

Список літератури

1. Старинець Н. Г. Тривожні розлади у хворих на множинний склероз / Н.Г. Старинець // *Міжнародний неврологічний журнал*. - 2010. - № 7 (37). - С. 50-52.
2. Beal C. C. Depression in multiple sclerosis: a longitudinal analysis / C.C. Beal, A.K. Stuifbergen, A. Brown // *Arch. Psychiatr. Nurs.* - 2007. - Vol. 21. - P. 181-191.
3. Cochrane G. D. The association between fatigue and apathy in patients with either Parkinson's disease or multiple sclerosis / G.D. Cochrane, S. Rizvi, A.M. Abrantes // *Parkinsonism and Related Disorders*. - Vol. 21. - 2015. - P. 1093-1095.
4. Diaz-Olavarrieta C. Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis / C. Diaz-Olavarrieta, J.L. Cummings, J. Velazques // *J. Neuropsych. Clin Neurosci.* - 1999. - Vol. 54. - P. 1116-1121.
5. Feinstein A. The clinical neuropsychiatry of multiple sclerosis / Feinstein A. - Cambridge University Press, 2007. - 265 p.
6. Folstein M. F. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh // *J. Psychiatr. Res.* - 1975. - Vol. 12. - P. 189-198.
7. Korostil M. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients / M. Korostil, A. Feinstein // *Multiple sclerosis*. - 2007. - № 17. - P. 67-72.
8. Kurtzke J. F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) / J.F. Kurtzke // *Neurol.* - 1983. - Vol. 33. - P. 1444-1452.
9. McDonald I.W. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the diagnosis of Multiple Sclerosis / I.W. McDonald, A. Compston, G. Edan // *Ann. Neurol.* - 2001. - Vol. 50, № 1 - P. 121-127.
10. Rabins P. V. Euphoria in multiple sclerosis / Rabins P.V. // *Neurobehavioral Aspects of Multiple Sclerosis*; ed. Rao. - New York: Oxford University Press, 1990. - P. 180-185.
11. Raimo S. Apathy in multiple sclerosis: a validation study of the apathy evaluation scale / S. Raimo, L. Trojano, D. Spitaleri // *J. Neurol Sci.* - 2014. - Vol. 15. (347). - P. 295-300.

Старинець Н.Г., Старинець Г.А.

ДИСФОРІЧЕСЬКІ І АПАТИЧЕСЬКІ РОСТРОЙСТВА У БОЛЬНИХ С РАССЕЯННИМ СКЛЕРОЗОМ

Резюме. *Обследовано стационарно 210 пацієнтів з розсіяним склерозом на базі неврологічного відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні. Синдром дисфорії і апатії діагностований в 3,55% відповідно. Дисфорія пов'язана з полом (мужської), рівнем освіти (низкий), місцем проживання (сільська місцевість) і ступенем інвалідизації EDSS. Соціодемографічні показники і ступінь інвалідизації EDSS не впливають на апатичні прояви.*

Ключові слова: *розсіяний склероз, дисфорія, апатія, коваріаційний аналіз.*

Starynets N.G., Starynets G.A.

DYSPHORIC AND APATHETIC DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Summary. *The study involved 210 patients with multiple sclerosis who were examined at the in-patient neurological department of Vinnytsia Regional Neuropsychiatric Hospital. Dysphoria and apathy syndrome was diagnosed in 3.55% cases respectively. Dysphoria is related to the sex (male), level of education (low), place of residence (rural) and degree of disability EDSS (average). Sociodemographic indicators and degree of disability EDSS do not affect the apathetic presentation.*

Key words: *multiple sclerosis, dysphoria, apathy, covariance analysis.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Римша С.В.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2016р.

Старинець Наталія Георгіївна - к.мед.н., доц. кафедри неврології та нейрохірургії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(093)7509996; nstarynets@mail.ru

Старинець Георгій Олексійович - к.мед.н., доц. кафедри неврології та нейрохірургії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(0432)550776; gstarynets@gmail.com

© Шурпяк С.О.

УДК: 618.177-07

Шурпяк С.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО (вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010)

Д-СТАТУС ПАЦІЄНТОК З ДИСГОРМОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ І КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Резюме. *У статті наведені дані щодо поширеності дисфункції щитоподібної залози, метаболічних порушень у жінок з дисгормональною патологією репродуктивних органів. За результатами обстеження 150 пацієнток з дисгормональними поєднаними процесами репродуктивних органів, встановлено значну поширеність дисфункції щитоподібної залози (43,7%) надлишкової маси тіла (46,7%) та дисбалансу вітаміну D. Вкрай важкий дефіцит вітаміну D ($8,98 \pm 1,68$ нг/мл) виявлений у 21,3%, дефіцит вітаміну D у 60,0% жінок основної групи. Тільки у 18,7% пацієнток з дисгормональною патологією репродуктивних органів і коморбідними станами мав місце близький до оптимального рівень вітаміну D ($27,25 \pm 1,45$ нг/мл).*

Ключові слова: *вітамін D, коморбідна патологія, дисгормональні захворювання репродуктивних органів.*

Вступ

Роль вітаміну D в організмі протягом останніх років широко вивчається. Вітамін D традиційно відносять до групи жиророзчинних вітамінів, однак на відміну від інших вітамінів він не є вітаміном в класичному розумінні, оскільки вітамін D біологічно не активний; не є кофактором жодного з відомих ферментів; самостійно синтезується в організмі подібно всім стероїдним гормонам; за рахунок двоступеневої метаболізації в організмі перетворюється в активну гормональну форму; виявляє різноманітні біологічні ефекти за рахунок взаємодії зі специфічними рецепторами в органах-мішенях [1].

В організм людини вітамін D₂ (ергокальциферол) поступає у невеликих кількостях, до 20-30% від потреби. Друга природна форма вітаміну D - вітамін D₃ (холекальциферол) є найближчим аналогом вітаміну D, який практично не залежить від поступлення ззовні. Холекальциферол утворюється в організмі з попередника - провітаміну D₃ (7-дегідрохолестерину) в дермальному шарі шкіри, під впливом короткохвильового ультрафіолетового опромінення [2].

Синтез вітаміну D залежить від географічної широти, забрудненості атмосфери, одягу, рівня меланіну і впливу сонячних променів. Будь-який з цих факторів може стати передумовою виникнення дефіциту вітаміну D, не кажучи про недостатнє споживання вітаміну D при різноманітних дієтах, порушеннях метаболізму вітаміну D, кишковій мальабсорбції і генетичних порушеннях [3].

Сучасні дослідження, проведені в різних країнах, свідчать про проблему недостатності / дефіциту вітаміну D у людей різного віку, національності, незалежно від географічних широт і його харчового споживання, при цьому навіть у тих країнах, де нестачі сонячних днів не спостерігається [4]. Недостатність вітаміну D спостерігається практично у всіх регіонах світу. Так, у країнах, розташованих в північних широтах, взимку велика частина ультрафіолетового випромінювання поглинається атмосферою і в період з жовтня по березень синтез вітаміну D₃ практично відсутній. Водночас темпи збільшення дефіциту вітаміну D є найвищими в країнах Близького Сходу та Південної Азії. Люди, що живуть в екваторіальній області з високим рівнем природної інсоляції, мають близький до нормального рівень 25 (ОН) D - вище 30 нг/мл. Однак у найбільш сонячних регіонах Землі дефіцит вітаміну D поширений через носіння одягу, що повністю закриває тіло. У дослідженнях, проведених в Саудівській Аравії, ОАЕ, Австралії, Туреччині, Індії та Лівані від 30 до 50% дітей і дорослих мають рівень 25 (ОН) D нижче 20 нг/мл. Результати досліджень, проведених в Австралії, Саудівській Аравії, Індії, північних країнах Європи та південних штатах США, засвідчили, що незалежно від країни проживання (це визначає рівень сонячної активності), 30-50% дітей та підлітків мають дефіцит вітаміну D [4]. Чис-

ленні дослідження, проведені в північній і південній частинах Індії, показали, що приблизно 75-85% обстежених страждають від різного ступеня дефіциту вітаміну D або від гіповітамінозу. Субоптимальні значення та дефіцит вітаміну D реєструються у людей похилого віку в Європейських країнах та США більше на півдні, ніж на півночі, при цьому у жінок дефіцит вітаміну D виявляється у 50% випадків [3, 4]. Таким чином, урбанізація, стиль життя сучасної людини, застосування сонцезахисних засобів, старіння населення Землі, поширеність ожиріння та ряд інших факторів є причинами епідемії гіповітамінозу D [5].

Львівська область розташована в межах 48° - 50° північної широти, належить до регіонів зі значною хмарністю протягом року - в середньому на рік налічується до 50-60 сонячних днів, 150 хмарних і 150-165 днів зі змінною хмарністю, що є передумовою розвитку недостатності / дефіциту вітаміну D у широких верствах населення.

Доброякісні проліферативні захворювання жіночої репродуктивної системи - міома матки, генітальний ендометріоз, гіперплазія ендометрію, мастопатія займають провідне місце в структурі загальної гінекологічної захворюваності, причому поєднана патологія становить від 30 до 90% [6]. Надзвичайно широка їх поширеність, а також висока частота поєднаної патології (т. зв. "гіперпластичного синдрому") негативно впливають на якість життя і стан репродуктивного здоров'я жінок, що надає цій важливій медичній проблемі соціальну значимість.

Отримані на сьогодні дані свідчать, що вітамін D бере участь у регуляції проліферації і диференціювання клітин всіх органів і тканин, у тому числі клітин крові й імуннокомпетентних клітин. Антипроліферативна і стимулююча диференціювання клітин активність вітаміну D дозволила припустити його роль в розвитку і пригніченні проліферативних процесів ряду органів, в тому числі репродуктивних (молочної залози, яєчників тощо) [7]. За даними епідеміологічного аналізу встановлено зниження ризику злоякісних новоутворень різної локалізації на 25 - 35% при концентрації 25 (ОН) D більше 30 нг/мл [9].

Мета - оцінка вітамін-D статусу жінок з дисгормональними процесами репродуктивних органів і коморбідними станами.

Матеріали та методи

Проведено обстеження 150 жінок, мешканок м. Львова та Львівської області, віком від 18 до 40 років з доброякісними дисгормональними захворюваннями репродуктивних органів (основна група). Групу контролю склали 40 жінок без гінекологічної патології.

Вивчення соматичного статусу, об'єктивне загально-соматичне, клініко-лабораторне, гінекологічне обстеження проводили рутинними методами.

УЗД молочних залоз, щитоподібної залози (ЩЗ),

органів малого тазу проводили в режимі реального часу за стандартними методиками на ультразвуковому апараті Sono Ace 9900. Рівні тропних гормонів гіпофізу, стероїдних гормонів яєчників, гормонів ЩЗ, антитіл до тиропероксидази у сироватці крові визначали імунохемілюмінісцентним методом з використанням тест-систем Roche Diagnostics (Швейцарія) на аналізаторі Cobas 6000.

Рівень 25(OH)D у венозній крові пацієнток визначали імунохімічним методом з електрохемілюмінісцентною детекцією (ECLIA) на аналізаторі Cobas 6000 (тест-системи Roche Diagnostics, Швейцарія). Враховуючи географічне розташування Львівського регіону, оцінку D-статусу проводили згідно рекомендацій експертів Центральної Європи, за якими за норму приймали рівень 25(OH)D 30-50 нг/мл, близький до оптимального - 20-30 нг/мл, 10-19,9 нг/мл - дефіцит вітаміну D, менше 5 нг/мл - вкрай важкий дефіцит вітаміну D [3, 4]. Вивчення D-статусу пацієнток проводилося в період жовтень - березень для нівелювання сезонних коливань D-статусу організму. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням програм Microsoft Excel 5.0, Statistica 6.0.

Результати. Обговорення

Фіброзно-кістозна мастопатія була діагностована у 100 (66,7 %) пацієнток основної групи (у всіх жінок були клінічні ознаки ФКМ, підтвердженої сонографічно). Дифузна форма аденоміозу діагностована у 67 (44,7 %) жінок, зовнішній генітальний ендометріоз - у 37 (24,7 %), гіперплазія ендометрію - 82 (54,8 %), що свідчить про поширеність поєднаної дисгормональної патології репродуктивних органів.

Вивчення поширеності патології коморбідної патології, зокрема дисфункції щитоподібної залози, у жінок з дисгормональною патологією репродуктивної системи, засвідчило значну поширеність патології ЩЗ серед досліджуваної верстви жінок. Так, еутиреоїдний стан мав місце тільки у 86 (57,3 %) жінок основної групи при 92,5 % (37) - у жінок контрольної групи ($p < 0,01$). Однак, у той же час дифузний зоб I-II ступеня мав місце у 18 (20,9%) пацієнток основної групи без порушення функції ЩЗ, а діагностичний титр антитіл до пероксидази виявлявся у 20 (23,3 %) жінок з еутиреоїдним станом основної групи і 5 (12,5 %) - контрольної групи. Наявність аутоімунного тиреоїдиту з розвитком субклінічного гіпотиреозу діагностовано у 51 (34,0 %) пацієнтки основної групи, лікування з приводу маніфестного гіпотиреозу отримували 7 (4,7 %) і з приводу субклінічного та маніфестного гіпертиреозу - 6 (4,0 %) жінок. Таким чином, слід відмітити, що дисфункція щитоподібної залози, яка виявляється більш ніж у половини пацієнток з поєднаною дисгормональною патологією репродуктивних органів, має розглядатись як коморбідний стан, що патогенетично пов'язаний з розвитком дисгормональної патології репродуктивної системи.

Репродуктивні втрати, штучне переривання вагітності і пов'язані з ними наступні гормональні порушення достовірно частіше спостерігалися ($p < 0,001$) у групі жінок з доброякісними дисгормональними захворюваннями репродуктивних органів. Порушення МЦ були переважаючою скаргою жінок в основній групі (68,7 %), масталгія мала місце у 71 (47,3 %) пацієнтки при відсутності в групі контролю, однак циклічну мастодінію відзначали також 3 (7,5 %) жінок групи контролю, в той час як подібні скарги висловлювали 55 (36,7 %) пацієнток основної групи ($p < 0,05$).

Результати дослідження підтвердили дані літератури про значущість метаболічних розладів для поширеності та клінічних проявів дисгормональних процесів репродуктивних органів. Надлишкову масу тіла або ожиріння мали 70 (46,7 %) жінок основної групи, переважно з субклінічним гіпотиреозом. Даними багатьох авторів стверджується обернений зв'язок між рівнем 25(OH)D та індексом маси тіла (ІМТ) понад 30 кг/м²: ожиріння асоціюється з дефіцитом вітаміну D [1; 2; 9].

Вкрай важкий дефіцит вітаміну D ($8,98 \pm 1,68$ нг/мл) виявлений у 32 (21,3 %), дефіцит вітаміну D ($14,97 \pm 1,74$ нг/мл) - у 90 (60,0 %) жінок основної групи. Тільки у 28 (18,7 %) пацієнток з поєднаними дисгормональними розладами мав місце близький до оптимального рівень вітаміну D ($27,25 \pm 1,45$ нг/мл), тоді як серед жінок контрольної групи близький до оптимального рівень вітаміну D ($26,07 \pm 2,25$ нг/мл) виявлений у 30 (75,0 %) жінок ($p < 0,001$), а у 10 (25,0 %) - оптимальний рівень вітаміну D ($34,9 \pm 2,73$ нг/мл). Слід зазначити, що більш виражений дефіцит вітаміну D (рівень 25(OH) D від 5,9 до 15 нг/мл) частіше виявлявся у жінок з надлишковою масою тіла (ІМТ 27-29,9 кг/м²) та ожирінням (ІМТ 30,0-34,9 кг/м²) ($p < 0,01$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Для пацієнток з дисгормональною патологією репродуктивних органів та патогенетично пов'язаною коморбідною патологією (дисфункція щитоподібної залози, метаболічні порушення), мешканок м. Львова та Львівської області характерним є дефіцит вітаміну D різного ступеня вираженості.

2. Виявлений взаємозв'язок дефіциту вітаміну D, субклінічного гіпотиреозу та надлишкової маси тіла у жінок з поєднаною доброякісною дисгормональною патологією репродуктивних органів вимагає розробки і впровадження у практику діагностично-лікувального алгоритму для пацієнток груп ризику дисгормональної патології репродуктивних органів для покращення найближчих та віддалених наслідків лікування.

Враховуючи плейотропні ефекти вітаміну D, необхідним є вивчення впливу нормалізації D-статусу на перебіг дисгормональних процесів репродуктивних органів.

Список літератури

1. Шилін Д. Е. Вітамін-гормон D в клініці XXI століття: плейотропні ефекти і лабораторна оцінка (лекція) / Д.Е. Шилін // Клінічна лабораторна діагностика. - 2010. - № 12. - С. 17-23.
2. Bikle D. Nonclassic actions of Vitamin D / D. Bikle // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2009. - Vol. 94. - P. 26-34.
3. Holick M. F. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences / M.F. Holick, T.C. Chen // The American journal of clinical nutrition. - 2008. - Vol. 87 (4). - P. 1080S-1086S.
4. Lips P. Worldwide status of vitamin D nutrition / P. Lips // J. Steroid Biochem. Mol. Biol. - 2010. - Vol. 121 (1-2). - P. 297-300.
5. Aloia J. F. Clinical Review: The 2011 report on dietary reference intake for vitamin D: where do we go from here? / J.F. Aloia // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2011. - Vol. 96. - P. 2987-2996.
6. Кэттайл В. М. Патофизиология эндокринной системы / В.М. Кэттайл, Р.А. Арки. - СПб.-М.: "Невский диалект" - "Изд-во БИНОМ", 2001. - 336 с.
7. Lerchbaum E. Mechanisms in endocrinology: Vitamin D and fertility: a systematic review / E. Lerchbaum, B. Obermayer-Pietsch // Eur. J. Endocrinol. - 2012. - Vol. 166. - P. 765-778.
8. Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of a randomized trial / J.M. Lappe, D. Travers-Gustafson, K. M. Davies [et al.] // Am. J. Clin. Nutr. - 2007. - Vol. 85. - P. 1586-1591.
9. Garland C. F. Vitamin D for cancer prevention: global perspective / C.F. Garland // Ann. Epidemiol. - 2009. - Vol. 19. - P. 468-483.

Шурпяк С.А.

D-STATUS ПАЦИЕНТОК С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. В статье представлены данные относительно распространенности дисфункции щитовидной железы, метаболических нарушений у женщин с дисгормональной патологией репродуктивных органов. По результатам обследования 150 пациенток с дисгормональными сочетанными заболеваниями репродуктивных органов, установлена значительная распространенность дисфункции щитовидной железы (43,7 %) избыточной массы тела (46,7%) и дисбаланса витамина D. Крайне тяжелый дефицит витамина D ($8,98 \pm 1,68$ нг/мл) обнаружен у 21,3 %, дефицит витамина D - у 60,0 % женщин основной группы. Только у 18,7 % пациенток с дисгормональной патологией репродуктивных органов и коморбидными состояниями имел место близкий к оптимальному уровень витамина D ($27,25 \pm 1,45$ нг/мл).

Ключевые слова: витамин D, коморбидная патология, дисгормональные заболевания репродуктивных органов.

Shurpyak S.A.

D-STATUS OF PATIENTS WITH DISHORMONAL DISEASES OF REPRODUCTIVE ORGANS AND COMORBID PATHOLOGY

Summary. The article presents data on the prevalence of thyroid dysfunction, metabolic disorders in women with dishormonal pathology of reproductive organs. Based on the results of a survey of 150 patients with dishormonal combined diseases of the reproductive organs, a significant prevalence of thyroid dysfunction (43.7%) was found in overweight (46.7%) and vitamin D imbalance. Extremely severe vitamin D deficiency (8.98 ± 1.68 ng/ml) was found in 21.3%, vitamin D deficiency in 60.0% of the women in the main group. Only 18.7% of patients with dishormonal pathology of the reproductive organs and comorbid conditions had a close to optimal level of vitamin D (27.25 ± 1.45 ng/ml).

Key words: vitamin D, comorbid pathology, dishormonal diseases of reproductive organs.

Рецензент - д.мед.н., проф. Пирогова В.І.

Стаття надійшла до редакції 21.11.2016р.

Шурпяк Сергій Олександрович - к.мед.н., докторант кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО ЛНМУ імені Д. Галицького; +38(097)0514221; shurpyak_serhiy@yahoo.com

© Чайка Г.В., Яремчук Л.В., Каретна А.О.

УДК: 618.14-007.61:618.1-002.2:612.6

Чайка Г.В., Яремчук Л.В., Каретна А.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ

Резюме. В статті наведені результати дослідження етіопатогенетичних факторів розвитку гіперплазії ендометрію у жінок репродуктивного віку на основі аналізу ультрасонографічних ознак даного захворювання. Вивчено та висвітлено основні причини виникнення гіперплазії ендометрію. Проведено патоморфологічне дослідження тканин ендометрію у даної категорії пацієнток. Досліджено роль хронічних запальних захворювань малого тазу в патогенезі виникнення гіперплазії ендометрію. В результаті отриманих даних, представлено схему лікування та реабілітаційної терапії у жінок з наявними факторами розвитку гіперплазії ендометрію на тлі перенесених запальних захворювань органів малого тазу із застосуванням ензимних препаратів місцевої дії.

Ключові слова: гіперплазія ендометрію, запальні захворювання органів малого тазу, реабілітація репродуктивної функції.