

Вплив гепатобіліарної системи жінки на результати використання допоміжних репродуктивних технологій

О.Г. Бойчук

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

Проведений ретроспективний аналіз 614 амбулаторних карт жінок, які звернулись з приводу лікування безпліддя і яким було призначено і проведено лікування із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), підтвердив роль порушень функціональної метаболічної системи «гіпоталамус–гіпофіз–яєчники–печінка» у виникненні безпліддя. У жінок із безпліддям встановлена висока частота патології гепатобіліарної системи та ожиріння. Частота цих захворювань достовірно вища у жінок з невдалими спробами ДРТ. Показано також суттєву роль гепатобіліарної системи в ефективності ДРТ, перебігу та наслідках вагітності. Наголошено на необхідності додаткових комплексних досліджень для встановлення конкретних патогенетичних механізмів та розроблення терапевтичних засобів впливу.

Ключові слова: безпліддя, допоміжні репродуктивні технології, вагітність, гепатобіліарна система

Порушення гормонального фону не тільки пов'язане з репродуктивною патологією, але також впливає на функції багатьох органів і систем. Найбільш часто порушуються метаболічні функції печінки. Патологічною основою для цього є існування в організмі функціональної метаболічної системи «гіпоталамус–гіпофіз–яєчники–печінка» [1].

Зв'язок між репродуктивною та гепатобіліарною системами відомий давно [2, 3]. З одного боку, у пацієнтів з безпліддям часто виявляють захворювання печінки і жовчонивідних шляхів, що призводять до розвитку порушень метаболізму естрогенів [4], з іншого – надлишок у крові деяких статевих стероїдів несприятливо впливає на різні функції печінки [5, 6]. М. Maneshi і А. Martorani (1974) описали печінково-яєчниковий синдром, який певною мірою визначає цей взаємозв'язок [7].

У більшості хворих з репродуктивною патологією порушення функцій печінки відбуваються за відсутності клінічних ознак захворювання гепатобіліарної системи [1, 2, 4].

Тісні функціональні взаємозв'язки печінки та жіночих статевих гормонів, часте поєднання їхніх порушень і пов'язана з ним необхідність застосування гормональної терапії, що впливає на діяльність печінки, пояснюють підвищений інтерес до вивчення функціонального стану печінки у хворих з безпліддям та жінок з вагітністю, що настала в результаті застосування ДРТ.

Мета дослідження: визначити вплив гепатобіліарної системи жінки на результати ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано 614 амбулаторних карт жінок, які звернулись з приводу лікування безпліддя і яким було призначено і проведено застосування ДРТ (запліднення *in vitro*). Із 614 розпочатих циклів вагітність настала у 147 (23,9%) жінок (1-а основна група), у 467 (76,1%) пацієнток (2-а ос-

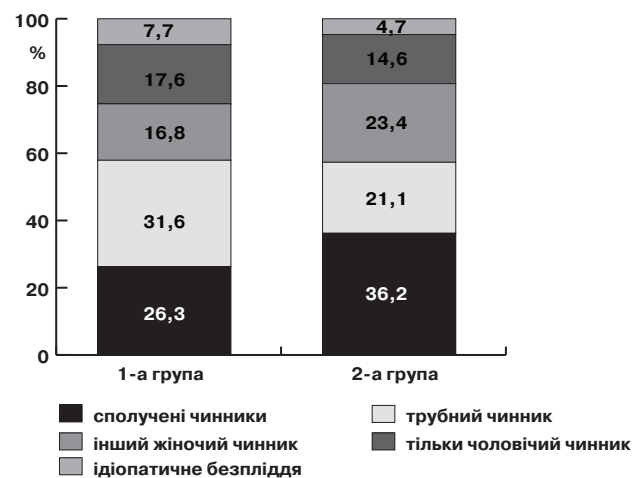
новна група) лікування було неефективним. 50 вагітних з відсутністю безпліддя в анамнезі склали контрольну групу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як видно з даних малюнку, розподіл за причинами безпліддя по групах подібний, але успішність лікування була децю вищою при трубному та тільки чоловічому чинниках і нижчою при сполучених та інших жіночих чинниках ($p < 0,05$).

До факторів ризику безпліддя і тих, що негативно впливають на успішність проведення ДРТ, відносять наявність екстрагенітальної патології, зокрема захворювання печінки (табл. 1). Як видно з даних табл. 1, разом з інфекційними захворюваннями сечостатевої системи та патологією щитоподібної залози, які є загальновизнаними чинниками розладів репродуктивної функції, у жінок з безпліддям висока частота патології гепатобіліарної системи та ожиріння. Частота цих захворювань достовірно вища у жінок з невдалими спробами ДРТ. Отримані дані співпадають з думкою багатьох авторів про патогенетичну роль функціональної метаболічної системи «гіпоталамус–гіпофіз–яєчники–печінка» у розладах репродуктивної функції жінки.

Для визначення ролі патології гепатобіліарної системи у розвитку порушень перебігу вагітності ми розділили жінок, у яких вагітність настала після застосування ДРТ, на 2 підгрупи: 1А – 18 вагітних з функціональними порушеннями гепатобіліарної системи, 1Б – 129 вагітних після ДРТ без ознак функціональних порушень гепатобіліарної системи. Як видно з даних табл. 2, у вагітних із безпліддям в анамнезі



Розподіл обстежених жінок по групах за причинами безпліддя

Таблиця 1

Супутні захворювання у жінок з безпліддям, абс. число (%)

Захворювання	1-а група, n=147	2-а група, n=467	Контрольна група, n=50
Анемія	31 (21,1)	114 (24,4)	9 (18,0)
Серцево-судинна патологія	16 (10,9)	67 (14,3)	3 (6,0)
Інфекційні захворювання урогенітального тракту в анамнезі	51 (34,7)*	133 (28,5)*	9 (18,0)
Патологія щитоподібної залози	11 (7,5)	50 (10,7)*	2 (4,0)
Ожиріння	17 (11,6)	71 (15,2)*	2 (4,0)
Захворювання травного тракту	12 (8,2)	54 (11,6)	3 (6,0)
Патологія гепатобіліарної системи	18 (12,2)^	86 (18,4)*	3 (6,0)

Примітки: * – різниця достовірна щодо показника вагітних з відсутністю безпліддя в анамнезі (p<0,05);

^ – різниця достовірна щодо показника у жінок, у яких вагітність після ДРТ не настала (p<0,05).

Таблиця 2

Ускладнення перебігу вагітності в обстежених жінок, абс. число (%)

Показник	Вагітні після ДРТ			Контрольна група, n=50
	1, n=147	1А, n=18	1Б, n=129	
Ранній гестоз	24 (16,3)	6 (35,3)**	18 (14,0)	4 (8,0)
Викидень, завмерла вагітність	18 (12,2)*	5 (27,8)**	13 (10,1)*	1 (2,0)
Загроза переривання вагітності	48 (32,7)*	7 (41,2)*	41 (31,8)*	5 (10,0)
Загроза передчасних пологів	43 (29,3)*	8 (47,1)**	35 (27,1)*	3 (6,0)
Плацентарна недостатність	53 (36,1)*	8 (47,1)*	45 (34,9)*	4 (8,0)
Анемія	31 (21,1)*	5 (29,4)*	26 (20,2)	9 (18,0)
Дистрес плода	40 (27,2)*	6 (35,3)*	34 (26,4)*	2 (4,0)
Преєклампсія	27 (18,4)*	6 (35,3)**	21 (16,3)*	2 (4,0)
Патологія навколоплідних вод	5 (3,4)	1 (5,9)	4 (3,1)	1 (2,0)

Примітки: * – різниця достовірна щодо показника вагітних з відсутністю безпліддя в анамнезі (p<0,05);

^ – різниця достовірна щодо показника вагітних після ДРТ без гепатобіліарної патології (p<0,05).

(після застосування ДРТ) перебіг вагітності достовірно частіше був ускладнений порівняно з таким у вагітних контрольної групи (з відсутністю безпліддя в анамнезі).

Найчастіше відзначені загроза переривання вагітності та передчасних пологів, плацентарна недостатність та дистрес плода. Привертає увагу у 5 разів вища, ніж у жінок контрольної групи, частота викиднів та завмерлих вагітностей (12,2% проти 2,0%, p<0,05) та більше ніж у 4 рази вища частота одного з найнебезпечніших ускладнень вагітності – преєклампсії (18,4% проти 4,0%, p<0,05). Статистичний аналіз розбіжностей перебігу вагітності у жінок після ДРТ залежно від наявності функціональних порушень гепатобіліарної системи виявив очевидну тенденцію до збільшення частоти ускладнень, зокрема у 3 рази була вищою частота викиднів та завмерлих вагітностей, на 30,0% – дистресу плода. Достовірні відмінності встановлено для показників частоти раннього гестозу (35,3% проти 14,0% у жінок без ознак гепатобіліарної патології, p<0,05), загрози передчасних пологів (47,1% проти 27,1% відповідно, p<0,05) та преєклампсії (35,3% проти 16,3%, p<0,05). Така висока частота преєклампсії, вірогідно, зумовлена саме порушеннями гепатобіліарної системи.

Тобто наявність функціональних розладів гепатобіліарної системи не тільки зумовлює порушення репродуктивної системи жінки, є одним з факторів ризику безпліддя, а і знижує ефективність застосування ДРТ, погіршує перебіг та наслідки вагітності, отриманої внаслідок застосування ДРТ.

ВИСНОВКИ

Проведений ретроспективний аналіз підтвердив роль порушень функціональної метаболічної системи «гіпота-

ламус–гіпофіз–яєчники–печінка» у виникненні безпліддя. Установлено суттєву роль гепатобіліарної системи в ефективності ДРТ, перебігу та наслідках вагітності. Проблема потребує додаткових комплексних досліджень для встановлення конкретних патогенетичних механізмів впливу порушень функціонального стану печінки на ефективність ДРТ та перинатальні наслідки, прогнозу патології гепатобіліарної системи у жінки та розроблення на цій основі патогенетично спрямованого лікувально-профілактичного комплексу.

Влияние гепатобилиарной системы женщины на результаты вспомогательных репродуктивных технологий А.Г. Бойчук

Проведенный ретроспективный анализ 614 амбулаторных карт женщин, обратившихся по поводу лечения бесплодия, которым было назначено и проведено лечение с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), подтвердил роль нарушений функциональной метаболической системы «гипоталамус–гипофиз–яичники–печень» в возникновении бесплодия. У женщин с бесплодием установлена высокая частота патологии гепатобилиарной системы и ожирения. Частота этих заболеваний достоверно выше у женщин с неудачными попытками ВРТ. Показана также существенная роль гепатобилиарной системы в эффективности ВРТ, течения и последствиях беременности. Отмечена необходимость комплексных исследований для установления конкретных патогенетических механизмов и разработки терапевтических методов воздействия.

Ключевые слова: бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, беременность, гепатобилиарная система.

Influence of womens hepato-biliary system for resulting of assisted reproductive technologies A.G. Boichuk

Conducted a retrospective analysis of 614 outpatients women seeking treatment for infertility who have been assigned and were treated with the use of assisted reproductive technologies, confirmed the role of functional disorders of the metabolic system «hypothalamic-pituitary-ovarian-liver» in causing infertility. In women with infertility

found high rates of pathology hepato-biliary system and obesity. The frequency of these diseases was significantly higher in women with unsuccessful attempts to ART. It is also shown a significant role of the hepato-biliary system in the efficiency ART, pregnancy progress and consequences. The authors noted the need for additional complex studies to establish the specific pathogenetic mechanisms and therapeutic methods influence.

Key words: *infertility, assisted reproductive technologies, pregnancy, hepato-biliary system.*

Сведения об авторе

Бойчук Александра Григорьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; Ивано-Франковский национальный медицинский университет; тел.: (050) 209-40-29

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стероидные гормоны, миома матки и нарушения функции печени: патогенез и перспективы лечения / З.Р. Кантемирова, А.М. Торчинов, Т.А. Жигулина и др. // Лечащий Врач. – 2003. – № 10. – С. 18–20.
2. Дубоссарская Ю.А. Патология гепатобилиарной системы в практике гинеколога / Ю.А. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 3 (30). – С. 12–19.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. 3-е изд., доп. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 784 с.
4. Морфофункциональные нарушения органов гепатобилиарной системы при миоме матки: возможные терапевтические подходы / В.А. Петухов, А.М. Торчинов, Е.А. Алексеева и др. // Фарматека. – 2004. – № 2. – С. 80–86.
5. Нарушение функции печени у пациентки с синдромом гиперстимуляции яичников / Т.А. Назаренко, И.Е. Корнеева, М.Ю. Соколова, А.А. Аксененко // Проблемы репродукции. – 2009. – № 3. – С. 70–73.
6. Amino Acid-Dependent Activation of Liver Estrogen Receptor Alpha Integrates Metabolic and Reproductive Functions via IGF-1 / T.S. Della, G. Rando, C. Meda et al. // Cell Metabolism. – 2011. – № 13 (2). – P. 205–214.
7. Maschi M., Matroni A. Steroids sessuali e funzione epatica // Minerva ginec. – 1974. – V. 26, № 9. – P. 526–532.

Статья поступила в редакцию 15.01.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

КАКОЙ СРОК ХРАНЕНИЯ У ГРУДНОГО МОЛОКА

Ученые из Лонг-Айленда утверждают, что грудное молоко может храниться в холодильнике до четырех дней без угрозы бактериального заражения или потери питательной ценности. Это может быть важным для обеспечения бесперебойной работы отделений интенсивной терапии для младенцев, а также для работающих молодых мам.

В большинстве больниц грудное молоко хранят в холодильнике не более трех дней. Группа исследователей из Шнайдерской детской больницы, США, задалась вопросом, который ранее не исследовался: может ли материнское молоко сохранять свои свойства в течение четырех дней?

В исследовании приняли участие 36 молодых матерей, чьи дети проходили лечение в отделении интенсивной терапии для новорожденных. Доктор Ричард Шенлер (Richard Schanler), за-

ведующий отделением интенсивной терапии новорожденных в Шнайдерской детской больнице, говорит, что в его отделении требования к условиям хранения грудного молока были даже строже, чем везде. Он надеется, что полученные ими данные будут способствовать переходу на новый режим хранения молока во всем мире. "Мы старались не хранить молоко более 48 часов, - сказал доктор Шенклер, - но благодаря этому исследованию мы обнаружили, что изменения, которые происходят при увеличении срока хранения до 96 часов, на самом деле не так уж заметны".

Он отметил, что хранение материнского молока представляет собой огромную проблему для отделений интенсивной терапии новорожденных. В предыдущих исследованиях, посвященных этому вопросу, акцент в основном делался на том, как избе-

жать его бактериального заражения. Полученные исследователями данные могут быть полезны не только для медицинских учреждений, но и для работающих молодых мам, которые совмещают работу с уходом за ребенком.

Доктор Шенлер и его коллеги рекомендуют хранить грудное молоко в стеклянных или пластиковых контейнерах (пластиковые контейнеры не должны содержать бисфенол А) при температуре не более 39 градусов по Фаренгейту, в задней части холодильника. Иногда, в качестве дополнительной меры предосторожности, молоко замораживают, однако при этом происходит нарушение работы клеток, защищающих молоко от бактериального заражения, и потеря питательной ценности, поэтому делать это без острой необходимости не рекомендуется.

Источник: www.health-ua.org