

ОСОБЛИВОСТІ ПРЕГРАВІДАРНО ПІДГОТОВКИ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНО ФУНКЦІ (ПМФ) НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНО СИСТЕМИ (ХЗГБС)

ОСОБЛИВОСТІ ПРЕГРАВІДАРНО ПІДГОТОВКИ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНО ФУНКЦІ (ПМФ) НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНО СИСТЕМИ (ХЗГБС) – Проблема порушень менструально функції впродовж багатьох років займає одне з перших місць серед захворювань репродуктивно системи і не втрачає своє актуальності, оскільки призводить не лише до втрати працездатності, але й до проблем у реалізації репродуктивно функції. Зростання екстрагенітально патології, зокрема ХЗГБС, з одного боку, посилює перебіг ПМФ, з іншого – обмежує арсенал лікарських засобів, які часто мають побічний негативний вплив на гепатобіліарну систему. Триває активний пошук адекватного лікування ПМФ та реабілітаційно терапії цієї патології. Доцільно до комплексно терапії включати засоби, які б мали добрий лікувальний ефект і не викликали виражено побічно дії на організм. Вивчено результати клінічних, ехографічних, ендокринологічних, імунологічних досліджень у жінок з ПМФ та ХЗГБС. Обстежено 59 жінок з ПМФ, а саме, гіпоменструальним синдромом, які страждають від хронічних захворювань гепатобіліарно системи. Розроблена методика комплексно прегравідарно терапії із застосуванням хепелю, гепар-композитуму, коензим-композитуму та циклодинону.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ (НМФ) НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ (ХЗГБС) – Проблема нарушений менструальной функции на протяжении многих лет занимает одно из первых мест среди заболеваний репродуктивной системы и не теряет своей актуальности, поскольку приводит не только к потере трудоспособности, но и к проблеме реализации репродуктивной функции. Рост экстрагенитальной патологии, в частности, ХЗГБС, с одной стороны, усугубляет течение НМФ, с другой – ограничивает арсенал лекарственных средств, часто имеющих побочное негативное влияние на гепатобилиарную систему. Продолжается активный поиск адекватного лечения НМФ и реабилитационной терапии этой патологии. Целесообразно в комплексную терапию включать средства, имеющие хороший лечебный эффект и не вызывающие выраженного побочного действия на организм. Изучены результаты клинических, эхографических, эндокринологических, иммунологических исследований у женщин с НМФ и ХЗГБС. Обследовано 59 женщин с НМФ, а именно, гипоменструальным синдромом, страдающих хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы. Разработана методика комплексной прегравидарной терапии с использованием хепеля, гепар-композитума, коензим-композитума и циклодинона.

PECULIARITIES OF PREGRAVIDARIAL THERAPY OF WOMEN WITH MENSTRUAL FUNCTION DISORDERS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC DISEASES OF HEPATO-BILIAR SYSTEM – The problem of the dysfunctions of the reproductive system is very important today, because women must be able to work and realize the reproductive function. Frequency of dysfunctions of the reproductive system increases during the last years. Increase of the extragenital pathology and decrease of the immunity are the main courses of this pathology. The active search of the medicine remedy is continuing. Using of the new remedy is perspective. 59 women with menstrual function disorders, namely with hypomenstrual syndrome, who suffer from chronic diseases of the hepato-biliar system. Technique of the pregravidaral therapy by using of the antihomotoxic remedy Hapel, Hepar-compositum, Coenzyme-compositum and Cycloclonon was worked out.

Ключові слова: гіпоменструальний синдром, хронічні захворювання гепатобіліарно системи, імунний статус, антигомтоксичні засоби.

Ключевые слова: гипоменструальный синдром, хронические заболевания гепатобилиарной системы, иммунный статус, антигомтоксические средства.

Key words: hypomenstrual syndrome, the chronic diseases.

ВСТУП Проблема розладів менструально функції впродовж багатьох років займає одне з чільних місць серед гінекологічно патології, сягаючи за даними багатьох авторів 50–60 % [1–3]. Незважаючи на досягнення фармакології та значний арсенал лікарських засобів, не завжди вдається досягти достатньо ефективності лікування, особливо при супутній екстрагенітальній патології [4–9]. Значна частота ПМФ, які призводять не лише до втрати працездатності, але й до непліддя, невиношування, плацентарно дисфункції, спонукають спеціалістів до пошуку нових методів лікування даного захворювання [2, 5, 8].

Метою нашого дослідження стали визначення стану імунно системи, його кореляції з клінічними проявами та розробка методу ефективного прегравідарного лікування жінок із гіпоменструальним синдромом та ХЗГБС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Нами обстежено 59 жінок з ПМФ та ХЗГБС, яких було поділено на дві групи. До першої групи ввійшли 30 жінок, які отримували традиційну терапію, до другої групи – 29 жінок, яким проводили лікування за запропонованою схемою. Контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок.

Традиційну терапію екстрагенітально патології проводили симптоматичними засобами лише при маніфестації клінічних проявів захворювання у поєднанні з антибактеріальними засобами [4–7, 9, 10]. Запропонована нами терапія включала антигомтоксичні засоби: хепель по 1 таблетці тричі на день протягом 1 місяця, коензим-композитум – 2,2 мл внутрішньом'язово двічі на тиждень 10 ін'єкцій на курс, після завершення курсу коензіму-композитуму призначали гепар-композитум – 2,2 мл двічі на тиждень 7–10 ін'єкцій на курс та циклодинон по 40 крапель 1 раз на добу протягом 3 місяців. Всім пацієнткам проводили клінічне обстеження, УЗД геніталій, органів черевно порожнини, кольпоцитологічне дослідження, загальноприйняте лабораторне обстеження: клінічне дослідження крові, сечі, визначення глюкози, білірубіну, холестерину, білка, сечовини, креатиніну, трансаміназ в крові. Імунологічні дослідження проводили шляхом визначення загальної популяції Т-лімфоцитів, субпопуляції Т-хелперів (Тх), Т-супресорів (Тс), співвідношення Тх/Тс, В-лімфоцитів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Середній вік обстежуваних жінок склав у досліджуваних групах (23,6±2,5) і (23,7±2,3) роки, у контрольній – (23,5±2,3) роки. У 45 (76,3 %) па-

цієнок діагностовано дискінезію жовчних шляхів, у 35 (59,3 %) пацієнок досліджуваних груп спостерігався хронічний холецистохолангіт, у 26 (44,1 %) – хронічний гепатохолецистит, у 14 (23,7 %) – хронічний панкреатит, у 21 (35,6 %) – хронічний невірусний гепатит. ХЗГБС спостерігались від 3,0 до 12,0 років. В обох групах вказані захворювання були пропорційними. ПМФ у жінок першо групи спостерігались від 2,0 до 5,0 років, у жінок друго групи від 2,5 до 6,0 років. Пацієнтки знаходились під спостереженням протягом 1 року. Обстеження проводили до лікування, після лікування та через 1 рік після лікування. В першій групі первинне непліддя спостерігалось у 7 пацієнок, один викидень в анамнезі – у 5 пацієнок, звичне невиношування – у 4 пацієнок. В другій групі непліддя – у 8 пацієнок, 1 викидень – у 6 пацієнок та звичне невиношування – у 3 пацієнок. Ехографічні дослідження проводили до лікування, через кожні 6 місяців у 1 і 2 фазу менструального циклу протягом 1 року. Відповідно проводили кольпоцитологічне дослідження. До лікування у 17 пацієнок першо групи та у 14 пацієнок друго групи виявлено гіпоплазію матки, причому в першій групі М-ехо склало (7,8±1,77) мм; в другій групі – (8,1±1,7) мм. Тривалість менструального циклу в першій групі склала 38,3 дні, в другій групі – 39,8 дні. Вказані показники підтверджують літературні дані [1–3]. Контрольне ехографічне обстеження жінок проводили через 3, 6 і 12 місяців. Виявлено наступні результати: у 12 (40,0 %) жінок першо групи на 7 добу менструального циклу М-ехо в проліферативній фазі, у 18 (60,0 %) – в секреторній; у пацієнок друго групи на 7 добу циклу М-ехо в проліферативній фазі у 10 (34,5 %); на 21 добу менструального циклу М-ехо в секреторній фазі виявлено у 7 (23,3 %) пацієнок першо групи, у 23 (76,7 %) М-ехо тришарове. У 8 (27,6 %) жінок друго групи на 21 добу менструального циклу діагностовано ендометрій в секреторній фазі, у 11 (72,4 %) виявлено тришарове М-ехо, що свідчить про естрогенну недостатність і відповідає літературним даним [1–3]. Дослідження кольпоцитограма у випадках виявлення тришарового М-ехо підтверджувало монофазний менструальний цикл. Після лікування через 3 місяці у 21 (70,0 %) пацієнтки першо групи відновився двофазний менструальний цикл, у пацієнок друго групи цей показник склав 26 (89,7 %).

Біохімічні дослідження у жінок першо групи до лікування виявили наступне: загальний білірубін – (17,62±1,17) мкмоль/л; загальний білок – (53,21±4,15) г/л, причому альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 1,5:1; аланінамінотрансфераза (АЛТ) – (16±4) Од/л; аспартатамінотрансфераза (АСТ) – (21±5) Од/л; гамма-глутаматтрансфераза (ГГТ) – (42±5) Од/л; лужна фосфатаза (ЛФ) – (69±17) Од/л. У пацієнок друго групи отримано наступні результати: білірубін – (19,12±1,28) мкмоль/л; загальний білок – (51,78±2,56) г/л, причому альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 1:1,7; аланінамінотрансфераза (АЛТ) – (13±5) Од/л; аспартатамінотрансфераза (АСТ) – (23±4) Од/л; гамма-глутаматтрансфераза (ГГТ) – (41±7) Од/л;

лужна фосфатаза (ЛФ) – (62±19) Од/л. Після лікування показники білка підвищились до (61,74±3,26) г/л та альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 1,5:1. Рівень ГГТ знизився до (36±7) Од/л. В другій групі нормалізувались показники білка і становили (67,17±9,24) г/л, альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 2:1. Рівень ГГТ знизився до (31±3) Од/л. Результати наших досліджень відповідають літературним даним [4–7].

Отримані результати імунологічних досліджень до лікування виявили зниження загальної популяції Т-лімфоцитів у першій досліджуваній групі до (41,12±1,28) % ($p < 0,05$) і в другій групі до (40,31±2,24) % ($p < 0,05$) проти (52,50±2,34) % в контрольній групі, кількість Тх становила (27,931±2,27) % ($p < 0,05$) і (26,32±1,73) % ($p < 0,05$) відповідно проти (38,71±2,06) % в контрольній групі, Тс – (17,43±1,29) % ($p < 0,05$) і (17,21±1,36) % ($p < 0,05$) проти (15,62±1,64) % в контрольній групі, зменшилась кількість В-лімфоцитів до (9,11±0,13) % ($p > 0,05$) і (9,02±0,86) % ($p < 0,05$) проти (9,60±0,45) % в контрольній групі, що підтверджує дані літератури [1–4, 7, 8]. Після традиційно терапі відмічено підвищення рівня загальної популяції Т-лімфоцитів до (46,32±2,61) %, рівень Тх досяг (33,42±2,41) %, Тс становили (16,21±2,53) %, що співзвучне з літературними даними [4, 6–9]. У пацієнок друго групи після лікування відмічено підвищення рівня загальної популяції Т-лімфоцитів, яка достовірно не відрізнялася від контрольних показників – (51,71±2,16) %, Тх зросли до (34,56±2,67) %, Тс становили (16,89±2,27) %. Через 1 рік після застосування традиційно терапі наблизився до контрольних показників Тх/Тс. Проте у 15 (50,0 %) пацієнок першо групи діагностовано ознаки гіпоменструального синдрому, крім цього в 12 (40,0 %) з них ці клінічні прояви спостерігались на тлі загострення ХЗГБС. Через 1 рік після лікування у пацієнок першо групи виявлено зниження рівня Т-лімфоцитів до (45,26±2,17) %, кількість Тх становила (31,24±2,12) %, Тс – 16,13 %. У пацієнок друго групи через 1 рік після лікування кількість загальної популяції Т-лімфоцитів становила (52,47±2,23) %, кількість Тх становила (33,12±2,89) %, Тс – 17,18 %. Отримані результати свідчать про стійку нормалізацію досліджуваних показників імунного статусу при застосуванні запропонованого лікування. Важливо відзначити, що у 18 (60,0 %) пацієнок першо групи протягом року спостереження відмічено рецидиви ХЗГБС. У другій дослідній групі загострення ХЗГБС відмічено у 5 (17,2 %) пацієнок, у пацієнок цієї групи рецидивів матково кровотечі не було.

ВИСНОВКИ На основі проведених досліджень можна зробити висновок, що у жінок з ХЗГБС спостерігаються порушення менструально функції у вигляді гіпоменструального синдрому. При спробі реалізувати репродуктивну функцію простежується неплідність, невиношування. Запропонована терапія з використанням антигомотоксичних засобів хепелю, гепар-комполітуму, коензим-комполітуму та циклодинону у жінок з ХЗГБС дає змогу забезпечити стійку ремісію екстрагенітально па-

тологі, стабілізувати стан імунно системи, відновити нормальний менструальний цикл, що сприяє реалізації репродуктивної функції.

Перспективи подальших досліджень Планується продовження досліджень в плані реалізації репродуктивної функції, перебігу вагітності та стану плода при ХЗГБС.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология / Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольский. – К., 2003. – 304 с.
2. Дубоссарская З. М. Теория и практика гинекологической эндокринологии / З. М. Дубоссарская – Днепропетровск, 2005. – 409 с.
3. Манухин И. Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. – М., 2001. – 247 с.
4. Царегородцева Т. М. Диагностическое и прогностическое значение показателей гуморального иммунного статуса при заболеваниях органов пищеварения / Т. М. Царегородцева, Т. И. Серова // Гастроэнтерология. – 2007. – № 2. С. 93–99.
5. Ткач С. М. Применение антигемолитических препаратов в гастроэнтерологии : метод. рекомендации МОЗ Украины / С. М. Ткач, Б. М. Марусанич – 2006.
6. Філіппов Ю. О. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні : здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення // Ю. О. Філіппов, І. О. Скірта // Гастроентерологія. – 2005. – № 36. – С. 9–17.
7. Ильченко Л. Ю. Хронические вирусные гепатиты : перспективы и достижения / Л. Ю. Ильченко, Г. Н. Якимчук // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 2. – С. 34–38.
8. Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні : наказ № 620. – Київ, 2003.
9. Neoptolemos J. P. Fast fact: Diseases of the pancreas and biliary tract / J. P. Neoptolemos, M. S. Bhutani. Oxford: Health Press, 2006. – P.112–117.
10. Immunopathogenesis of hepatitis infection / A. G. Freeman, G. Marinos, G. Fren, A. R. Lloyd // Immunol. Cell Biol. – 2001. – Vol. 2. – P. 515–536.

Отримано 28.03.11