

Оптимізація тактики ведення пацієнток с ановуляторним безпліддям

О.В. Горбунова, Н.А. Мар'янчик

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що на основі даних вивчення ефективності розробленої нами тактики лікування жінок з безпліддям на тлі ановуляції можна стверджувати, що диференційована, поетапна стимуляція овуляції дозволяє досягти нормалізації вмісту основних гормонів. У жінок, які страждають на ановуляцію, відбуваються істотні позитивні зміни менструальної і репродуктивної функцій, що сприяє корекції метаболічних порушень, нормалізації діяльності репродуктивної системи, зниженню ризику розвитку соматичної патології. Застосований нами підхід до ведення пацієнток з безпліддям забезпечує настання вагітності за результатами дослідження в 76,6±6,8% спостережень.

Ключові слова: ановуляторне безпліддя, тактика ведення.

У клінічній практиці гінеколога найчастіше доводиться спостерігати пацієнток з дисбалансом в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі, основними проявами якого є ановуляція і, як наслідок, порушення репродуктивної функції [1–4].

Незважаючи на постійний інтерес дослідників до проблеми ановуляції, величезний об'єм літературних даних і певні досягнення в розумінні процесів її розвитку, етіологія даного стану до кінця не вивчена, і первинні механізми його розвитку до сьогодні не відомі [1, 2].

Важливою віхою в дослідженнях патогенезу ендокринних форм безпліддя стало відкриття взаємозв'язку ановуляції з інсулінорезистентністю, гіперандрогенією, гіперпролактинемією і іншими варіантами дисгормональних порушень [3, 4].

Ураховуючи викладене вище, вивчення частоти і характеру метаболічних порушень у жінок з ановуляцією, гіперпролактинемією, гіперандрогенією, що несприятливо впливає на формування, становлення і функцію репродуктивної системи, набуває не лише теоретичного і практичного, але і соціального значення.

Усе викладене вище стало підставою до проведення наукових досліджень в даному напрямі.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування порушень репродуктивної функції у пацієнток з ановуляцією на основі вивчення клініко-морфологічних, ендокринологічних, ехографічних і доплерометричних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети і вирішення завдань було проведено клініко-лабораторне обстеження з використанням ендоскопічних, імуноферментних і біофізичних методів дослідження, а також морфометричне і гістохімічне дослідження біоптатів яєчників. Першу (основну) групу склали 96 жінок з ановуляцією і 2-гу (контрольну) групу – 37 практично здорових жінок без порушень овуляції. Для

оцінювання вікових змін стану яєчників жінок обох груп було розподілено на дві вікові категорії: молодша – 18–28 років і старша – 29–39 років.

Відбір пацієнток досліджуваних груп проводили в декілька етапів.

Перший етап полягав в зборі анамнезу жінки:

- соціального анамнезу: вік, освіта, умови праці і професійні шкідливості;

- родинного анамнезу і даних про спадковість: вивчали наявність у родичів цукрового діабету, онкологічних захворювань, туберкульозу, нервово-психічних розладів; народження в сім'ї дітей з уродженими вадами розвитку і мертворожденістю;

- соматичного анамнезу: наявність хронічних соматичних захворювань: серцево-судинної системи, ЛОР-органів, травного тракту, сечовидільної системи тощо;

- інфекційного анамнезу: з'ясовували чутливість до респіраторних вірусних захворювань і їхню частоту за рік; наявність хронічних бактеріальних і герпетичної інфекцій; наявність в анамнезі інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ): хламідіоз, мікоплазмоз, уреоплазмоз, трихомоніаз, гонорея, вірус герпесу тощо);

- акушерсько-гінекологічного анамнезу: розглядали становлення і особливості менструальної функції; характеристика репродуктивної функції, наявність гінекологічних захворювань, використання контрацепції.

Другий етап відбору був представлений клінічним і лабораторним обстеженням жінок. Оцінювали соматичний статус жінок, тип статури, антропометричні дані (маса тіла, зріст, об'єм талії (ОТ), об'єм стегон (ОС). Надлишок маси тіла визначали за допомогою обчислення індексу маси тіла $IMT = \text{маса тіла (кг)} / [\text{зріст (м)}]^2$; наявність ожиріння – за допомогою визначення індексу ОТ/ОС. Гінекологічне обстеження жінок включало: огляд шийки матки в дзеркалах, бімануальне дослідження органів малого таза, узяття мазків для контролю бактеріоскопії і цитологічного дослідження мазків і крові на ІПСШ, ультразвуковий моніторинг органів малого таза, вимірювання базальної температури.

Третій етап полягав у формуванні груп порівняння на підставі проведеного ендоскопічного і клініко-лабораторного обстеження.

Критерії виключення. У обстежуваних жінок на момент дослідження були виключені ІПСШ, венеричні захворювання, гнійно-септичні захворювання сечостатевої системи, туберкульоз, онкопроцеси. До 1-ї і 2-ї груп не включали пацієнток із серйозною патологією ендометрія і порожнини матки (гіперплазія атипової, синехії, вузлова форма аденоміозу), аномаліями розвитку статевих органів, пухлинноподібними утвореннями яєчників розміром понад 3 см, ендометріозом, міомою матки, безпліддям трубно-перитонеального генезу, синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ), наднирковозалозною гіперандрогенією.

Слід особливо підкреслити, що в 1-у групу не були включені пацієнтки з СПКЯ.

Критерії включення. Критеріями відбору пацієнок 1-ї групи були: відсутність вагітності (безпліддя первинне або вторинне) протягом 12 і більше місяців регулярного статевого життя без застосування контрацепції; відсутність ознак овуляції, визначена за базальною ректальною температурою і ультразвуковим моніторингом при збереженому ритмі менструацій; нормальна прохідність маткових труб, встановлена при метросальпінгографії і лапароскопіях; нормальні показники спермограми у чоловіка і позитивний посткоітальний тест; неефективність попередніх консервативних методів лікування безпліддя. Пацієнтки 1-ї групи давали письмову згоду на участь у проведенні наукових досліджень, зокрема, на взяття біоптату яєчника встановлених розмірів.

2-у групу склали 37 пацієнок, що звернулися для проведення медичної стерилізації і які дали письмову згоду на участь у проведенні наукових досліджень, зокрема, на взяття біоптату яєчника встановлених розмірів.

Критеріями відбору пацієнок 2-ї групи були: наявність в анамнезі одних і більше пологів, медичних абортів; збережений ритм менструацій; переважно овуляторні менструальні цикли, підтвержені графіками базальної ректальної температури (за 3 міс) і ультразвуковим моніторингом; відсутність в анамнезі мимовільних викиднів, позаматкових вагітностей, безпліддя, завмерлої вагітності; відсутність серйозної соматичної патології; припинення використання гормональних методів контрацепції за 6 міс до даного дослідження.

Середній вік обстежуваних жінок 1-ї і 2-ї груп достовірно не відрізнявся: $27,5 \pm 0,9$ року і $28,4 \pm 0,5$ року відповідно.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що при оцінюванні функціонального стану яєчників встановлено, що частота зустрічальності кіст яєчників достовірно вища ($p < 0,001$) у пацієнок з ановуляцією, ніж у жінок без порушень овуляції: 29,2% і 5,4% випадків відповідно.

У пацієнок з ановуляцією достовірно збільшеними є мінімальна і максимальна товщина білкової оболонки яєчників, максимальна товщина зовнішньої теки фолікулів; частота зустрічальності фіброзу зовнішньої теки фолікулів, проліферації сполучної тканини в стромі яєчника, фіброцитів і волокон в стінках фолікулярних кіст, а також гіалінова дистрофія судин і псамозні тільця, що є результатом посилення процесів колагенотворення в яєчниках і відображають вираженість метаболічних порушень і дистрофічних процесів в яєчниках.

Дисгормональні зміни у жінок з ановуляцією залежать від віку пацієнок і характеризуються зниженням рівня

ФСГ, ЛГ, тестостерону, андростендіону і прогестерону, причому зменшення концентрації ФСГ виявилось значнішим у жінок без порушень овуляції, а ЛГ, андрогенів – у пацієнок з ановуляцією.

При ановуляції патологічні зміни гіпофізарно-яєчникових зв'язків починаються дуже рано – на ранньому етапі репродуктивного періоду онтогенезу або ще до його початку, на фоні вирівнювання «рівня старіння» репродуктивної системи жінок, до 29–39 років, ці зміни дещо згладжуються і відмінності рівня гормонів крові, параметрів макро- і мікроскопічної будови і ферментної активності яєчників пацієнок стають менш значними.

При оцінюванні яєникового артеріального кровотоку встановлено, що у пацієнок з ановуляцією яєникова артеріальна перфузія нижча, ніж у жінок без репродуктивних порушень. Зі збільшенням віку відбувається збільшення показників периферійного судинного опору і зменшення значень швидкості кровотоку в яєчниках, тобто у пацієнок з ановуляцією вікова динаміка показників периферійного судинного опору і швидкості кровотоку в яєчниках значно більш виражена, ніж у жінок без порушень овуляції.

Лікувальна тактика у пацієнок з ановуляцією включала чотири послідовно виконуваних етапів: підготовчий етап, при якому забезпечується попередня корекція клініко-лабораторних і ендокринологічних змін, потім індукція овуляції кломіфену цитратом, третій етап – хірургічна стимуляція овуляції і четвертий етап – стимуляція овуляції прямими індукторами.

Сумарна ефективність удосконаленого нами поетапного алгоритму складає $76,6 \pm 6,8\%$, при цьому на 1-у етапі (підготовчий) вагітність настає в $16,3 \pm 3,8\%$ випадків; на 2-у (медикаментозна стимуляція овуляції) – $22,7 \pm 5,2\%$; на 3-у етапі (хірургічна стимуляція овуляції) – $24,6 \pm 4,0\%$ і на 4-у (стимуляція овуляції прямими індукторами – рекомбінантними гонадотропінами) – $13,6 \pm 4,2\%$ спостережень.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що на основі даних вивчення ефективності розробленої нами тактики лікування жінок з безпліддям на тлі ановуляції можна стверджувати, що диференційована, поетапна стимуляція овуляції дозволяє добитися прискорення процесу нормалізації вмісту основних гормонів. У жінок з ановуляцією відбуваються істотні позитивні зміни менструальної і репродуктивної функції, що сприяє корекції метаболічних порушень, нормалізації діяльності репродуктивної системи, зниженню ризику розвитку соматичної патології. Застосований нами підхід до ведення пацієнок з безпліддям забезпечує настання вагітності за результатами дослідження в $76,6 \pm 6,8\%$ спостережень.

Оптимизация тактики ведения пациенток с ановуляторным бесплодием О.В. Горбунова, Н.А. Марьянчик

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что на основе данных изучения эффективности разработанной нами тактики лечения женщин с бесплодием на фоне ановуляции можно утверждать, что поэтапная стимуляция овуляции позволяет добиться нормализации содержания основных гормонов. У женщин с ановуляцией происходят существенные позитивные изменения менструальной и репродуктивной функции, что способствует коррекции метаболических нарушений, нормализации деятельности репродуктивной системы, снижению риска развития соматической патологии. Исползованный нами подход к ведению пациенток с бесплодием обеспечивает наступление беременности в $76,6 \pm 6,8\%$ наблюдений.

Ключевые слова: ановуляторное бесплодие, тактика ведения.

Optimisation of tactics of conducting patients with anovulation barreness O.V. Gorbunova, N.A. Marjanchik

Results of the spent researches testify that on the basis of the data of studying of efficiency of tactics of treatment of women developed by us with barreness against anovulation it is possible to assert that stage-by-stage stimulation anovulation allows to achieve normalisation of the maintenance of the basic hormones. At women with anovulation occur essential positive changes of menstrual and reproductive function that promotes correction of metabolic infringements, normalisation of reproductive system, to decrease in risk of development of a somatic pathology. The approach used by us to conducting patients with barreness provides pregnancy approach in $76,6 \pm 6,8\%$ of supervision.

Key words: anovulation barreness, conducting tactics.

Сведения об авторах

Горбунова Ольга Владимировна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 352-93-98

Марьянчик Наталья Анатольевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Чечурова Т.Н. Формы эндокринного бесплодия // В кн.: Бесплодный брак. Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 126–144.
2. Пирогова В.И., Вильгельм А.А. Реабілітація жінок, оперованих з приводу генітального ендометріозу // Тези доповідей медичної конференції студентів і молодих вчених. – Львів, 2009. – С. 128.
3. Созанський О.М., Томич М.В., Шрамкевич А.Ф. Основні недоліки в організації надання допомоги жінкам при аденоміозі // Тези доповідей Х з'їзду акушерів та гінекологів. – Одеса, 1996. – С. 11.
4. Сусликова Л.В. Целесообразность коррекции состояния эндометрия перед проведением вспомогательных репродуктивных технологий // Проблемы репродукции. – 2009. – Специальный выпуск: Тезисы III Международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2009. – С. 294.

Статья поступила в редакцию 07.11.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ОТКАЗ ОТ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ПОВЫШАЕТ РИСК ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ

Родители часто выбирают немолочные напитки, например такие как миндальное, соевое или рисовое молоко, для детей, которые имеют аллергию на молоко или непереносимость лактозы. Некоторые родители считают, что эти напитки полезны для здоровья, даже для детей, которые могут пить регулярно молоко.

Родители обычно советуются со своим педиатром о полезной альтернативе коровьему моло-

ку для своих детей. Однако этот вопрос очень сложный, так как важно поддерживать уровень витамина D у ребенка в норме, а далеко не все напитки богаты этим витамином.

Витамин D помогает организму усваивать кальций, так что это важно для крепости костей и зубов. Этот витамин вырабатывается организмом, когда кожа подвергается воздействию солнечных лучей. Производители также могут добав-

лять его в определенные продукты, такие как молоко и молочные продукты в целом.

Результаты исследования показали, что у детей, потребляющих немолочные альтернативы коровьему молоку, вероятность дефицита витамина D повышена в два раза. Родители должны помнить о важности этого витамина в рационе и пытаться восполнить его у ребенка.

<http://www.medicinform.net>