

# Негормональна корекція оваріальної гіпофункції запального генезу

А.Г. Корнацька, І.Б. Вовк, Г.В. Чубей

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

При дослідженні гормонального гомеостазу у жінок з хронічними запальними процесами статевих органів встановлено зниження рівнів статевих гормонів, що свідчить про яєчникову гіпофункцію. Включення до комплексної протизапальної терапії рослинного препарату Трібестан було ефективним у більшості хворих.

**Ключові слова:** запальні процеси статевих органів, яєчникова гіпофункція, Трібестан.

Запальні захворювання органів репродуктивної системи є найбільш поширеними в загальній структурі інфекційної патології, складають 60–65% в структурі гінекологічних захворювань і 20–25% у структурі захворювань гінекологічного стаціонару [1].

Ці захворювання створюють серйозні медичні, соціальні і економічні проблеми, серед яких найбільш значущими є труба безплідність, позаматкова вагітність, хронічний тазовий біль, диспареунія [2].

У розвитку даної патології основна роль належить інфекціям, що передаються статевим шляхом. На сучасному етапі класичні венеричні хвороби поступилися місцем так званим хворобам другої генерації – урогенітальному хламідіозу, мікоплазмозу, уреоплазмозу, гарднерельозу, вірусним захворюванням, частота яких постійно зростає [3].

Запальний процес у придатках матки може спричинити порушення функції яєчників. Частота порушень менструального циклу у жінок з хронічним сальпінгоофоритом коливається від 40,0% до 92,2% [4].

Основними формами порушення ендокринного гомеостазу при вірусно-бактеріальній інфекції є ановуляція, недостатність лютеїнової фази або обох фаз менструального циклу. Клінічно це проявляється ановуляторною безплідністю і порушеннями менструального циклу від аменореї до ациклічних маткових кровотеч. Ановуляція у даних пацієнток поєднана із порушенням фолікулогенезу та зниженням величини передовуляторного підвищення естрадіолу [5].

У 11,2% жінок репродуктивного віку з проявами нормогонадотропної гіпофункції яєчників причиною розвитку даної патології є хронічний сальпінгоофорит. У хворих із хронічним сальпінгоофоритом виявлено зниження в крові базальних значень фолікулостимулювального гормону (ФСГ), естрадіолу і прогестерону [6].

Розвиток запальних процесів статевих органів перебігає згідно із закономірностями, характерними для синдрому системної запальної відповіді, який разом із захисним ефектом негативно впливає на органи і системи хворого. Тривалі запальні захворювання органів малого таза (5 і більше років з рецидивами 2 рази на рік і більше) призводять до активації імунітету та утворення антитіл до тканин яєчника, що сприяє зниженню їх функції [7, 8].

**Мета дослідження:** вивчення гормонального гомеостазу у жінок із хронічними запальними захворюваннями органів малого таза (ХЗЗОМТ) та ефективності негормональної корекції виявлених порушень.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою вивчення порушень ендокринної функції статевих органів у жінок із хронічними запальними процесами статевих органів нами було обстежено 60 хворих репродуктивного віку з хронічним сальпінгоофоритом. Отримані гормональні показники порівнювали з результатами обстеження 30 здорових жінок репродуктивного віку (контрольна група).

Оцінювання функції гіпофіза проведено за визначенням концентрації гонадотропних гормонів: лютеїнізувального (ЛГ), фолікулостимулювального (ФСГ) імуноферментним методом з використанням стандартних тест-систем. Функціональний стан яєчників оцінювали за концентрацією стероїдних статевих гормонів: естрадіолу, прогестерону з використанням тест-систем. Вимірювання оптичної щільності проведено на фотометрі MSR–1000, при хвилі 450 нм.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених хворих в середньому склав  $29,1 \pm 1,03$  року. Найчастіше пацієнтки з хронічними запальними процесами статевих органів скаржилися на біль у нижній частині живота – 66,7%, біль у попереку – 23,3%, біль у крижах – 6,7% пацієнток. У більшій частині хворих больовий синдром носив періодичний характер (41,7%), у той час постійно біль турбував 20,7% пацієнток. Скарги на біль пред'являли 66,7% хворих. Свербіж турбував 26,7% жінок. Про порушення функції тазових органів повідомляли 6,7%, а диспареунію відзначали 20,0% жінок.

Вік менархе в обстежених жінок коливався від 10 до 19 років, в середньому –  $12,8 \pm 0,21$  року. Середня тривалість менструального циклу склала  $28,3 \pm 0,79$  дня, середня тривалість менструації –  $4,7 \pm 0,19$  дня.

Порушення менструального циклу відзначали 40,0% пацієнток з ХЗЗОМТ. У половині випадків порушення менструальної функції проявлялося гіперполіменореєю і метрорагією, а в іншій половині жінок олігоменореєю і вторинною аменореєю.

Аналіз результатів вивчення функціонування системи гормонального гомеостазу у хворих із запальними процесами статевих органів свідчить про порушення секреції гонадотропних гормонів у даного контингенту хворих в динаміці менструального циклу (таблиця).

У фолікулінову фазу менструального циклу виявлено достовірно вищу концентрацію ФСГ порівняно з контролем ( $11,4 \pm 1,0$  МО/л проти  $6,3 \pm 0,7$  МО/л у здорових,  $p < 0,05$ ). У періовуляторний період концентрація ФСГ не відрізнялася від такої у здорових, але якщо у групі контролю концентрація ФСГ на 14-й день циклу зросла в 2,3 разу, то у жінок з запальними процесами – усього в 1,2 разу. Середня концентрація ЛГ у фолікулінову фазу менструального циклу також була достовірно вищою порівняно зі здоровими ( $11,6 \pm 0,7$  МО/л проти  $7,3 \pm 0,9$  МО/л у контрольній групі,  $p < 0,05$ ). У періовуляторний період у хворих з запальними процесами статевих органів відсутній пік ЛГ, який необхідний у даний період для нормального перебігу овуляції,

Концентрація гормонів у сироватці крові обстежених жінок в динаміці менструального циклу

Група жінок	Кількість обстежених	День циклу	Концентрації гормонів			
			Е <sub>2</sub> , нмоль/л	П, нмоль/л	ФСГ, МО/л	ЛГ, МО/л
Здорові жінки	30	7	0,38±0,02	1192,7±0,7	6,3±0,7	7,3±0,9
		14	0,83±0,04	2,5±0,6	14,2±1,8	16,7±1,0
		21	0,49±0,09	15,2±1,5	6,6±1,1	7,1±0,4
Жінки з ХЗЗОМТ	60	7	(0,23±0,04)*	1,8±0,2	(11,4±1,0) *	(11,6±0,7) *
		14	(0,55±0,06)	5,5±1,9	14,0±1,3	18,7±1,4
		21	0,44±0,09	11,1±2,1	10,4±1,8	(15,0±1,5) *

Примітка: \* – достовірно (p<0,05) відносно групи здорових жінок.

при цьому середні концентрації гормону не відрізнялися від таких у здорових. Рівні ЛГ знижувалися у лютеїнову фазу менструального циклу у всіх хворих, але залишалися достовірно вищими, ніж у здорових жінок.

Вивчення секретії статевих гормонів в динаміці менструального циклу свідчить, що середні концентрації естрадіолу у жінок з хронічними запальними процесами статевих органів були достовірно нижчими порівняно із здоровими жінками як у фолікулінову фазу циклу (0,23±0,04 нмоль/л проти 0,38±0,02 нмоль/л, p<0,05), так і в періовуляторний період (0,55±0,06 нмоль/л проти 0,83±0,04 нмоль/л, p<0,05).

Що стосується рівня прогестерону, то нами виявлено деякі особливості його секретії в динаміці менструального циклу в обстежених хворих, хоча середні показники достовірно не відрізнялися від таких у здорових жінок. У жінок з запальними процесами статевих органів мало місце деяке зниження базальної секретії прогестерону. Але до періоду овуляції рівень гормону різко зростав від 1,8±0,2 нмоль/л до 5,5±1,9 нмоль/л, тобто в 3 рази, тоді як у здорових рівень гормону навіть дещо знижувався. Проте в подальшому зростання концентрації прогестерону значно сповільнювалося, в результаті чого до 21-го дня менструального циклу його концентрація підвищувалася у 2 рази і досягала 11,1±2,1 нмоль/л, коли у здорових вона зростала у 6 разів і досягала 15,2±1,5 нмоль/л.

У цілому виявлені зміни гормональної забезпеченості менструального циклу у жінок із ХЗЗО у вигляді високих концентрацій ФСГ та ЛГ у фолікулінову фазу циклу, відсутності преовуляторного піку ЛГ, низьких рівнів статевих гормонів свідчать про оваріальну гіпофункцію, порушення процесів дозрівання фолікулів, овуляції та формування жовтого тіла у даного контингенту хворих.

Отримані результати досліджень ще раз підтверджують негативний вплив ХЗЗО, при яких страждає кровопостачання яєчників, на функціональний стан останніх, а також зумовлюють необхідність проведення корекції виявлених порушень.

З огляду на це, заслугове на увагу препарат природного походження Трібестан, отриманий за оригінальною технологією з надземної частини рослини Tribulus Terrestris L., який містить переважно стероїдні сапоніни фураностанолового типу. Протодіосцин метаболізується в організмі до дегідроепіандростерону (ДГЕА) – протогормону, з якого в організмі синтезуються андрогени і естрогени, що сприяють нормалізації гормонального балансу, усуненню застійних явищ в органах малого таза та нормалізації сексуальної функції у жінок із хронічними запальними захворюваннями додатків.

Наявність у складі препарату Трібестан цілого комплексу діючих речовин забезпечує багаторівневий механізм дії, який реалізується як на центральному (гіпофізарному), так і на периферійному (статеві залози, кора надниркових залоз) рівнях. Сапоніни і сапогеніни, що входять до його складу, нормалізують функцію ендокринних залоз; алкалоїди володіють вазодилатувальною дією, активізують кровообіг у статевих органах.

Дуже важливо, що дія гормоноподібних речовин проявляється лише на фоні існуючої дисфункції ендокринних залоз, без впливу на залози, що нормально функціонують.

Перевагами даного препарату при ХЗЗОМТ є його комплексна дія, яка зумовлена:

- нормалізацією гормонів ФСГ, ЛГ та естрадіолу;
- активацією кровообігу в органах малого таза;
- сприятливою дією на імунітет

Завдяки цим властивостям, використання препарату при ХЗЗОМТ є доцільним. Трібестан сприяє усуненню застійних явищ в органах малого таза, нормалізує менструально-оваріальний цикл, усуває больові відчуття при статевому акті, ПМС, альгодисменореї, підвищує лібідю.

Усі жінки в разі оваріальної гіпофункції із запальними захворюваннями органів малого таза вживали Трібестан по 1-2 таблетки 3 рази на добу з 1-го по 12-й день менструального циклу протягом 3 міс. За необхідності курс лікування періодично повторювали.

Препарат призначали в складі комплексної проти-запальної терапії, яка включала корекцію імунних порушень, антибактеріальну, протівірусну, антикандидозну, десенсибілізувальну, ензимотерапію, вітамінні препарати, нестероїдні протизапальні препарати, місцеву санацію.

Диференційований підхід до вибору схеми терапії ХЗЗОМТ в комплексному застосуванні препарату Трібестан у 96,66% пацієток зумовив регрес симптомів, покращання показників якості життя, нормалізацію менструального циклу та психосоматичного стану. Випадків рецидивування захворювання не виявлено. Такий підхід сприяє значному підвищенню ефективності лікування.

## ВИСНОВКИ

У жінок з хронічними запальними процесами органів малого таза відзначають порушення функціонування гіпофізарно-яєчничкової системи, які проявляються високими базальними рівнями ФСГ і ЛГ, відсутністю овуляторного піку ЛГ та низькими концентраціями статевих гормонів.

Використання рослинного препарату Трібестан при ХЗЗОМТ є доцільним, оскільки спричинює позитивні зміни рівня жіночих статевих гормонів (ЛГ, ФСГ, естрадіолу).

Трібестан покращує кровопостачання органів малого таза блокуючи альфа-адренорецептори судин, розширюючи артерії та артеріоли, а також сфінктери та вени. Під час вживання Трібестану відбувається зниження загального периферійного судинного опору, а також артеріального тиску. Трібестан нормалізує функцію ендокринних залоз, стимулює їхню секреторну активність, що сприяє нормалізації гормонального фону, підвищує функціональну активність ЦНС, активує роботу захисних систем організму.

Застосування Трібестану у складі комплексної терапії запальних захворювань жіночих статевих органів сприяє швидкому одужанню та нормалізації репродуктивної і сексуальної функції: нормалізація менструального циклу, стимуляція овуляції, усунення больових відчуттів при статевому акті, підвищення лібідю.

**Негормональная коррекция овариальной дисфункции воспалительного генеза**  
**А.Г. Корнацкая, И.Б. Вовк, Г.В. Кочубей**

**Non-hormonal correction of ovarian dysfunction inflammatory genesis**  
**A.G. Kornatsky, I.B. Vovk, G.V. Kochubey**

При исследовании гормонального гомеостаза у женщин с хроническими воспалительными процессами гениталий установлено снижение уровней половых гормонов, что свидетельствует о яичниковой гиподисфункции. Включение в состав комплексной противовоспалительной терапии растительного препарата Трибестан было эффективным у большинства больных.

**Ключевые слова.** Воспалительные процессы гениталий, яичниковая гиподисфункция, Трибестан.

In the study of hormonal homeostasis in women with chronic inflammatory genitals' processes were found reduced levels of sex hormones, indicating ovarian hypofunction. The inclusion of a comprehensive anti-inflammatory therapy of herbal preparation Tribestan was effective in most patients.

**Keywords.** Inflammation of the genitals, ovarian hypofunction, Tribestan.

**Сведения об авторах**

**Корнацкая Алла Григорьевна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

**Вовк Ирина Борисовна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

**Кочубей Галина Валерьевна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Унанян А.Л. Современный взгляд на проблему хронического эндометрита / А.Л. Унанян // *Consilium Medicum*. – 2012. – Том 14, № 6. – <http://www.consilium-medicum.com>
2. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М.: Триада-Х, 2000. – 304 с.
3. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин / В.И. Краснопольский, О.Ф. Серова, В.А. Туманова [и др.] // *Рос. вестник акушера-гинеколога*. – 2004. – Т. 4, № 5. – С. 26–29.
4. Поликлиническая гинекология / Под ред. проф. Прилепской В.Н. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 367–424. – 640 с.
5. Царегородцева М.В. Патогенетические аспекты формирования аутоиммунного оофорита при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза и его восстановительная терапия / М.В. Царегородцева // *АГ-инфо*. – 2007. – № 2. – С. 32–36.
6. Айламазян Э.К. Аутоиммунный оофорит (патогенез, диагностика, перспективы лечения) / Э.К. Айламазян, К.А. Габелова, А.М. Гэгзян [и др.] // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 2. – С. 7–9.
7. Серов В.Н. Акушерская патология и синдром системного воспалительного ответа / В.Н. Серов // *Сб. Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщин*. – Ростов, 2005. – С. 35–38.
8. Туркаева Т.Н. Аутоиммунная гиподисфункция яичников у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Туркаева Тамара Насрудинова. – Ростов-на-Дону, 2009. – 113 с.

Статья поступила в редакцию 13.03.2013