменореи

участницы исследования были распределены на три группы. В первую группу вошли 26 пациенток, у которых менструации наблюдались не чаще 1 раза в 6 мес; во вторую – 25 девушек, у которых наступлению вторичной аменореи предшествовала олигоменорея, и в третью – 12 пациенток, у которых до вторичной аменореи установился регулярный менструальный цикл. Для оценки достоверности различий частоты встречаемости разных уровней исследуемых гормонов использовали критерий углового преобразования Фишера (ϕ).

Несмотря на общепринятое представление о том, что вторичная аменорея, как правило, возникает в результате значительных сдвигов в гормональном балансе организма, у каждой пятой девочки с вторичной аменореей уровни ЛГ, ФСГ, ПРЛ, E_2 , Т не выходили за пределы

колебаний возрастных норм. Особо обращает на себя внимание тот факт, что у пациенток первой группы нормальный уровень указанных гормонов встречался в три раза чаще, чем в третьей группе (29,2 и 9,1% соответственно; $p < 0,05$).

Низкий уровень ЛГ в два раза чаще был выявлен при вторичной аменорее, возникшей после регулярного менструального цикла, чем при других клинических вариантах заболевания (54,5 и 20,0% соответственно; $p < 0,05$). Для этих больных также был более характерен низкий уровень E_2 по сравнению с пациентками, у которых менструации наблюдались не чаще 1 раза в 6 мес (58,3 против 26,9%; $p < 0,05$). Высокий уровень Т чаще регистрировали при вторичной аменорее, наступлению которой предшествовала олигоменорея, чем при других кли-

нических вариантах (32,2 и 13,2% соответственно; $p < 0,05$). Высокий уровень ПРЛ был зарегистрирован почти у каждой десятой девочки независимо от варианта вторичной аменореи. Гиперинсулинемия имела место у 18,6% обследованных, при этом у пациенток первой группы она обнаруживалась значительно чаще, чем во второй и третьей группах (27,3 против 10,7%; $p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что при выделенных клинических вариантах вторичной аменореи имеет место различная гормональная обеспеченность организма, что должно учитываться при подборе лечебных комплексов.

ПОРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДИВЧАТ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Порушення менструальної функції у дівчаток – одна з найбільш розповсюджених патологій в гінекологічній практиці. Значимість проблеми також полягає в поліетіологічності захворювання і можливості його розвитку на фоні ендокринної патології. Важливу роль у патогенезі дисфункціональних маткових кровотеч відіграє дисфункція гіпоталамо-гіпофізарної та тиреоїдної систем, а також порушення на рівні ендометріальних факторів регуляції.

Мета дослідження полягала у проведенні ретельного статистичного аналізу поширеності та частоти розладів менструальної функції у дівчат при патології щитоподібної залози.

За період 2003-2010 рр. нами виконано ретельний статистичний аналіз захворюваності щитоподібної залози та поширеності цієї патології у дівчат препубертатного та пубертатного періодів життя, які проживають на Буковині.

Слід зазначити, що на Буковині з кожним роком підвищуються показники поширеності та частоти порушень менструальної функції у дівчат при патології щитоподібної залози. Так, протягом 2003-2010 рр. мали тенденцію до зростання захворюваність на дифузний зоб I ступеня (в 1,9 разу порівняно з 2005 р.), на дифузний зоб II-III ступеня (в 6,7 разу по-

рівняно з 2003 р.) і підвищився показник поширеності та захворюваності на гіпотиреоз у 28 разів порівняно з 2003-2006 рр.

Захворюваність (20,04‰) та поширеність (45,9‰) за 2010 р. порушень менструальної функції у дівчат пубертатного віку залишається на високому рівні, що є прогностично несприятливим фактором у становленні менструальної функції на фоні ендокринопатій.

ВИСНОВКИ

Дівчата з порушенням менструального циклу при патології щитоподібної залози становлять групу ризику щодо виникнення різних розладів репродуктивної функції. Все це зумовлює необхідність розробки профілактичних та лікувальних заходів, у т.ч. раціональної фармакокорекції, з метою покращення взаємовідношення в системі щитоподібна залоза – гіпоталамус – гіпофіз – яєчники у дівчат препубертатного та пубертатного періодів.

Ю.В. ЦИСАР
О.А. АНДРІЄЦЬ
Буковинський
державний медичний
університет

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ФИТОТЕРАПИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Менопауза – прекращение менструаций у женщин в возрасте 45-55 лет, являющееся естественным генетически детерминированным физиологическим процессом.

Гормональная регуляция в организме происходит по принципу обратной связи, поэтому за счет сниженного уровня эстрогенов через центральные структуры стимулируется повышенная продукция и выброс гонадотропных гормонов гипофиза. При физиологическом течении климактерического периода нарушение циклических процессов в репродуктивной системе происходит постепенно. Повышение концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) отмечается за несколько лет до наступления менопаузы, а лютеинизирующего гормона (ЛГ) – немного позже.

Лечение климактерического синдрома (КС) предлагаем начинать с немедикаментозных методов терапии:

- диетотерапии – достаточное количество овощей и фруктов, нежирные сорта мяса, кисломолочные продукты, гречневая, овсяная каши, ограничение жиров, мучных изделий, соли, сахара, острых приправ, шоколада, кофе;
- рационального режима труда и отдыха;
- физиотерапевтических методов лечения – водные процедуры, массаж воротниковой зоны, анодическая гальванизация головного мозга, центральная электроаналгезия, рефлексотерапия,

электрофорез воротниковой зоны с сернокислой магнезией, новокаином.

В лечении КС необходимо использовать фитотерапию: отвар пустырника, корня валерианы, мелисы, заманихи высокой, корень женьшеня, мяту перечную, лимонник китайский, настой пиона. Особое внимание следует уделять применению эстрогенных препаратов растительного происхождения, одним из которых является климадинон. Фитоэстрогены оказывают положительный эффект при КС, обладая сходным с гормональным механизмом действием. В отличие от лечения эстрогенами климадинон не вызывает пролиферативных процессов в эндометрии и других органах. Приводит к относительно быстрому (в течение 2 нед) купированию психоэмоциональных и нейровегетативных расстройств, являющихся ранними симптомами КС и наиболее частой причиной снижения трудоспособности и качества жизни женщин климактерического возраста. Не менее важное преимущество климадинона заключается в возможности длительного его применения без побочных эффектов, а также в удобном режиме приема.

А.П. ГРИГОРЕНКО
Е.Ф. ГЕРИЧ
О.Г. ГОРБАТЮК
А.Г. РОПОТАН

Кафедра акушерства
и гинекологии
ФПО Винницкого
национального медицинского
университета
им. Н.И. Пирогова

ГИПОФУНКЦИЯ ЯИЧНИКОВ – УНИКАЛЬНЫЙ «ЖЕНСКИЙ» ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Т.А. ЕРМОЛЕНКО
К.П. ТУМАСЯН
Ж.А. КРАСНОВА

Буковинский
государственный медицинский
университет

Целью исследования было изучение роли гипозестрогении в развитии метаболических нарушений у женщин в климактерии. Обследовано 85 женщин в возрасте от 51 до 59 лет, которые отметили прибавку массы тела (МТ) после менопаузы. Для определения типа ожирения использовали индекс отношения окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ), показатель ОТ. Критерием абдоминального или центрального типа ожирения считали индекс $ОТ/ОБ > 0,8$ либо $ОТ > 80$ см. Индекс массы тела (ИМТ) определяли по формуле: $МТ/рост$ ($кг/м^2$). Проводили 2-часовой оральным глюкозотолерантный тест (ОГТТ), определяли базальные уровни глюкозы и инсулина.

У всех обследованных женщин до менопаузы МТ была нормальной, ее прибавка в климактерии составила от 10 до 18 кг ($13,2 \pm 2,1$). У 6% пациенток отмечен гиноидный, у 94% женщин – абдоминальный тип

ожирения ($ОТ/ОБ 0,89 \pm 0,03$), ИМТ – от 29 до 35 $кг/м^2$ ($33,2 \pm 1,4$). Уровень глюкозы натощак составлял $6,1 \pm 1,5$ ммоль/л, а на 120-й минуте ОГТТ – $7,8 \pm 1,1$ ммоль/л. Уровень инсулина повышен у 94% пациенток на 120-й минуте ОГТТ. Инсулинорезистентность имела место у всех женщин с абдоминальным типом ожирения.

Дефицит половых гормонов оказывал значительное влияние на МТ женщин, способствуя повышению массы жира и его перераспределению в абдоминально-висцеральную область, обуславливал ускорение развития неблагоприятных метаболических показателей, что является высоким риском развития сахарного диабета 2-го типа, атеросклероза, ишемической болезни сердца.

ВЫВОДЫ

Гипофункция яичников является пусковым механизмом и уникальным «женским» фактором риска в развитии комплекса взаимосвязанных метаболических нарушений.

УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В МАТОЧНЫХ СМЫВАХ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЭНДОМЕТРИИ

Е.П. КОВАЛЕНКО
А.Н. РЫБАЛКО

Крымский
государственный медицинский
университет
им. С.И. Георгиевского

Ключевым механизмом развития гиперпластических процессов в эндометрии является формирование гормонального дисбаланса с абсолютной или относительной гиперэстрогенией. Нарушение стероидогенеза взаимосвязано с гипофизарной регуляцией, где важную роль играет пролактин. Однако роль и место пролактина в развитии гиперплазии эндометрия до конца не изучены.

В проведенном исследовании была поставлена цель оценить изменения уровня пролактина в сыворотке крови и внутриматочной жидкости при различных видах гиперплазии эндометрия.

Из 89 пациенток с гиперплазией эндометрия, вошедших в исследование, у 41 – была диагностирована простая гиперплазия, у 36 – комплексная гиперплазия без атипии, у 12 – комплексная гиперплазия с атипическими изменениями в эндометрии. Группу сравнения составили 18 здоровых женщин. У всех пациенток сыворотку крови и внутриматочные смывы получали путем введения 4-5 мл физиологического раствора через педиатрический катетер Фолея. В крови и внутриматочных смывах определяли уровень пролактина иммуноферментным

методом. Полученные результаты содержания пролактина во внутриматочных смывах пересчитывали на уровень общего белка.

При проведении исследований внутриматочных смывов у здоровых женщин пролактин не определялся. У пациенток с гиперплазией эндометрия происходило повышение концентрации внутриматочного пролактина: от $17,9 \pm 1,5$ мМЕ/мг при простой гиперплазии эндометрия до $27,3 \pm 2,8$ мМЕ/мг при комплексной гиперплазии с атипическими изменениями в эндометрии. При этом в сыворотке крови у большинства больных уровень пролактина не выходил за пределы общепринятой нормы. Концентрация пролактина во внутриматочных смывах не зависела от фазы менструального цикла и наличия воспалительных заболеваний.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты позволяют заключить, что при гиперплазиях эндометрия возможно развитие местной секреции пролактина гиперплазированным эндометрием. Локальное повышение уровня пролактина может влиять на течение гиперплазии и принимать участие в регуляции концентрации пролактина в крови.

РОЛЬ ТА МІСЦЕ МАЛОІНВАЗИВНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

О.М. ЮЗЬКО
Т.А. ЮЗЬКО

Буковинський
державний медичний
університет

Репродуктивна медицина сьогодні базується на трьох основних китах: традиційних методах діагностики та лікування безпліддя, допоміжних репродуктивних технологіях і лапаро-гістероскопії. Робота лікарів у традиційній галузі діагностики та лікування безпліддя регулюється наказом МОЗ України від 15.12.2003 р. № 582, допоміжні репродуктивні технології регламентовані наказом МОЗ України від 23.12.2008 р. № 771. Щодо застосування лапаро- та гістероскопії в репродуктивній медицині такого наказу немає.

У той же час варто відмітити, що регламентація правил використання способів малоінвазивних ендоскопічних втручань у репродуктивній медицині вкрай необхідна. Відсутні чіткі рекомендації стосовно оперативної лапароскопічної тактики при синдромі полікістозних яєчників, малих формах ендометріозу, трубному безплідді та деяких інших захворюваннях. Не визначено так-

тики оперативної гістероскопії при деяких формах аномалій розвитку матки, необхідність діагностичної гістероскопії перед процедурами запліднення та ін.

Автори провели аналіз 2000 лапароскопій та 1000 гістероскопій при різних формах безпліддя. Було виявлено первинне безпліддя у 5210 пацієнток. За структурою воно складалося з безпліддя трубного походження (40% пацієнток), зовнішнього генітального ендометріозу (30%), синдрому полікістозних яєчників (11%), а 19% випадків відносилися до іншої патології. При вторинному безплідді ці цифри становили відповідно 70; 14; 4 та 12%. Також була розглянута роль ранньої тактики стимуляції овуляції та штучного запліднення після лапароскопічних операцій. Виявлено, що гістероскопія застосовувалася як діагностична процедура 60% пацієнткам з безпліддям перед програмами запліднення. Доведена висока діагностична цінність офісної та результативність оперативної гістероскопії при поліпах матки, міомах та іншій гінекологічній внутрішньоматковій патології.

РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ЗІ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

У низці праць, присвячених синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ), показана клінічна ефективність метформіну у зниженні інсулінорезистентності, нормалізації дисліпидемії, гіперандрогенії. Вагітні жінки зі СПКЯ відносяться до групи високого ризику щодо виникнення значної кількості ускладнень. Тому ми поставили собі за мету встановити вплив метформіну на перебіг вагітності та перинатальні наслідки.

Нами було обстежено 72 жінки зі СПКЯ, які отримували метформін дозою 1,5 г/доб. Упродовж вагітності оцінювали кількість самовільних викидків у I триместрі, нормальний перебіг вагітності після 13 тиж, наявність гестаційного діабету, вроджених вад, вагу і зріст новонароджених, а також вагу, зріст, моторний та соціальний розвиток дітей протягом перших 6 міс життя.

Із 84 плодів у строк без вроджених вад народилися 63 (75%) немовляти, спонтанні аборти у I триместрі мали місце у 14 (17%) випадках, решта сім вагітностей (8%) строком ≥ 13 тиж мали нормальний перебіг і нормальні сонограми без уроджених дефектів. Без попереднього лікування метформіном 40 із 72 жінок мали 100 вагітностей (100 плодів) і народили 34 (34%) живих немовляти, а у 62 (62%) жінок у I триместрі відбулися самовільні аборти.

При використанні протягом вагітності метформіну у цих 40 жінок (46 вагітностей, 47 плодів) народилось 33 (70%) живих немовляти, 2 (4%) вагітності мали нормальний перебіг на строках понад 13 тиж, а також

відбулося 12 (26%) спонтанних абортів ($p < 0,0001$). У цих матерів не було зареєстровано жодного випадку кетоацидозу та неонатальної гіпоглікемії.

Серед вагітних зі СПКЯ, яким призначали метформін, гестаційний діабет розвинувся у 4% жінок проти 26% попередніх вагітностей без метформіну ($p = 0,025$). Не було діагностовано значних уроджених вад у 63 живих немовлят та вроджених вад у семи плодів, обстежених сонографічно строком вагітності до 13 тиж. У 63 живих новонароджених ні вага, ні зріст не відрізнялись від показників нормальної неонатальної популяції. За 6 міс розвитку дітей зріст ($p = 0,008$) і вага не відрізнялися від нормальної педіатричної популяції, моторний і соціальний розвиток дітей також був у межах норми.

ВИСНОВКИ

Терапія метформіном пацієнок зі СПКЯ протягом вагітності була безпечною, асоціювалася зі зменшенням кількості самовільних викидків і розвитку гестаційного діабету, не була тератогенною, не мала негативного впливу на масо-ростові показники новонароджених та на зріст, вагу, моторний і соціальний розвиток на 3-му та 6-му місяці життя дітей.

Г.Б. СЕМЕНИНА

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ЗМІНИ РЕПРОДУКТИВНИХ ГОРМОНІВ У ЖІНОК ІЗ ВИКИДНЕМ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ У I ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ

Порушення гормональної функції децидуально-трофобластичної та хоріонально-плацентарної системи, що оцінюються за зміною рівня продукованих ними гормонів, лежать в основі патогенезу різноманітних ускладнень вагітності, в тому числі і викидня, що не відбувся.

Метою нашого дослідження було вивчення становлення гормональної функції децидуально-трофобластичної системи у процесі її формування за рахунок оцінки змін рівнів репродуктивних гормонів у здорових вагітних та у жінок із викиднем, що не відбувся саме в I триместрі гестації.

Ми проаналізували особливості перебігу вагітності у 138 жінок із викиднем, що не відбувся на строках 5-8 тиж. Пацієнтки з тяжкою екстрагенітальною і генетичною патологією та інфекцією виключалися із дослідження. Методом радіоімунного аналізу було визначено вміст естрадіолу, прогестерону, тестостерону, пролактину, хоріонічного гонадотропіну у крові 60 жінок із викиднем, що не відбувся в I триместрі: у 30 осіб – відмерла вагітність настала у 5-6 тиж гестації та у 30 – така патологія виникла в 7-8 тиж гестації. До контрольної групи входили 60 пацієнок із неускладненим перебігом вагітності. Обстежені жінки були віком від 17 до 39 років.

Результати дослідження рівня гормонів показали, що рівень естрадіолу в сироватці крові вагітних основної групи був нижчим на момент виникнення викидня, що не відбувся, порівняно з контролем на 26,18% на 5-6-му тижні гестації та на 20,43% на 7-8-му тижні ($p < 0,05$).

Уміст прогестерону в плазмі крові жінок основної групи був також вірогідно нижчим порівняно з контролем на 17,6% на строках вагітності 5-6 тиж і на 15,56% на строках 7-8 тиж ($p < 0,05$). Це свідчить про недостатність гормональної функції як жовтого тіла, так і децидуально-трофобластичного комплексу.

Концентрація тестостерону в плазмі крові вагітних основної групи у 5-6 тиж становила $3,99 \pm 0,42$ нмоль/л, в контролі – $3,26 \pm 0,24$ нмоль/л ($p < 0,05$); на строках 7-8 тиж – відповідно $4,21 \pm 0,27$ і $3,01 \pm 0,20$ нмоль/л

($p < 0,05$). Рівень пролактину в крові жінок із викиднем, що не відбувся в I триместрі, дорівнював $25,20 \pm 3,83$ нмоль/л у 5-6 тиж гестації, в контролі – $18,51 \pm 1,47$ нмоль/л ($p > 0,05$); у 7-8 тиж – $25,21 \pm 2,37$ нмоль/л, в контролі – $18,66 \pm 1,90$ нмоль/л ($p < 0,05$). Таким чином, уміст тестостерону та пролактину у жінок досліджуваних груп (5-6-й та 7-8-й тижень вагітності) різнився в межах 18,29 і 28,50% та 26,0 і 27,0% відповідно.

Концентрація хоріонічного гонадотропіну в плазмі крові вагітних основної групи у 5-6 тиж становила $45,62 \pm 1,42$ мМОд/мл, в контролі – $96,14 \pm 3,24$ мМОд/мл ($p < 0,05$); на строках 7-8 тиж відповідно $59,71 \pm 2,27$ і $148,22 \pm 9,21$ мМОд/мл ($p < 0,05$).

При вивченні взаємозв'язків гормональних показників було встановлено, що в основній групі рівень естрадіолу у 5-6 тиж гестації помірно корелював із рівнем цього ж гормону в 7-8 тиж ($r = 0,47$; $p < 0,05$). Рівень пролактину на строках вагітності 5-6 тиж помітно корелював із концентрацією естрадіолу в 7-8 тиж ($r = 0,62$; $p < 0,05$) та пролактину на строках 7-8 тиж гестації ($r = 0,48$; $p < 0,05$). Найбільш тісні кореляційні зв'язки рівнів репродуктивних гормонів спостерігалися на 7-8-му тижні вагітності.

ВИСНОВКИ

У жінок із викиднем, що не відбувся на ранніх строках гестації, діагностовано достовірне зниження рівнів хоріонічного гонадотропіну, прогестерону, естрадіолу. Найбільш значущим було зниження рівня хоріонічного гонадотропіну – на 47,45% у 5-6 тиж гестації та на 40,28% у 7-8 тиж. Особливо вираженим було зниження концентрації репродуктивних гормонів на 5-6-му тижні вагітності.

Є.С. КАРЛІЧУК

асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету

О.В. КРАВЧЕНКО

д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету