

ТЕЗИ

(матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Актуальні питання охорони материнства та дитинства в Україні»,
24-25 вересня, м.Київ)

ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАН ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ ТА ПОРУШЕННЯМИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

БОЙЧУК О.Г.

Національна медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика

На сьогоднішній беззаперечним є взаємозв'язок між репродуктивною та гепатобіліарною системами. З одного боку, у пацієнтів з безпліддям часто виявляються захворювання печінки і жовчовивідних шляхів, що сприяють розвитку порушень метаболізму естрогенів, з іншого - надлишок в крові деяких статевих стероїдів несприятливо впливає на функції печінки.

Матеріали і методи

Досліджено 120 жінок з безпліддям: 60 жінок з функціональними порушеннями гепатобіліарної системи (1-а група), 60 жінок без таких порушень склали 2-у групу. 40 здорових жінок склали контрольну групу.

Для визначення вмісту гормонів (лютеїнізуючого гормону – ЛГ, фолікулостимулюючого гормону – ФСГ, пролактину – ПРЛ, вільного тестостерону – Т, естрадіолу – Е2, прогестерону – П) в сироватці периферичної крові використовували радіоімунологічні методи.

Результати і обговорення

У пацієток 1 та 2 групи у фолікулінової фази менструального циклу концентрація ЛГ була суттєво підвищеною, причому у жінок з порушеннями гепатобіліарної системи вона була достовірно вищою за показник жінок без таких порушень ($8,70 \pm 0,11$ проти $6,35 \pm 0,23$ та $5,03 \pm 0,15$ МО/л у жінок 2-ї та контрольної групи, $p < 0,05$). Рівень ПРЛ був достовірно підвищеним у пацієток 1-ї групи відносно жінок контрольної групи ($9,11 \pm 0,18$ проти $8,43 \pm 0,22$ нг/мл, $p < 0,05$). У період овуляції рівень ФСГ та ЛГ у жінок основних груп був достовірно меншим за такий в контролі ($p < 0,05$). У середню лютеїнову фазу менструального циклу (МЦ) відмічено достовірне зниження ЛГ у жінок 1-ї групи. Такі зміни гонадотропних гормонів вказують на ознаки гіперандрогенемії.

Рівень Е2 у пацієток з безпліддям на 5-й день МЦ достовірно перевищував рівень жінок контрольної групи ($p < 0,05$), на 21-й день МЦ по-

казник жінок контрольної групи та 2-ї групи підвищився, а у пацієток 1-ї групи навіть знизився і був достовірно зменшеним відповідно показника жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

Рівень П на 21-й день МЦ при наявності гепатобіліарних порушень був достовірно зниженим як відносно пацієток контрольної групи, так і жінок 2-ї групи ($p < 0,05$). Співвідношення П/Е2 у пацієток 1-ї групи в ранню лютеїнову фазу (21 день МЦ) було суттєво зниженим ($p > 0,05$), що свідчить про дисбаланс статевих гормонів (певну прогестеронову недостатність та гіперестрогенемію). Рівень Тв у жінок з безпліддям обох основних груп суттєво перевищував такий у пацієток контрольної групи ($p < 0,05$).

Висновки

При дослідженні гормонального статусу за рівнем гормонів у сироватці крові жінок з безпліддям та захворюваннями гепатобіліарної системи встановлено дисбаланс гонадотропних та статевих гормонів, який вказує на певну прогестеронову недостатність, ознаки гіперестрогенемії, гіперандрогенемії та гіперпролактинемії.

Отримані результати є теоретичним підґрунтям включення до комплексної терапії лікування безпліддя у жінок при наявності гепатобіліарних порушень препаратів, які покращують функцію печінки.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНПРОДУЦИРУЮЩИХ ФУНКЦИЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

ГАНЧЕВА Е.В., ГОРБАЧ Т.В

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии № 2, г. Харьков

Пиелонефрит у беременных является одной из причин плацентарной дисфункции, что находит выражение в учащении случаев преэклампсии, синдрома задержки роста плода, преждевременной отслойки плаценты и пр.

Изучение метаболизма плаценты при пиелонефрите беременных является актуальной задачей.

Цель исследования – на основании определения содержания холестерина и прогестерона в плацентарной ткани при наличии пиелонефрита у беременных.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на кафедре акушерства и гинекологии №2 ХНМУ, на базе Харьковского регионального перинатального центра КЗОЗ «ОКЛ ЦМД и МК». Обследовано 106 беременных. Все женщины были разделены на 3 группы: 1) группа сравнения – 20 женщин с нормально протекающей беременностью и родами, в возрасте 22-35 лет, 2) беременные с гестационным пиелонефритом - 28 женщин, в возрасте 17-39 лет, 3) беременные с хроническим пиелонефритом - 58 женщин, в возрасте 23-40 лет.

Материалом для исследования явился гомогенат плаценты. Образцы плаценты измельчали на холоде, гомогенизировали в гомогенизаторе Поттера, центрифугировали. Надосадочную жидкость использовали для определения биохимических показателей.

Концентрацию холестерина в гомогенате плаценты определяли с помощью наборов реагентов фирмы «Ольвекс» (Россия). Содержание прогестерона в плаценте определяли иммуноферментным методом с помощью наборов реагентов фирмы «Вектор БЕСТ» (Россия).

Результаты исследования и их обсуждение

В плацентарной ткани уровень холестерина был изначально высокий, так как холестерин является метаболитическим предшественником стероидных гормонов плаценты, в том числе прогестерона. Оценка содержания холестерина и прогестерона в гомогенатах плаценты показала, что уровень холестерина был достоверно ниже в плацентах при хроническом пиелонефрите в стадии обострения и при гестационном пиелонефрите. В группе женщин с физиологически протекающей беременностью уровень холестерина составил $26,65 \pm 1,34$ мкг/г ткани, в группе гестационного пиелонефрита - $17,93 \pm 1,25$ мкг/г ткани ($p < 0,01$), в группе хронического пиелонефрита в стадии обострения - $19,86 \pm 1,09$ мкг/г ткани ($p < 0,02$), в группе хронического пиелонефрита в стадии ремиссии - $21,45 \pm 2,00$ мкг/г ткани ($p < 0,05$).

Параллельно наблюдалось уменьшение содержания прогестерона в надосадочной жидкости: в группе сравнения - $1,35 \pm 0,1$ нг/мл, в группе гестационного пиелонефрита - $0,89 \pm 0,06$ нг/мл ($p < 0,02$), в группе хронического пиелонефрита в стадии обострения - $0,86 \pm 0,05$ нг/мл ($p < 0,02$), в группе хронического пиелонефрита в стадии ремиссии - $1,05 \pm 0,07$ нг/мл ($p < 0,05$). Это свидетельствовало о значительном снижении функциональных гормонпродуцирующих возможностей плацентарной ткани при пиелонефрите у беременных. Однако, как стало известно из результатов морфологического исследования тех же плацент, этот дефицит в большинстве случаев,

компенсировался гипертрофией плаценты, гиперплазией терминальных ворсинок, гиперплазией ядер синцитиотрофобласта.

Выводы

Содержание холестерина и прогестерона в плацентарной ткани при пиелонефрите у беременных достоверно снижено, особенно при гестационном пиелонефрите и при обострении хронического пиелонефрита.

**СТАНДАРТИЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО
ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ**

*ЗАПОРОЖАН В.М., ГЛАДЧУК І.З.,
РОЖКОВСЬКА Н.М., КОЖАКОВ В.Л.,
ВОЛЯНСЬКА А.Г.*

Одеський національний медичний університет

Ендометріоз є поширеним захворюванням у жінок репродуктивного віку. Глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ) в більшості випадків потребує хірургічного лікування, показаннями до якого є хронічний тазовий біль і (або) безпліддя.

Метою хірургічного лікування ГІЕ є видалення всіх видимих уражень для мінімізації ризику рецидивів та покращення фертильності. Але наразі відсутні стандартизовані підходи до методики та техніки хірургічної процедури при ГІЕ.

Матеріал і методи дослідження

Протягом 5 років (2010-2014) нами було виконано 195 лапароскопічних операцій у пацієнток з глибоким інфільтративним ендометріозом. Показаннями до оперативного лікування був хронічний тазовий біль, резистентний до медикаментозної терапії та (або) безпліддя.

Стандартизоване лапароскопічне хірургічне втручання при ГІЕ включало такі кроки: 1) лапароскопічна ревізія тазової та абдомінальної порожнини; 2) вісцероадгезіолізис, вторинна («second-look») лапароскопічна ревізія, верифікація ГІЕ, його локалізації та стадії, візуалізація сечоводів; 3) хірургічне лікування ендометріом (з використанням техніки енуклеації та часткової абляції); 4) тимчасова фіксація яєчників; 5) латеральна резекція очеревини (тотальна або часткова); 6) центральна дисекція очеревини (дисекція Дугласа, в тому числі, за необхідності, з розкриттям піхви та резекцією склепіння піхви); 7) «гоління» або резекція ендометріозних вузлів з прямої кишки, сечового міхура, сигмоподібної кишки, сечоводів, апендектомія (за необхідності); 8) евакуація макропрепаратів, перевірка цілісності органів таза; 9) контроль гемостазу; 10) дренажування черевної порожнини.