

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

ВПЛИВ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ЖІНОК З ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ

ВПЛИВ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ЖІНОК З ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ – Проблема дисфункціональних маткових кровотеч (ДМК) залишається актуальною внаслідок збільшення захворюваності жінок та їх ролі в суспільстві, що вимагає від них стабільної працездатності. ДМК часто поєднуються з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи, зокрема хронічними гепатитами, тому при виборі комплексної терапії ДМК важливо дослідити функціональний стан печінки для забезпечення стійкої ремісії поєднаної патології. Ми вивчали результати клінічних, ультрасонографічних досліджень та біохімічні показники функції печінки у жінок з ДМК на тлі хронічних гепатитів залежно від способу застосування гормональної терапії ДМК. Обстежено 60 жінок із ДМК, які страждають від хронічних гепатитів (ХГ), і отримували комплексну гормональну терапію. Вивчено функціональний стан печінки при пероральному та інтравагінальному застосуванні гестагенних препаратів.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ – Проблема дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК) остается актуальной в результате увеличения заболеваемости женщин и их роли в обществе, требующая от них стабильной работоспособности. ДМК часто сочетаются с хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы, в частности хроническими гепатитами, поэтому при выборе комплексной терапии ДМК важно исследовать функциональное состояние печени для обеспечения стойкой ремиссии сочетанной патологии. Мы изучали результаты клинических, ультрасонографических исследований и биохимические показатели функции печени у женщин с ДМК на фоне хронических гепатитов в зависимости от способа применения гормональной терапии ДМК. Обследовано 60 женщины с ДМК, страдающих хроническими гепатитами (ХГ), получающих комплексную гормональную терапию. Изучено функциональное состояние печени при пероральном и интравагинальном применении гестагенных препаратов.

INFLUENCE OF HORMONOTHERAPY ON INDEXES OF FUNCTION OF LIVER FOR WOMEN FROM DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING OF REPRODUCTIVE AGE ON THE BACKGROUND OF CHRONIC HEPATITIS – Problem of the dysfunctional uterine bleeding (DUB) remains actual as a result of increase of morbidity of women and their role in society that requires a stable capacity from them. DUB often combine with the chronic diseases of the hepato-biliar system, in particular, by chronic hepatitis, that is why at the choice of complex therapy of DUB it is important to investigate the functional state of liver for providing of proof remission of the united pathology. We studied the results of clinical, ultrasonographic researches and biochemical indexes of function of liver for women from DUB on a background chronic hepatitis depending on the method of application of hormoneotherapy of DUB. 60 women from DUB, that suffer chronic hepatitis (CH) that got a complex hormoneotherapy, are inspected. The functional state of liver is studied at peroral and intravaginal application of gestagen preparations.

Ключові слова: дисфункціональні маткові кровотечі, хронічні гепатити, функція печінки, гормональна терапія.

Ключевые слова: дисфункциональные маточные кровотечения, хронические гепатиты, функция печени, гормональная терапия.

Key words: dysfunctional uterine bleeding, chronic hepatitis, function of liver, hormonal therapy.

ВСТУП ДМК репродуктивного віку є актуальною проблемою жіноцтва, оскільки сьогодні спостерігається ріст захворюваності та втрати працездатності, погіршення якості життя молодих жінок. За даними багатьох вчених, ця патологія складає 40–50 % серед усіх ендокринних гінекологічних захворювань [1–3]. Глибокі різнобічні наукові дослідження сприяють досягненню вагомих результатів у цій галузі, але супутні захворювання, зокрема патологія печінки, обмежують вибір медикаментозних засобів внаслідок їх негативного впливу на гепатобіліарну систему і не дозволяють досягти достатнього лікувального ефекту та стійкої ремісії [1–6]. При супутньому хронічному гепатиті (ХГ) для вибору лікування основного захворювання велике значення мають дослідження функції печінки, а саме: визначення рівня глюкози, загальний білок, загальний білірубін, загальний холестерин, тригліцериди, аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспаратамінотрансфераза (АСТ), гаммаглутаматтрансфераза (ГГТ) [4, 6–9].

Метою нашого дослідження було визначення біохімічних показників функції печінки, їх особливості залежно від способу застосування гормональних засобів терапії ДМК репродуктивного віку на тлі хронічних гепатитів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 60 жінок із ДМК репродуктивного віку та ХГ. До першої групи ввійшло 30 жінок, які отримували лікування за запропонованою схемою, їм проводили інтравагінальне введення ендометрину, до другої групи – 30 жінок, яким проводили гормональну терапію шляхом перорального застосування оргометрину в 2 фазу менструального циклу впродовж 3 менструальних циклів. Контрольну групу склали 20 соматично здорових жінок із ДМК. Лікування ДМК проводили згідно з протоколом МОЗ України: виконували діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням, утеротонічними та гемостатичними засобами, при маніфестації клінічних проявів ХГ застосовували симптоматичну терапію [1, 4–9]. Запропонована нами терапія включала коензим-композитум 2,2 мл внутрішньом'язово двічі на тиждень 10 ін'єкцій на курс, галстену по 1 таблетці двічі на добу протягом 3 місяців, ендометрин двічі на день інтравагінально в 2 фазу менструального циклу протягом 3 циклів. Усім пацієнткам проводили клінічне обстеження, УЗД геніталій, органів черевної порожнини, клінічне дослідження крові, сечі, біохімічні показники крові: рівень глюкози натще, загальний білок, загальний білірубін, загальний холестерин, тригліцериди, АСТ, АЛТ, ГГТ [7–9].

Статистичну обробку отриманих даних виконано у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України” в програмному пакеті Statsoft STATISTICA.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У досліджуваних групах середній вік жінок склав (34,3±2,4) і (35,7±2,2) року, в контрольній – (27,5±2,3) року. У всіх пацієнок першої групи та другої груп діагностовано хронічний гепатит невірусної етіології. ХГ спостерігали від 3,0 до 12,0 років. ДМК у жінок першої групи були від 3,0 до 7,0 років, у жінок другої групи – від 2,5 до 6,0 років. Спостереження тривало протягом 2 років. Обстеження проводили до лікування, після лікування та через 1 рік після лікування. УЗД виконували до лікування, через кожні 6 місяців протягом 2 років. Тривалість менструального циклу в першій групі скла-

ла 24,3 дня, у другій групі – 25,1 дня. ДМК у жінок обох груп супроводжувалась дисменореєю. Серед клінічних проявів дисменореї спостерігали наступні: альгоменорея була у всіх пацієнок першої та другої груп; головний біль – у 24 (80,0 %) жінок в першій групі та у 23 (76,7 %) пацієнок другої групи, мастодинія – у 25 (83,3 %) жінок в першій групі та в 26 (86,7 %) у другій групі, нерегулярні менструації – у 10 (33,3 %) в першій групі та 13 (43,3 %) в другій групі. Визначені показники підтверджують літературні дані [1, 6–8]. Контрольне ультразвукографічне обстеження жінок виконували через 3, 6 і 12 місяців. Органічні захворювань з боку геніталій не було виявлено [1–3, 6]. Усіх пацієнтів консультував гепатолог, які отримували лікування ХГ згідно з його рекомендаціями [6–9].

Проведені біохімічні дослідження показників функції печінки приведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Показники біохімічного дослідження крові у жінок із ДМК дітородного віку

Показник	Перша група (n=30)		Друга група (n=30)		Контрольна група (n=20)
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
Глюкоза (ммоль/л)	6,30±0,15	4,40±0,09*	6,17±0,17	4,31±0,18*	3,68±0,19
Загальний білок (г/л)	47,87±0,65	69,83±0,51*	47,57±0,68	64,17±0,72*	76,10±1,13
Білірубін загальний (ммоль/л)	36,51±1,26	15,93±0,41*	32,08±1,31	24,71±0,86*	11,17±0,70
Холестерин (ммоль/л)	7,59±0,16	3,81±0,13*	7,37±0,15	4,74±0,13*	3,90±0,11
Тригліцериди (ммоль/л)	3,43±0,05	1,89±0,07*	2,51±0,06	1,89±0,04*	1,70±0,05
Аланінамінотрансфераза (АЛТ) (Од/л)	124,77±1,62	23,73±0,68*	116,10±1,84	28,70±1,03*	13,00±0,62
Аспартатамінотрансфераза (АСТ) (Од/л)	96,90±1,69	23,73±0,63*	97,83±1,46	32,57±1,28*	17,00±0,62
Гаммаглутаматтрансфераза (ГГТ) (Од/л)	194,93±2,56	37,37±1,52*	198,00±4,63	49,40±1,92*	31,00±1,02

Примітка. * – достовірність порівняно з показниками до лікування (p<0,05).

Проведені дослідження у жінок першої групи показали, що загальний білок – (47,87±0,65) г/л. У першій групі після лікування нормалізувались показники білка і становили (69,83±0,51) г/л. У пацієнок другої групи до лікування виявили такі показники: загальний білок – (47,57±0,68) г/л. Після лікування показники білка підвищились до (64,17±0,72) г/л. Дані результати свідчать про ефективність лікування в обох групах. Дослідження біохімічних показників проводили у жінок із ДМК першої і другої груп при загостренні ХГ до і після лікування. Отримано такі результати: у пацієнок першої групи до лікування холестерин становив (7,59±0,16) ммоль/л, в контрольній групі – (3,90±0,11) ммоль/л (p<0,05); тригліцериди – (3,43±0,05) ммоль/л, в контрольній групі – (1,70±0,05) ммоль/л (p<0,05); білірубін загальний – (36,51±1,26) ммоль/л, у контрольній групі – (11,17±0,70) ммоль/л (p<0,05); глюкоза натще – (6,30±0,15) ммоль/л, в контрольній групі – (3,68±0,19) ммоль/л (p<0,05); АЛТ – (124,77±1,62) Од/л; у контрольній групі – (13,00±0,62) Од/л (p<0,05); АСТ – (96,90±1,69) Од/л; в контрольній групі – (17,00±0,62) Од/л (p<0,05); ГГТ – (194,93±2,56) Од/л; в контрольній групі – (31,00±1,02) Од/л (p<0,05). Після лікування рівень амінотрансфераз знизився до показників контрольної групи, ГГТ зменшився до (44,±0,4) Од/л. У другій групі рівень біохімічних показників був таким: холестерин – (7,37±0,15) ммоль/л, в контрольній групі – (3,90±0,11) ммоль/л (p<0,05); тригліцериди – (2,51±0,06) ммоль/л, в контрольній групі – (1,70±0,05) ммоль/л (p<0,05); білірубін загальний – (32,08±1,31) ммоль/л, у контрольній групі – (11,17±0,70) ммоль/л

(p<0,05); глюкоза натще – (6,17±0,17) ммоль/л, в контрольній групі – (3,68±0,19) ммоль/л (p<0,05); АЛТ – (116,10±1,84) Од/л (p<0,05) в контрольній групі – (13,00±0,62) Од/л; АСТ – (97,83±1,46) Од/л в контрольній групі – (17,00±0,62) Од/л (p<0,05); ГГТ – (198,00±4,63) Од/л в контрольній групі – (31,00±1,02) Од/л (p<0,05). Після лікування у пацієнок першої групи рівень амінотрансфераз, білірубину, глюкози знизився і досяг показників контрольної групи. Рівень ГГТ зменшився в першій групі до (37,37±1,52); у другій групі – до (49,40±1,92) Од/л (p<0,05). Найбільш виражені зміни ми спостерігали з боку показників АЛТ, що підвищувався в 9,5 раза; АСТ у 5,7 раза; ГГТ в 6,3 раза. Збільшення рівня холестерину та тригліцеридів зумовлює високий ризик судинних ускладнень. Результати отриманих досліджень підтверджують літературні дані [1, 4–9].

ВИСНОВКИ 1. Результати проведених досліджень виявили зміни біохімічних показників крові, які дають змогу оцінити функціональний стан печінки залежно від способу застосування гестагенної терапії ДМК у жінок репродуктивного віку на тлі ХГ.

2. Застосування інтравагінального введення ендометрину в комплексному лікуванні ДМК репродуктивного віку у жінок із ХГ дає змогу зменшити ризик загострення ХГ та на тривалий час попередити рецидив захворювання.

Перспективи подальших досліджень Плануємо продовжити дослідження ланок патогенезу ДМК з метою оптимізації їх лікування, реабілітації, попередження рецидивів, відновлення якості життя жінок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубоссарская З. М. Теория и практика гинекологической эндокринологии / З. М. Дубоссарская. – Днепропетровск, 2005. – 409 с.
2. Татарчук Т. Ф. Эндокринная гинекология / Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольский. – Киев, 2003. – 304 с.
3. Татарчук Т. Ф. Возможность применения антигомотоксических препаратов при лечении эндометриоза / Т. Ф. Татарчук, Н. Ф. Захаренко, О. И. Бодрягова // Перспективы використання антигомотоксичних препаратів в комплексному лікуванні захворювань урогенітальної патології : тези доп. наук.-практ. симп. – К., 2001. – С. 26–28.
4. Игнатова Т. М. Хронические заболевания печени вирусной и невирусной этиологии у беременных: тактика ведения, лечения / Т. М. Игнатова // Вирусные гепатиты: информационный бюллетень. – 2002. – № 1 (14). – С. 3–11.
5. Ильченко Л. Ю. Хронические вирусные гепатиты: перспективы и достижения / Л. Ю. Ильченко, Г. Н. Якимчук // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 2. – С. 34–38.
6. Радченко В. Г. Основы клинической гепатологии / В. Г. Радченко, А. В. Шабров, Е. Н. Зиновьева. – СПб., 2005. – 860 с.
7. Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні : наказ № 620. – Київ, 2003.
8. Biochemical markers of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection : a prospective study / F. Imbert-Bismut, V. Ratziu, L. Pieroni [et al.] // Lancet. – 2001. – Vol. 357, № 9262. – P. 1069–1075.
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.

Отримано 03.03.14