

9. Старостина Т.А. Современные вопросы патогенеза и терапии невынашивания беременности. Акушерство и гинекология. 2002;5: 59 -61.
10. Вознесенская Т.Г. Ожирение и метаболизм. 2004; 2: 2-5.
11. Ершова Е.В, Колесникова Г.С, Бутрова С.А. Ожирение и метаболизм. 2004; 1: 34-7.
12. Прилепская В.Н. Гинекология. 2002; 4 (1): 30-2.
13. Бутрова С.А. Лечащий врач. 1999; 7: 32-6.
14. Willis DS, Mason D et al. J Clin Endocrinol Metabol 1998; 83: 39-84.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКУ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

ЯРОЦЬКИЙ М.С., ДЕМ'ЯНЕНКО Л.В.

м. Київ

Збереження репродуктивної функції у жінок фертильного віку на теперішній час являє собою одну з основних задач гінекології. В структурі гінекологічної патології доброякісні захворювання матки займають одне з провідних місць, так частота лейоміоми матки становить 35-45% серед жінок віком після 35 років, внутрішнього ендометріозу 8-10%, гіперпластичних станів ендометрію - 10% .

Основними патогенетичними ланками розвитку доброякісних захворювань матки є порушення балансу у гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі, включаючи ФСГ, ЛГ, пролактин, прогестерон, естрогени та андрогени, а також особливості рецепторного апарату до стероїдних гормонів та формування локальних автономних механізмів підтримки росту (локальна продукція естрогенів із андрогенів).

Досить частою ендокринологічною проблемою є метаболічний синдром. Частота метаболічного синдрому серед жінок на 50% більше, ніж серед чоловіків, його розповсюдженість серед населення розвинутих країн становить 25% . На сьогоднішній день під метаболічним синдромом розуміють поєднання цілого ряду патологічних феноменів, до яких належать, насамперед, порушення толерантності до вуглеводів чи цукровий діабет 2-го типу, дисліпідемію, артеріальну гіпертензію та абдомінальний тип ожиріння. Більшість дослідників на сьогоднішній день вважають, що в основі патогенезу метаболічного синдрому лежить інсулінорезистентність. Одночасно однією з причин гіперестрогенемії, одного з патогенетичних факторів розвитку доброякісних захворювань матки є також інсулінорезистентність.

Матеріали і методи дослідження

Комплексне загально-клінічне обстеження жінок проводилося із застосуванням клініко-лабораторних та ультразвукових методів на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, а також у гінекологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №18. Було обстежено 130 жінок, які розділені на 3 групи: 1- жінки репродуктивного віку з метаболічним синдромом та доброякісними захворюваннями матки, 2- жінки репродуктивного віку без метаболічного синдрому та 3- практично здорові жінки.

Стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи вивчався шляхом визначення рівня гонадотропних гормонів фолікулостимулюючого, лютеїнозуючого, пролактину та статевих стероїдних гормонів: естрадіолу, прогестерону, тестостерону, дегідроепіандростерону під час обстеження на 5-7 день менструального циклу та прогестерону на 19-21 день менструального циклу. Визначення даних гормонів проводилося радіоімунним методом за допомогою стандартних наборів.

Оперативне лікування з приводу доброякісних захворювань матки лапаротомічним та лапароскопічним методом з подальшим морфологічним дослідженням видаленого матеріалу та імуногістохімічним дослідженням рецепторів естрогенів, прогестерону та андрогенів з використанням первинних антитіл до естрогенів, прогестерону та андрогенів.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті загально-клінічного дослідження було визначено, що жінки 1 групи мають більш раннє менархе, більш часте безпліддя, полікістоз яєчників, більше соматичної патології, швидший темп розвитку доброякісних захворювань матки в порівнянні з 2 та 3 групами.

При лабораторному обстеженні звертає на себе увагу наявність в 1-й групі не тільки абсолютної і відносної гіперестрогенемії, як і в 2-й групі, а й наявність гіперандрогенемії.

При морфологічному та імуногістохімічному обстеженні виявлено, що наявність метаболічного синдрому у хворих з лейоміомою тіла матки супроводжується розвитком гіперпластичних процесів в ендометрії, які проявляються гіперплазією як залозистого, так і стромального компонентів та утворенням поліпозних структур. Лейоміома тіла матки супроводжується експресією рецепторів стероїдних гормонів, особливо прогестерону. У випадку метаболічного синдрому в клітинах лейоміоми, зокрема гладко м'язових клітинах стінок судин, спостерігається змінена реакція на андрогенні рецептори. В цілому чутливість до стероїдних гормонів більш виражена в клітинних та субмукозних лейоміомах, ділянках проліферації пухлини і, навпаки, експресія їх знижується в зонах фіброзу та гіалінозу.

Висновки

Зазначені дані дозволяють зробити висновок про те, що у жінок репродуктивного віку з доброякісними захворюваннями матки і метаболічним синдромом на відміну від жінок без метаболічного синдрому відбуваються порушення в синтезі як естрогенів і прогестерону, так і андрогенів. Крім того, виявлення андрогенних рецепторів у тканинах міоматозних вузлів дає можливість застосовувати антиандрогени та інгібітори ароматазу у лікуванні цієї патології з метою збереження репродуктивної функції жінки.

УДК 618.3+618.39:618.7:616-092:618.1-06

ВАГІТНІСТЬ ПРИ АСОЦІАЦІЇ ВІЛ ТА ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

АНОШИНА Т.М.

м.Київ

Відповідно до концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки питання протидії даному захворюванню є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань України, зокрема, щодо виконання Декларації Цілей розвитку тисячоліття Організації Об'єднаних Націй та Політичної декларації 2011 року з активізації зусиль для викорінення ВІЛ/СНІДу [1]. Цілі Політичної декларації 2011, що визначають першочергові кроки на період до 2015 року: зупинити епідемію ВІЛ-інфекції, скоротити вдвічі передачу ВІЛ статевим та ін'єкційним шляхом, унеможливити передачу ВІЛ від матері до дитини та забезпечити доступ до антиретровірусної терапії (АРТ) для всіх, хто її потребує [2].

ООН наголошує на тому, що епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається найсерйознішою на європейському континенті і класифікується як концентрована. За даними Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Україна віднесена до країн, де спостерігаються найвищі темпи поширення ВІЛ у Європі [3, 4].