

19. Lehmann, D.K. and Chism, J. (2007) Pregnancy outcome in medically complicated and uncomplicated patients aged 40 years or older. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 157, 738–742.
20. Salleh AA. The effect of increasing maternal age on the course and outcome of pregnancy. *Iraqi J Comm Med.* 2002;15:13-17.
21. Shapiro, H. and Lyons, E. (2009) Late maternal age and postdate pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 160, 909–912.
22. Studziński Z. Ciąża i poród u kobiet po 40 roku życia. *Wiad Lek* 2004; 57: 145-50.
23. Ustun Y, Engin –Ustun Y, Meydanil M, Atmaca R, Kafkasli A. Maternal and neonatal outcomes in pregnancies at 35 and older age group. *J Turkish German Gynecol Assoc* 2006;6:46-48.
24. Witek A, Bojdys-Szyndlar M. Ciąża po 40 roku życia – nowa norma w położnictwie. *Przegl Menopauz* 2006; 5: 306-10.

УДК 612.62:618.11-002.1

СТАН ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА ЙОГО РОЛЬ В ПОРУШЕННІ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ В СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ

ДЗІСЬ Н.П.

м. Вінниця

Основні гормони аденогіпофіза відіграють ключову роль у процесі фізіологічного дозрівання організму, що включає в себе і становлення репродуктивної функції жінки [1; 2; 7]. Відомо, що контроль гіпоталамо-гіпофізарного комплексу центральна нервова система забезпечує за допомогою нейротрансмітерів – біогенних амінів, опіоїдних нейропептидів, гіпоталамічних та гіпофізарних гормонів [3; 4; 6].

За даними О.Ф. Серова та співавт. (2003) порушення на різних рівнях гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи можуть бути спричинені залишковими явищами після перенесеного запального процесу, психогенними та невротичними розладами, частими внутрішньоматковими втручаннями, що вказує на складність патогенезу хвороби.

С.П. Писарева та А.Г. Корнацька (2005) вказують, що порушення синтезу стероїдних гормонів, простагландинів, стресорні фактори, порушення функції наднирникових залоз, порушення метаболізму простагландинів призводять до порушення функції матки та маткових труб, що супроводжується невиношуванням вагітності, позаматковою вагітністю.

Зважаючи на те, що гормональні порушення є характерними для багатьох видів гінекологічної патології, необхідно досконало вивчити анамнез, клінічний перебіг, тривалість захворювання, оцінити ефективність проведеної терапії, виключити прояви соматичної патології.

Враховуючи вищевикладене метою роботи стало вивчення функціонального стану гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи у жінок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення.

Матеріали і методи дослідження

Характеристику гормонального статусу жінок досліджуваних груп вивчали шляхом визначення рівня в сироватці крові фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, естрадіолу (Е2), прогестерону (П), тіреотропного гормону (ТТГ), пролактину, дегідроепіандростендіолу-сульфат (ДГЕА-С), тестостерону (Т). Дослідження проводили за допомогою імунохімічної системи ACCESS з використанням наборів реагентів фірми Beckman Coulter (США).

Всі пацієнтки були розділені на дві групи: I група – основна, яка включала 48 жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення. II група – контрольна, в складі якої було 20 здорових жінок.

Результати обстеження оброблені методом варіаційної статистики, а відмінності між групами оцінені по критерію Стюдента, рахуючи їх достовірними при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз ретельного збору анамнезу у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення показав, що вік пацієнток коливався від 18 до 45 років. Вивчення анамнестичних даних у жінок основної групи дозволило виявити високу частоту перенесених інфекційних захворювань. У 37 (77,1%) пацієнток в дитячому та пубертатному віці спостерігалися інфекційні захворювання. Здорові жінки контрольної групи тільки в 2 (10%) випадках мали інфекційні хвороби в дитинстві.

При дослідженні алергічного анамнезу анафілактичні реакції на щеплення (токсична або надмірно сильна реакція у вигляді гіпертермії, симптомів інтоксикації, висипки на шкірі, бронхоспазму, кишкової дисфункції) спостерігалися в 6 (12,5%) випадках у пацієнток основної групи та в 1 (5%) жінки контрольної групи.

При дослідженні соматичного анамнезу у 7 (14,6%) жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення мали місце захворювання шлунково-кишкового тракту, в той час як у жінок контрольної групи – в 1 (5%) випадку. Обмінно-ендокринні порушення спостерігалися у 9 (18,7%) пацієнток основної групи, в 16 (33,3%) випадках мали місце хвороби сечовивідної системи, в 4 (8,3%) – захворювання дихальних шляхів, у 20 (41,6%) – захворювання ЛОР-органів. В контрольній групі у 1 (5%) жінки спостерігалися хвороби нирок, у 2 (10%) – хвороби органів дихання.

Отже, у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення соматичний анамнез найбільш численної кількості жінок був представлений хворобами ЛОР-органів та захворюваннями сечовивідної системи, що викликані інфекційним агентом.

Щодо менструальної функції, то регулярний цикл встановився відразу в 11 (22,9%) пацієнток основної групи. Протягом першого року становлення менструального циклу у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення відбулося у 22 (45,8%). Поряд з цим, тривале становлення менструального циклу мало місце у 4 (8,3%) жінок, болісні менструації спостерігались у 16 (33,3%) обстежених, нерегулярні менструації – у 10 (20,8%) пацієнток, олігоменорея була у 8 (16,6%) жінок, вторинна аменорея – у 5 (10,4%), самовільні викидні – у 7 (14,5%), позаматкова вагітність – у 4 (8,3%) жінок, апоплексія яєчника – в 6 (12,5%), кістозні зміни яєчників – у 12 (25%) пацієнток, первинне та вторинне безпліддя мало місце у 7 (14,5%) жінок.

Аналізуючи результати дослідження гормонального гомеостазу жінок досліджуваних груп встановлено, що концентрація ФСГ на 2-3-й добу менструального циклу у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення ($7,12 \pm 0,18$ мМО/мл) статистично вірогідно перевищувала показники групи контролю ($5,25 \pm 0,16$ мМО/мл). Рівень ЛГ в сироватці крові жінок основної та контрольної групи знаходився в межах нормальних показників – $4,37 \pm 0,03$ мМО/мл та $3,89 \pm 1,04$ мМО/мл відповідно. Концентрація пролактину у жінок досліджуваних груп статистично не відрізнялась і становила у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення – $13,1 \pm 1,9$ нг/мл та у здорових жінок – $13,0 \pm 3,2$ нг/мл. Вміст тіреотропного гормону обстежених жінок був в межах норми як в основній групі – $2,1 \pm 0,42$ мкМЕ/мл, так і в контрольній групі – $2,0 \pm 0,93$ мкМЕ/мл. Що стосується концентрації ДГЕА – сульфату у жінок досліджуваних груп, вона не мала статистично вірогідної різниці і відповідала нормальним показникам. У пацієнток основної групи становила $289,63 \pm 51,2$ мкг/дл та у здорових жінок – $264,72 \pm 38,7$ мкг/дл. Рівень тестостерону в сироватці крові у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення ($0,89 \pm 0,03$ нг/мл) дещо перевищував показники у жінок контрольної групи ($0,46 \pm 0,02$ нг/мл). Вміст естрадіолу у жінок із хронічним сальпінгофоритом в стадії загострення в ранню фолікулярну фазу був статистично вірогідно нижчим проти здорових жінок, а саме у в основній групі концентрація гормону дорівнювала $59,87 \pm 1,34$ пг/мл, в контрольній групі – $71,8 \pm 2,2$ пг/мл.

Кількість прогестерону в сироватці крові у пацієнток із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення складала $3,23 \pm 0,19$ нг/мл, що було статистично вірогідно меншим, ніж у здорових жінок - $4,41 \pm 0,18$ нг/мл.

Аналізуючи рівень ФСГ та ЛГ на 14 день менструального циклу у жінок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення встановлено зниження цих показників ($15,87 \pm 0,08$ мМО/мл та $15,41 \pm 0,11$ мМО/мл) проти здорових жінок ($18,3 \pm 0,04$ мМО/мл та $19,37 \pm 0,17$ мМО/мл). Що стосується концентрації естрадіолу, то у жінок основної групи в перiovуляторну фазу менструального циклу мав місце знижений вміст гормону, а саме $123,6 \pm 1,61$ пг/мл порівняно із жінками контрольної групи - $167,04 \pm 1,9$ пг/мл. Рівень прогестерону у жінок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення становив $11,59 \pm 0,32$ нг/мл, що було нижче, ніж у здорових жінок - $18,25 \pm 0,13$ нг/мл.

При дослідженні гормонального гомеостазу на 21 день менструального циклу встановлено, що у жінок основної та контрольної групи вміст ФСГ дорівнював - $4,37 \pm 1,86$ мМО/мл та $4,83 \pm 1,47$ мМО/мл відповідно. Рівень ЛГ у жінок досліджуваних груп був $12,72 \pm 0,69$ мМО/мл із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення та $13,02 \pm 1,79$ мМО/мл у здорових жінок. Концентрація естрадіолу в основній і в контрольній групах жінок практично не відрізнялася і складала $48,33 \pm 3,91$ пг/мл та $51,63 \pm 3,1$ пг/мл відповідно, на відміну від прогестерону, де цей показник у жінок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення був достовірно нижчим $12,43 \pm 0,17$ нг/мл, ніж у здорових жінок $13,29 \pm 0,14$ нг/мл.

Таким чином, при аналізі гормонального фону жінок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення встановлено зниження вмісту ЛГ в перiovуляторну фазу, естрадіолу в ранню фолікулінову та перiovуляторну фази та прогестерону протягом всього менструального циклу на фоні підвищеної концентрації ФСГ та тестостерону в фолікуліновій фазі порівняно зі здоровими жінками, що свідчить про гормональні порушення, які координують діяльність репродуктивної системи жінки. Окрім цього, саме в залежності від концентрації гонадотропних та стероїдних гормонів формується той чи інший тип ураження, в основі якого лежать різні морфологічні зміни в репродуктивних органах жінки.

Зміна співвідношення стероїдних гормонів у жінок основної групи відбувається за рахунок зниження рівня прогестерону на фоні відносного збільшення естрадіолу в результаті недостатньої функції жовтого тіла при ovуляторному циклі, а також збільшення концентрації естрадіолу при персистенції чи відсутності домінантного фолікула, передчасній лютеїзації домінантного фолікула при ановуляторному циклі.

Висновки

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про зміни гормонального статусу у жінок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення, що вказує на порушення як гіпофізарної ланки регуляції стероїдогенезу, так і безпосередньо гормональної функції яєчників та вказують на доцільність вивчення гормонального гомеостазу в жінок із хронічним сальпінгоофоритом у стадії загострення, відкривають нові перспективи визначення ланок патогенезу захворювання та сприяють розробці ефективних методів лікування даного патологічного стану, який негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінки.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Вихляева Е.М.* Руководство по эндокринной гинекологии. М: МИА; 2002.- 755 с.
2. *Вовк І.Б., Корнацька А.Г., Хомінська З.Б., Кондратюк В.К., Трохимович О.В.* Ендокринні характеристики менструальної функції та гормональний спектр фолікулярної рідини у жінок з кістозними пухлиноподібними новоутвореннями яєчників // Репродуктивное здоровье женщины.-2007.-№1.-С. 156-159.
3. *Нейрогормональна регуляція функції жіночої репродуктивної системи у період її становлення в нормі та при патології.* Матеріали симпозіуму.-Харьків.-2001.-174 с.

4. Писарева С.П., Корнацька А.Г. Бесплодный шлюб: роздуми та проблеми // Нова медицина.-№2 (19).-2005.-С.16-21.
5. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Липовенко Л.Н. и др. Дифференцированная гормональная терапия недостаточности лютеиновой фазы с учетом морфофункционального состояния эндометрия // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003.-№4.-С.67-71.
6. Сехин С.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: просто о сложном // Consilium medicum.-2012.-Т.14.-№6.- С. 48-53.
7. Теория и практика гинекологической эндокринологии: Учебно-методическое пособие З.М. Дубоссарская (ред.). Днепропетровск: ЧП „Лири ЛТД”; 2005.

УДК 618.3/5-055.2-056.52-06:616-008.9:616.43

СТАН КЛІТИННОГО І ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ВАГІТНИХ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА І МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

ДИНДАР О.А., БЕНЮК В.О., НИКОНЮК Т.Р.

м. Київ

На сучасному етапі дослідники всіх галузей клінічної медицини звертають особливу увагу на вивчення проблеми надлишкової маси тіла і метаболічного синдрому (МС) як однієї з основ багатьох соціально значущих патологічних станів. Частота ожиріння продовжує зростати і на сьогоднішній день складає від 29,7% до 35,5% жіночого населення. Розвиток МС залежить від маси тіла і корелює з індексом маси тіла (ІМТ). Серед жінок з надлишковою масою тіла розповсюдженість МС складає 22-28%, а серед тих, хто страждає на ожиріння до 50-60% [1, 4, 7].

Акушерська патологія у жінок із МС є наслідком порушень адаптивних і компенсаторно-захисних механізмів, дисбалансом діяльності регуляторних систем, порушенням нейрогуморальних співвідношень, розвитком синдрому імунологічної дисфункції [5, 8]. Одним із найбільш дискусійних питань при оцінці перебігу вагітності у жінок з різним ІМТ і МС є наявність імунологічних розладів, а також можливість їх прогресування впродовж всього терміну гестації. Аналіз літератури засвідчує, що вагітні жінки з підвищеним ІМТ мають високий ризик розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, серед яких провідне місце займає невиношування вагітності [2, 3, 6].

Імунна система, яка контролює сталість клітинного і гуморального складу, в будь-якому стані організму постійно працює, хоч і з різним ступенем активності. Під час вагітності, особливого стану організму, відбувається порушення імунологічної реактивності, що зумовлено випадінням одного або декількох компонентів імунного апарату або тісно взаємодіючих з ним неспецифічних факторів [6, 9].

Мета роботи: вивчення порівняльних аспектів порушень системного імунітету у вагітних жінок з різним індексом маси тіла і метаболічним синдромом.

Матеріал і методи дослідження

Нами проведено вивчення антигенних маркерів клітинного і гуморального імунітету 175 вагітних з різним ІМТ і МС.

Першу (основну) групу спостереження склали 122 жінки з порушеннями жирового обміну, згідно з критеріями включення в дослідження (аліментарно-конституціональне ожиріння; індекс маси тіла (ІМТ) > 30), з яких

- підгрупа 1.1 – 52 жінки з ІМТ від 30,0 до 40,0 без ознак МС;
- підгрупа 1.2 – 39 жінок з ІМТ від 30,0 до 40,0 та встановленим МС;
- підгрупа 1.3 – 31 жінка з встановленим МС та ІМТ > 40,0.