

ПРЕГРАВИДАРНА ПІДГОТОВКА ЖІНОК З ОЛІГОМЕНОРЕЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ –
ЗАПОРУКА МІНІМІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНИХ РИЗИКІВ

ПРЕГРАВИДАРНА ПІДГОТОВКА ЖІНОК З ОЛІГОМЕНОРЕЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ – ЗАПОРУКА МІНІМІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНИХ РИЗИКІВ – Проблема розладів менструальної функції, зокрема олігоменореї, залишається актуальною унаслідок збільшення захворюваності жінок, що спричинене впливом різноманітних екзогенних та ендогенних патогенних факторів на організм. З огляду літератури, доступної для аналізу, та наших попередніх досліджень відомо, що часто спостерігається поєднання олігоменореї із хронічними гепатитами. Виявлені порушення гормонального статусу та функції печінки мають негативний вплив на перебіг вагітності. Для забезпечення стійкої ремісії поєднаної патології необхідна прегравідарна підготовка, яка дасть змогу попередити ускладнення вагітності та мінімізувати перинатальні ризики. Ми вивчали результати клінічних, ультрасонографічних, гормональних досліджень та біохімічних показників функції печінки у жінок з олігоменореєю на тлі хронічних гепатитів та ефективність впливу прегравідарної підготовки на перебіг вагітності. Обстежено 68 жінок з олігоменореєю, які страждають від хронічних гепатитів (ХГ), 30 з яких отримували комплексну прегравідарну підготовку.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ – ЗАЛОГ МИНИМИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА – Проблема расстройств менструальной функции, в частности, олигоменореи, остается актуальной вследствие увеличения заболеваемости женщин, вызванное влиянием различных экзогенных и эндогенных патогенных факторов на организм. Учитывая доступной для анализа литературы и наших предыдущих исследований известно, что часто наблюдается сочетание олигоменореи с хроническими гепатитами. Выявленные нарушения гормонального статуса и функции печени имеют негативное влияние на течение беременности. Для обеспечения устойчивой ремиссии сочетанной патологии необходима прегравидарная подготовка, которая позволит предупредить осложнения беременности и минимизировать перинатальные риски. Мы изучали результаты клинических, ультрасонографических, гормональных исследований и биохимических показателей функции печени у женщин с олигоменореей на фоне хронических гепатитов и эффективность воздействия прегравидарной подготовки на течение беременности. Обследовано 68 женщин с олигоменореей, страдающих хроническими гепатитами (ХГ), 30 из которых получали комплексную прегравидарную подготовку.

PREGRAVID PREPARATION OF WOMEN WITH OLIGOMENORRHEA AND CHRONIC HEPATITIS – THE KEY TO MINIMIZATION OF PERINATAL RISKS – The problem of menstrual function disorders, in particular, the oligomenorrhea remains relevant due to the increase of morbidity of women due to the influence of various exogenous and endogenous pathogenic factors on the body. Taking into account available for analysis of literature and our previous investigations it is known that often there is a combination of the oligomenorrhea with chronic hepatitis. The violations hormonal status and liver function have a negative impact on pregnancy. To ensure a stable remission of concomitant pathology required pregravid preparation, which will provide an opportunity to prevent pregnancy complications and to minimize perinatal risks. We studied the clinical results, ultrasonographic, hormonal studies and biochemical indicators of liver function in women with oligomenorrhea and the chronic hepatitis and the effect of pregravid preparation for pregnancy. There were examined 68 women with oligomenorrhea with chronic hepatitis (CH), 30 of which received comprehensive pregravid preparation.

Ключові слова: олігоменорея, хронічні гепатити, функція печінки, прегравідарна підготовка, перинатальні ризики.

Ключевые слова: олигоменорея, хронические гепатиты, функция печени, прегравидарная подготовка, перинатальные риски.

Key words: oligomenorrhea, chronic hepatitis, liver function, pregravid preparation, perinatal risks.

ВСТУП Проблема олігоменореї залишається актуальною унаслідок зростання гінекологічної ендокринної патології, екстрагенітальних захворювань та впливу різноманітних патогенних факторів на організм. За даними багатьох вчених, ця патологія складає 40–50 % серед усіх ендокринних гінекологічних захворювань [1]. Глибокі різнобічні наукові дослідження досягли вагомих результатів у цій галузі, але супутні захворювання, зокрема патологія печінки, обмежують вибір медикаментозних засобів унаслідок їх негативного впливу на гепатобіліарну систему і не дозволяють досягти бажаного лікувального ефекту та стійкої ремісії [2–10]. Попередні дослідження, проведені нами, доводять, що у жінок репродуктивного віку доволі часто спостерігається поєднання олігоменореї із хронічними гепатитами. Виявлені порушення гормонального статусу та функції печінки призводять до порушень менструальної функції та мають негативний вплив на перебіг вагітності. Для забезпечення стійкої ремісії поєднаної патології необхідна прегравідарна підготовка, яка дасть змогу попередити ускладнення вагітності та мінімізувати перинатальні ризики. Ми вивчали результати клінічних, ультрасонографічних, гормональних досліджень та біохімічних показників функції печінки у жінок з олігоменореєю на тлі хронічних гепатитів та вплив прегравідарної підготовки на перебіг вагітності. Обстежено 68 жінок з олігоменореєю, які страждають від хронічних гепатитів (ХГ), 30 з яких отримували комплексну прегравідарну підготовку.

Метою дослідження було визначення перинатальних ризиків у жінок з олігоменореєю на тлі хронічних гепатитів та ефективність впливу прегравідарної підготовки на перебіг вагітності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 68 жінок репродуктивного віку з ХГ. До першої групи увійшли 38 жінок, які отримували прегравідарну підготовку за запропонованою схемою. Застосовували мікронізований прогестерон «Ендометрин» по 100 мг вагінально 2 рази на добу в 2 фазу менструального циклу з 16 по 25 день менструального циклу. Циклодинон – по 40 крапель двічі на день упродовж 3 місяців. Екстракт прутняка звичайного чинить нормалізуючу дію на рівень статевих гормонів. Допамінергічні ефекти препарату спричиняють зниження продукування пролактину. Підвищена концентрація пролактину порушує секрецію гонадотропінів, унаслідок чого можуть виникнути порушення при дозріванні фолікулів, овуляції та у стадії жовтого тіла, що надалі призводить до дисбалансу між естрадіолом і прогестероном. Цей дисбаланс між статевими гормонами спричиняє менструальні порушення, а також мастодінію. Глутаргін – по 0,75 г тричі на день упродовж 15 днів, тіотриазолін 2,5 % – 3 мл двічі на добу впродовж 1 місяця, ендометрин – по 100 мг 2–3 рази на день вагінально в I триместрі вагітності при загрозі викидня протягом 6–8 тижнів. До другої групи – 30 жінок, яким не проводили

прегравідарну підготовку. При маніфестації клінічних проявів ХГ застосовували симптоматичну терапію [2–10]. 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 [2–4, 7–10]. 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 29,3 і 31,7 року. У всіх пацієнток першої та другої груп діагностовано хронічний гепатит вірусної та невірусної етіології. Діагностика ХГ базувалась на даних анамнезу (вірусний гепатит В або С, або D; професійні, хімічні шкідливі чинники; медикаментозні інтоксикації; зловживання алкоголем; підпечінковий холестази; метаболічні порушення) – визначали маркери вірусних гепатитів: HBsAg, анти-HBc - IgM, анти-HCV, анти-HCV - IgM; вірусну ДНК або РНК; біохімічні показники: тімолову пробу; АЛТ; АСТ; ГГТ; білірубін; лейкоцитоз; лужну фосфатазу; протромбіновий індекс. ХГ спостерігали від 3,0 до 12,0 років. Олігоменорею у жінок першої групи спостерігали від 3,0 до 7,0 років, у жінок другої – від 2,0 до 8,0 років. Спостереження тривало протягом 7 років. Обстеження проводили до лікування, після лікування та 2 рази на рік протягом спостереження. УЗД виконували до лікування, через кожні 6 місяців протягом 5 років. Тривалість менструального циклу в першій групі складала 49,3 дня, у другій групі – 51,1 дня. Олігоменорея у жінок обох груп супроводжувалась дисменореєю. Серед клінічних проявів дисменореї спостерігали такі: альгоменорея була у всіх пацієнток першої та другої груп; головний біль – у 29 (76,3 %) жінок у першій групі та у 23 (76,7 %) пацієнток другої групи, мастодинія у (81,6 %) жінок в першій та в 26 (86,7 %) у другій групах, нерегулярні менструації у всіх пацієнток обох груп. Визначені показники підтверджують літературні дані [1, 6–8]. Контрольне ультрасонографічне обстеження жінок проводили через 3, 6 і 12 місяців. Органічних захворювань з боку геніталій не було виявлено [1–3, 6]. Усіх пацієнток консультував гепатолог, вони отримували лікування ХГ згідно з його рекомендаціями [2–4, 7–10].

Зміни функції печінки та гормонального статусу жінок при вказаній поєднаній патології представлено в наших попередніх публікаціях. Найбільш виражені зміни ми спостерігали з боку показників АЛТ, підвищувався в 9,5 раза; АСТ – у 5,7 раза; ГГТ – у 6,3 раза. Підвищення рівня холестерину та тригліцеридів зумовлює високий ризик судинних ускладнень. Результати отриманих досліджень підтверджують літературні дані [2–4, 7–10].

Проведено ретроспективний аналіз репродуктивної функції обстежуваних жінок. Первинне безпліддя спостерігали у 12 (31, 6 %), які страждають від ХГ. З них 5 (14,2 %) реалізували репродуктивну функцію після нашого лікування. У другій групі первинне безпліддя було у 7 (23,3 %). Загрозу раннього викидня спостерігали у 30 (78,9 %) жінок першої групи. Причому в 13 (34,2 %) жінок першої групи відбулось переривання вагітності. У другій групі загрозу раннього викидня відмічено у 26 (86,7 %) жінок. Причому ранні викидні відбулися у 17 (56,7 %) жінок другої групи. У всіх пацієнток першої та другої груп переривання вагітності відбулось на тлі загострення ХГ. Жінкам першої групи проводили пре-

гравідарну підготовку за запропонованою схемою. Наступна вагітність була планована. Загрозу викидня діагностовано у 7 (18,4 %), у 6 (15,8 %) на тлі загострення ХГ, цим жінкам виконували терапію ендометрином по 100 мг 2–3 рази на добу вагінально впродовж 6–8 тижнів. Переривання вагітності відбулось у 1 пацієнтки (2,6 %). Передчасні пологи були у 2 (5,3 %) жінок першої групи. У 7 (18,4 %) жінок першої групи було виявлено дисфункцію плаценти, їм проводили метаболічну терапію. У другій групі не проводили прегравідарну підготовку. В 7 (23,3 %) цих пацієнток діагностовано вторинне безпліддя. Загроза переривання вагітності була у 16 (53,3 %) жінок. Викидні – у 7 (23,3 %) жінок. Пізній викидень відбувся у 1 (3,3 %) пацієнтки цієї групи. Передчасні пологи були у 5 (16,7 %) жінок другої групи. Дисфункцію плаценти діагностовано у 23 (76,7 %) вагітних другої групи, причому в 5 (16,7 %) спостерігали затримку розвитку плода. Слід зауважити, що переривання вагітності відбувалось на тлі загострення ХГ. Отримані результати дослідження дають підставу прогнозувати порушення перебігу вагітності у жінок з олігоменореєю на тлі ХГ. Своєчасне виявлення олігоменореї та ХГ дасть змогу забезпечити своєчасне адекватне комплексне лікування та проведення повноцінної прегравідарної підготовки перед планованою вагітністю і, таким чином, мінімізувати перинатальні ризики у жінок з олігоменореєю на тлі ХГ.

ВИСНОВКИ 1. Результати проведених досліджень виявили порушення перебігу вагітності у жінок з олігоменореєю в анамнезі на тлі ХГ, а саме: невиношування, дисфункцію плаценти, загострення ХГ.

2. Застосування інтравагінального введення мікронізованого прогестерону, циклодинону та тіотриазоліну в комплексній прегравідарній підготовці у жінок з олігоменореєю на тлі ХГ дає змогу зменшити ризик загострення ХГ та на тривалий час попередити рецидив захворювання.

3. Застосування інтравагінального введення мікронізованого прогестерону впродовж I триместру вагітності попереджають переривання вагітності.

Перспективи подальших досліджень Плануємо продовжити дослідження репродуктивної функції у жінок з олігоменореєю на тлі патології печінки з метою оптимізації лікування та зменшення перинатальних ризиків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дубоссарская З. М. Теория и практика гинекологической эндокринологии / Дубоссарская З. М. – Днепропетровск, 2005. – 409 с.
2. Радченко В. Г. Основы клинической гепатологии / Радченко В. Г., Шабров А. В., Зиновьева Е. Н. – СПб., 2005. – 860 с.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Аутоімунний гепатит: наказ № 826 Міністерства охорони здоров'я України. – Київ, 2014.
4. Ильченко Л. Ю. Хронические вирусные гепатиты: перспективы и достижения / Л. Ю. Ильченко, Г. Н. Якимчук // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 2. – С. 34–38.
5. Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні: наказ № 620. – Київ, 2003.
6. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні: наказ № 417. – Київ, 2011.
7. Оказание медицинской помощи больным хроническими гепатитами: приказ МЗО Украины № 271. – Киев, 2005.
8. Lenaerts C. Surveillance for cystic fibrosis-associated hepatobiliary disease: early ultrasound changes and predisposing factors / C. Lenaerts, C. Lapiere, H. Patruquin // J. Pediatr. – 2003. – Vol. 143. – P. 343–350.
9. Medicinal herbs for hepatitis C virus infection / J. P. Liu, E. Manheimer, K. Tsutani, C. Gluud // Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2.
10. Characteristics and long-term prognosis of the autoimmune hepatitis/primary sclerosing cholangitis overlap syndrome / S. Luth, S. Kanzler, C. Frenzel [et al.]. // J. Clin. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 43. – P. 75–80.

Отримано 07.04.16