

Распутіна Л. В.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Резюме. Целью работы было установить распространенность ФП у пациентов с ХОЗЛ, изучить основные клинико-функциональные предикторы формирования ФП, сравнить данные инструментальных методов обследования у пациентов с диагностированной ФП и без нарушения ритма. За данными суточного мониторирования ЭКГ выявлено, что у больных с ХОЗЛ пароксизмы ФП диагностированы у 32 (30,2%) пациентов. У больных с ХОЗЛ, которые имеют пароксизмы ФП установлены симптомы концентрического ремоделирования левого желудочка у 15 (46,3%) больных и эксцентрическую гипертрофию левого желудочка - у 8 (24%) ($p=0,05$), значимые признаки гипертрофии правого желудочка, увеличение толщины передней стенки правого желудочка. Таким образом, предикторами возникновения ФП у пациентов с ХОЗЛ есть ряд структурно-функциональных показателей: эксцентрическое и концентрическое ремоделирование левого желудочка, ремоделирование правого желудочка обусловленные перегрузкой как объемом, так и давлением, легочная гипертензия, диастолическая дисфункция правого желудочка.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, фибриляция предсердий, предикторы.

Rasputina L. V.

CLINICAL AND INSTRUMENTAL PREDICTORS ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Summary. The aim was to establish the prevalence of AF in patients with COPD, learn basic clinical and functional predictors of AF formation, compare data instrumental methods of examination in patients diagnosed with AF and without breaking the rhythm. Materials and Methods. 108 patients, diagnosed with COPD, the average age of the surveyed ($64,5 \pm 1,2$) years, among them 68 were men (63,0%), mean age ($66,2 \pm 2,8$) years, there were 40 women (37,0%), mean age ($57,08 \pm 4,2$) years. Results: data for daily ECG monitoring revealed that patients with COPD diagnosed AF paroxysms in 32 (30.2%) patients. In patients with COPD, which are symptoms of AF paroxysms set of concentric left ventricular remodeling in 15 (46.3%) patients and eccentric left ventricular hypertrophy - in 8 (24%) ($p = 0.05$), significant signs hypertrophy right ventricle increasing the thickness of the anterior wall of the right ventricle. Conclusions: The predictors of AF in patients with COPD have a number of structural and functional: the eccentric and concentric remodeling of the left ventricle, right ventricle remodeling due to overloading of both volume and pressure, pulmonary hypertension, right ventricular diastolic dysfunction.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, atrial fibrillation, predictors.

Стаття надійшла до редакції 06.05.2014 р.

Распутіна Леся Вікторівна - д. мед. н., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 0432 57-08-13

© Чечуга С.Б., Сілін Г.А.

УДК: 618.13:616.14-007.64-08-07:618.718.19

Чечуга С.Б., Сілін Г.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

АНАЛІЗ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ОВАРІКОВАРІКОЦЕЛЕ

Резюме. В роботі надані результати дослідження вмісту ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактину, кортизолу, тестостерону, ДЕАС-сульфату, естрадіолу та прогестерону в сироватці крові жінок репродуктивного віку, котрі страждали на оваріокаріоцеле. Рівень гормонів визначали в динаміці менструального циклу: ранню фолікулінову, перiovуляторну та лютеїнові фази.

Ключові слова: оваріокаріоцеле, варикозне розширення яєчникової вени, статеві гормони.

Вступ

Хронічний тазовий біль є поширеною гінекологічною проблемою і за деякими джерелами сягає 10% візитів до гінеколога. Оваріокаріоцеле знаходять у половині випадків жінок з хронічним тазовим болем [Park et al., 2004]. Попри те, що тубооваріальне варіоцеле описав Richet M.A. ще в 1857 році, обізнаність сучасних клініцистів щодо природи цього захворювання залишається на низькому рівні. На варикозне розширення вен яєчників, що виявляють під час ультразвукового дослідження, як правило, лікарі-діагности не звертають увагу, трактують це як вторинні зміни при пато-

логії статевої сфери [Гус и др., 2011].

Щоб зрозуміти механізм розвитку варикозного розширення вен яєчника, треба прийняти до уваги, що анатомічні та фізіологічні особливості тазової гемодинаміки створюють передумови для розвитку не тільки застою (фізіологічний стаз), а й часткового зворотного струму (транзиторна регургітація). Завдяки резервуарній можливості гроноподібного сплетіння яєчника відбувається депонування значної кількості крові, що призводить до флебогіпертензії та венозного повнокров'я в яєчнику [Langeron, 2005].

З іншого боку, у зв'язку з клапанною неспроможністю оваріокаваріоцеле може виникати також і в результаті первинної патології венозних судин. Як первинний, так і вторинний флестаз призводить до зменшення васкуляризації та виникнення гіпоксично-ішемічних змін в яєчнику, що в подальшому має проявлятися у вигляді дисфункції статевої сфери та ендокринними розладами.

Розуміння механізмів розвитку варикозного розширення гонадних вен та його негативний вплив на репродуктивну сферу дозволить сформулювати концепцію індивідуальної патогенетичної терапії.

Враховуючи зазначене вище, метою нашого дослідження було вивчити та проаналізувати особливості змін показників гормонального профілю у жінок репродуктивного віку з оваріокаваріоцеле.

Матеріали та методи

Основну групу склали 95 жінок репродуктивного віку, які страждали на оваріокаваріоцеле. Діагноз був встановлений на основі скарг (хронічний тазовий біль без ознак запального процесу), анамнезу (частий посткоїтальний біль), об'єктивного методу дослідження (біль в проекції яєчника), ультразвукового методу дослідження (збільшення діаметра яєчничкової вени більше 5 мм, уповільнення або реверсний плин крові в яєчничковій вені).

Контрольну групу склали 50 жінок, обрані шляхом випадкової вибірки, практично здорових, які на момент обстеження не мали скарг, будь-якої гінекологічної та екстрагенітальної патології в стадії загострення.

Гормональний статус жінок обох груп вивчали шляхом визначення рівня в сироватці крові наступних гормонів: ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактину, ДГЕА-С, кортизолу, прогестерону, естрадіолу, тестостерону в фолікулінову, періовуляторну та лютеїнову фази менструального циклу.

Дослідження проводили імунохімічним методом з електрохемілюмінесцентною детекцією (ECLIA) з використанням тест-системи Roche Diagnostics (Швейцарія). Значення "р" обчислювали за допомогою програми STATISTICA 6.

Результати. Обговорення

Середній вік жінок, котрих досліджували, склав $35,2 \pm 1,2$ роки. Гормональний статус жінок основної та контрольної групи в ранню фолікулінову фазу (2-4 день менструального циклу) визначали за рівнем концентрації у сироватці крові наступних гормонів: фолікулостимулюючого, лютеїнезуючого, тіреотропного гормонів, пролактину, кортизолу (7-10 годин ранку), естрадіолу, прогестерону, дегідроепіандростерону-сульфату, тестостерону.

Під час дослідження було виявлено, що рівень ФСГ у жінок основної групи статистично вірогідно перевищує рівень цього гормону у жінок контрольної групи $8,48 \pm 2,16$ мМО/мл та $5,28 \pm 1,11$ мМО/мл відповідно ($p < 0,05$).

Таблиця 1. Гормональний профіль жінок репродуктивного віку з оваріокаваріоцеле у ранню фолікулінову фазу менструального циклу.

Гормони, одиниці вимірювання	Концентрація гормонів основної групи (n=95)	Концентрація гормонів контрольної групи (n=50)	Рівень значущості відмінностей, р
ФСГ, мМО/мл	$8,48 \pm 2,16$	$5,28 \pm 1,11$	0,045
ЛГ, мМО/мл	$4,39 \pm 1,45$	$4,86 \pm 1,35$	0,417
ТТГ, мМО/мл	$1,72 \pm 0,39$	$1,61 \pm 0,38$	0,429
Пролактин, нг/мл	$12,98 \pm 2,6$	$11,45 \pm 2,9$	0,366
Кортизол, нмоль/л	$9,1 \pm 1,09$	$9,6 \pm 1,02$	0,446
Тестостерон, нмоль/л	$0,73 \pm 0,09$	$0,86 \pm 0,12$	0,238
ДГЕА-сульфат, мкг/дл	$211,0 \pm 21,34$	$232,61 \pm 28,45$	0,189
Естрадіол, пг/мл	$58,5 \pm 6,9$	$83,6 \pm 9,8$	0,035
Прогестерон, нг/мл	$0,5 \pm 0,23$	$1,32 \pm 0,48$	0,047

Таблиця 2. Гормональний профіль жінок репродуктивного віку з оваріокаваріоцеле у періовуляторну фазу менструального циклу.

Гормони, одиниці вимірювання	Концентрація гормонів основної групи (n=95)	Концентрація гормонів контрольної групи (n=50)	Рівень значущості відмінностей, р
ФСГ, мМО/мл	$14,21 \pm 1,02$	$16,2 \pm 1,06$	0,1543
ЛГ, мМО/мл	$17,37 \pm 2,14$	$27,34 \pm 3,11$	0,0392
Естрадіол, пг/мл	$167,3 \pm 8,4$	$213,4 \pm 9,8$	0,0243
Прогестерон, нг/мл	$1,1 \pm 0,32$	$2,4 \pm 0,41$	0,0468

У той самий час концентрація ЛГ та ТТГ у сироватці крові обох груп залишалась в межах нормальних показників $4,39 \pm 1,45$ мМО/мл, $1,72 \pm 0,39$ мМО/мл (основна група) $4,86 \pm 1,35$ мМО/мл, $1,61 \pm 0,38$ мМО/мл (контрольна група) відповідно (табл. 1).

Що стосується пролактину, то при порівнянні його рівня у досліджуваних груп статистично вірогідної різниці не було ($p > 0,05$): $12,98 \pm 2,6$ нг/мл (основна група) та $11,45 \pm 2,9$ нг/мл (контрольна група).

У жінок з оваріокаваріоцеле вміст кортизолу в сироватці становив $9,1 \pm 1,09$ нмоль/л порівняно зі здоровими жінками $9,6 \pm 1,02$ нмоль/л ($p > 0,05$).

Хоча вміст тестостерону в сироватці крові у жінок основної групи становив $0,73 \pm 0,09$ нмоль/мл, що було менше ніж у жінок контрольної групи $0,86 \pm 0,12$ нмоль/л, це не є статистично значущим ($p = 0,238$).

Концентрація дегідроепіандростерону-сульфату статистично не відрізнялись та були на рівні $211,0 \pm 21,34$ мкг/дл в основній та $232,61 \pm 28,45$ мкг/дл у контрольній групах.

Показники рівня естрадіолу в ранню фолікулінову фазу були такими: в основній групі: $58,5 \pm 6,9$ пг/мл та $83,6 \pm 9,8$ пг/мл в контрольній ($p < 0,05$), тобто рівень естрадіолу у жінок з оваріокаваріоцеле на початку менструального циклу статистично менше порівняно зі здоровими жінками.

Визначення рівня прогестерону дали наступні результати: $0,5 \pm 0,23$ нг/мл в основній групі та $1,32 \pm 0,48$

Таблиця 3. Гормональний профіль жінок репродуктивного віку з оваріокарикоцеле у лютеїнову фазу менструального циклу.

Гормони, одиниці вимірювання	Концентрація гормонів основної групи (n=95)	Концентрація гормонів контрольної групи (n=50)	Рівень значущості відмінностей, p
Естрадіол, пг/мл	89,4±3,11	114,6±4,14	0,0198
Прогестерон, нг/мл	8,1±1,8	14,3±2,1	0,0177

Таблиця 4. Співвідношення E2/P в різні фази менструального циклу.

	Основна група (n=95)	Контрольна група (n=50)
Рання фолікулінова фаза	0,065±0,03	0,063±0,02
Периовуляторна фаза	0,112±0,02	0,088±0,02
Лютеїнові фаза	0,011±0,001	0,008±0,001

нг/мл в контрольній ($p < 0,05$). Таким чином, рівень прогестерону в ранню фолікулінову фазу у жінок, що страждають на варикозне розширення яєчникових вен, менше, ніж у здорових жінок.

Гормональний статус у периовуляторну (13-16 день циклу) та середню лютеїнову (19-21 день циклу) фази визначали шляхом визначення ФСГ, ЛГ, естрадіола та прогестерона (табл. 2, 3).

Визначення гормонів ФСГ в периовуляторну фазу в основній та контрольній групі не виявив статистично значущої різниці: $14,21 \pm 1,02$ мМО/мл та $16,2 \pm 1,06$ мМО/мл відповідно ($p > 0,05$).

На відміну від ФСГ, вміст ЛГ у сироватці крові у жінок з оваріокарикоцеле був нижчим і складав $17,37 \pm 2,14$ мМО/мл проти $27,34 \pm 3,11$ мМО/мл у здорових жінок ($p < 0,05$).

Що стосується рівня естрадіола, то встановлені достовірно нижчі значення у жінок основної групи ($167,3 \pm 8,4$ пг/мл) порівняно з контрольною групою $213,4 \pm 9,8$ пг/мл при $p < 0,05$.

Концентрація прогестерону у сироватці крові жінок з оваріокарикоцеле також була достовірно нижча: $1,1 \pm 0,32$ нг/мл проти концентрації у здорових жінок $2,4 \pm 0,41$ нг/мл ($p < 0,05$).

Визначення стероїдних гормонів у лютеїнову фазу циклу показав зменшення концентрації естрадіола та прогестерону у жінок з варикозним розширенням гонадних вен порівняно з контрольною групою і становило $89,4 \pm 3,11$ пг/мл $8,1 \pm 1,8$ нг/мл проти $114,6 \pm 4,14$ пг/мл $14,3 \pm 2,1$ нг/мл відповідно ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що співвідношення E2/P на про-

тязі менструального циклу в основній та контрольній групі суттєво відрізняється. Динаміка E2/P у здорових жінок така: $0,063 \pm 0,02$ на 2-4 день, $0,088 \pm 0,02$ на 13-16 день та $0,008 \pm 0,001$ на 19-21 день, у жінок, що страждають на оваріокарикоцеле відповідно $0,065 \pm 0,03$, $0,112 \pm 0,02$, $0,011 \pm 0,001$ (табл. 4).

Отже, аналіз гормонального профілю жінок репродуктивного віку з оваріокарикоцеле виявив зменшення рівня естрадіола, прогестерону, на тлі підвищення концентрації ФСГ у фолікулінову фазу менструального циклу, зменшення концентрації ЛГ у периовуляторну фазу, зменшення рівня естрадіола та прогестерону на тлі відносної гіперестрогенії (збільшення співвідношення E2/P) в периовуляторну та лютеїнову фазу циклу порівняно зі здоровими жінками, що свідчить про порушення функції яєчників на тлі венозного застою.

Порушення реологічних властивостей крові погіршує транскліплярний обмін речовин та доставку кисню до яєчника. Зменшення транспорту кисню відображається на його функціональних можливостях. Зменшення васкуляризації яєчника супроводжується розвитком дегенеративних змін в його структурі, порушенню функцій фолікулярного апарата та продукції статевих гормонів та їх регуляції, в подальшому поглибленні дисгормональних розладів, гормонзалежною органічною патологією та можливо безпліддям.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Результати дослідження доводять, що у жінок репродуктивного віку, які страждають на оваріокарикоцеле, має місце дисбаланс гормонального профілю, а саме: зменшення рівня естрадіола, прогестерону на тлі підвищення концентрації ФСГ у фолікулінову фазу менструального циклу, зменшення концентрації ЛГ у периовуляторну фазу, зменшення рівня естрадіола та прогестерону на тлі відносної гіперестрогенії (збільшення співвідношення E2/P) у лютеїнову фазу циклу. Вищевказані зміни у гормональному гомеостазі свідчать про порушення функції яєчника в умовах варикозного розширення вен яєчників.

Оваріокарикоцеле може бути чинником розвитку дисгормональних порушень та безпліддя у жінок репродуктивного віку. З іншого боку, вазоактивний ефект гіперестрогенії абсолютної чи відносної потребує подальших досліджень.

Список літератури

- Алгоритм обследования женщин с синдромом тазовых болей при подозрении на варикозную болезнь вен малого таза /А.И. Гус, М.Б. Хамошина, М.А. Семендяева [и др.] // Сибирский мед. журнал.- 2011.- №6.- С.252-255.
- Langeron P. Тазовый венозный стаз, тазовое расширение вен (варикоцеле): гемодинамические, патогенетические и клинические проблемы; пер. с фр. /P.Langeron // Phlebologie, Annales Vasculaires.- 2005.- №2.- P.155-159.
- Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography /S.J.Park, J.W.Lim, Y.T.Ko [et al.] // Am. J. Roentgenol.- 2004.- Vol.182.- P.683-688.

Чечуга С.Б., Силян Г.А.

АНАЛІЗ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОВАРИОКАРИКОЦЕЛЕ

Резюме. В роботі представлені результати дослідження содержания ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактина, кортизола, тестостеро-

на, ДГЭАС сульфат, естрадіола, прогестерона в сыворотке крови женщин репродуктивного возраста, страдающих оварио-варикоцеле. Уровень гормонов определяли в динамике менструального цикла: в раннюю фолликулярную, перiovуляторную и лютеиновую фазы.

Ключевые слова: овариоовариоцеле, варикозное расширение яичниковых вен, половые гормоны.

Chechuga S.B., Silin G.A.

ANALYSIS OF HORMONAL STATUS AMONG WOMEN OF CHILDBEARING AGE WITH OVARIAN VARICOSITY

Summary. The results of the research of the contain of the hormones FSH, LH, TSH, prolactin, cortisol, testosterone, DHEAS sulfate, estradiol, progesterone in the blood serum of the women of childbearing age who are suffering from ovarian varicosity are given in the work. The level of the hormones was determined during menstrual cycle: early follicular phase, periovulatory phase, lutein phase.

Key words: ovarian varicose veins, pelvic congestion syndrome, sex hormones.

Стаття надійшла до редакції 29.04.2014 р.

Чечуга Сергій Броніславович - д. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 067 738-06-50

Сілін Геннадій Анатолійович - здобувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 066 550-59-69

© Якушева Ю.І., Сарафинюк Л.А.

УДК: 572.087: 796.325 - 053.6

Якушева Ю.І., Сарафинюк Л.А.

Кафедра фізичного виховання та лікувальної фізичної культури, Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ТОТАЛЬНИХ ТА ОКРЕМИХ ПАРЦІАЛЬНИХ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ РОЗМІРІВ У ВОЛЕЙБОЛІСТОК ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Резюме. Встановленні достовірні відмінності довжини та маси тіла, площі поверхні тіла, висоти антропометричних точок, поперечних та передньозадніх діаметрів тіла у волейболісток юнацького віку високого рівня спортивної майстерності порівняно із практично здоровими однолітками, які не займаються спортом.

Ключові слова: антропометрія, волейболістки, неспортсменки, юнацький вік.

Вступ

Рівень результатів в сучасному спорті настільки великий, що для досягнень спортсмену необхідно мати рідкісні морфологічні дані, володіти унікальним комплексом фізичних та психічних здібностей, які знаходяться на максимально високому рівні розвитку [Головко, 2004; Вотра, 2000]. Така сукупність навіть при найкращій багаторічній підготовці і наявності необхідних умов зустрічається дуже рідко. Тому центральною в системі підготовки спортсменів є проблема спортивного відбору [Платонов, 2004], яка передбачає створення моделі спортсмена даної спеціалізації, тобто певного складу ознак, які визначають спортивну результативність [Булгакова, 2002; Губа, 2002].

Із морфологічних ознак при спортивному відборі враховують тотальні розміри тіла, в першу чергу, довжина - інтегральний показник, який визначає інші розміри тіла [Сергиенко, 2004]. Спадковість довжини тіла людини визначали у багатьох країнах. Було встановлено, що коефіцієнти спадковості Хольцингера H2 і Фішера для людей різної статі та віку мали високі значення й свідчать про переважно спадкову зумовленість розвитку довжини тіла в онтогенезі, яка на 72-97% визначається впливами спадкових факторів [Сергиенко, 2009]. Високу генетичну детермінацію, крім поздовжніх розмірів тіла, мають і його діаметри. Дані антропометричні параметри виступають надійними генетичними маркерами

для проведення спортивного відбору у багатьох видах спорту.

Тому метою нашого дослідження було встановлення характерних особливостей тотальних, поздовжніх, поперечних та передньозадніх розмірів тіла у волейболісток юнацького віку високого рівня спортивної майстерності.

Матеріали та методи

Дослідження проводили на базі науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова. У дослідженні взяли участь особи жіночої статі юнацького віку (від 16 до 20 років) за схемою вікової періодизації онтогенезу людини, яка була прийнята на VII Всесоюзній конференції з проблем вікової морфології, фізіології та біохімії АПН СРСР [Никитюк, Чтецов, 1990]. Серед них були 127 дівчат, які не займалися спортом, і на момент обстеження були практично здоровими, та 46 волейболісток високого рівня спортивної кваліфікації (від першого дорослого розряду до майстрів спорту).

Нами було проведено антропометричне дослідження за методикою В.В.Бунака [1941]. Розрахунковим шляхом визначали площу поверхні тіла за методикою Дю Буа [Ковешников, Никитюк, 1992]. Довжину та поздовжні розміри тіла вимірювали за допомогою спеціально скон-