

ДИАГНОСТИКА АРИТМИЙ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ШКОЛЬНИКОВ

Д.Ю. Нечитайло

Резюме. Обследовано 420 детей школьного возраста. Детям проводилось скрининговое определение показателей артериального давления и сердечного ритма с помощью автоматических тонометров с датчиком аритмий. Полученные результаты уточнялись с помощью записи ЭКГ на портативном кардиографе. Наиболее распространенными нарушениями ритма у школьников является дыхательная аритмия и блокада пучка Гиса.

Ключевые слова: дети школьного возраста, ЭКГ, аритмия.

DIAGNOSING ARRHYTHMIAS WHILE SCREENING SCHOOLCHILDREN

D.Yu. Nechytailo

Abstract. The study involved 420 children of school age. The children underwent screening determination of arterial pressure and heart rate using automatic blood pressure manometer with arrhythmias sensors. The results were specified by means of recording ECG on a portable cardiograph. The most common heart rhythm disturbances in schoolchildren were respiratory arrhythmia and bundle branch block.

Key words: children of school age, ECG, arrhythmia.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Т.В. Сорокман

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 1 (69). – P. 67-69

Надійшла до редакції 10.12.2013 року

© Д.Ю. Нечитайло, 2014

УДК 618.3-06:(618.11-006.2+616.379.2)

Ю.В. Онищенко, Н.Н. Рожковская

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

Одесский национальный медицинский университет

Резюме. Одним из патогномичных симптомов синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) является избыточный вес больных, который встречается по разным данным у 45-50 % больных. Исследована эффективность дифференцированной комплексной терапии пациенток с ожирением и СПКЯ, с учетом параметра индекса массы тела. Полученные данные свидетельствуют о позитивном эффекте комбинированной терапии бесплодия у пациенток с СПКЯ, включающей препарат

“Метформин” с целью коррекции параметров инсулинорезистентности, в виде нормализации менструальной функции и возобновления овуляции в 58,7 % случаев. Терапия метформином при СПКЯ приводит к нормализации уровня лютеинизирующего гормона, который непосредственно коррелирует с риском самопроизвольных прерываний беременности в первом триместре.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, ожирение, инсулинорезистентность, бесплодие.

Введение. Синдром поликистозных яичников – одна из весомых проблем в гинекологической эндокринологии. Сложность диагностики обусловлена многочисленностью и вариабельностью симптоматики и отсутствием патогномичных симптомов заболевания. Наиболее частой причиной обращения пациенток является бесплодие – 52,6 % случаев, более 70 % бесплодия представлено первичной формой на фоне хронической ановуляции [1, 6].

Нарушения менструального цикла в виде олигоановуляции при СПКЯ в большинстве случаев имеют связь с инсулинорезистентностью (ИР), которая лежит в основе нарушений стероидогенеза и продукции гонадотропинов. Ожирение всегда рассматривалось как один из клинических признаков СПКЯ, так как встречаемость

признака по разным данным от 45 до 50 % [4]. Но длительное время к ожирению при бесплодии относились как косметическому дефекту, не включая в терапию мероприятий, направленных на этот симптом. По данным различных авторов положительный эффект оказывает терапия, направленная на коррекцию массы тела пациенток с СПКЯ [5]. Доказано, что при применении комплексных схем терапии, направленных на снижение веса, уменьшаются показатели инсулинорезистентности, гиперлипидемии, гиперандрогении, восстанавливается цикличность менструального цикла и овуляция [2, 8, 9]. Согласно данным [3, 7] эффект применения препаратов для снижения веса у пациенток с СПКЯ помимо снижения показателей ИР и восстановления гормонального баланса, связан с уменьшением объема яичников

© Ю.В. Онищенко, Н.Н. Рожковская, 2014

при ультразвуковом исследовании, а также улучшением соматического состояния больных. Гормональный фон пациенток с СПКЯ и ожирением определяется не только дисбалансом со стороны гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции, но и процентом жировой ткани. Адипоциты по природе не являются продуцентами или регуляторами гормонов, но их количество предопределяет регуляцию гормонального фона в целом. Поэтому применение однокомпонентной терапии в виде низкодозированных гормональных контрацептивов (КОК), антиэстрогенной стимуляции овуляции (кломифен-цитрат) или хирургического лечения, направленного на регуляцию менструального цикла, часто малоэффективно в отношении восстановления фертильности. Поэтому лечение бесплодия у женщин с СПКЯ должно быть этапным и комплексным.

Первый этап терапии должен быть направлен на минимизацию патологического влияния избытка жировой ткани на гомеостаз. Единственным патогенетически обоснованным вариантом может быть снижение суммарной массы жировой ткани. Коррекция должна быть направлена на сбалансирование питания, нормализацию калорийного баланса пищи, применение достаточных физических нагрузок и применения препаратов для коррекции инсулинорезистентности у больных с СПКЯ. Правильно подобранный пищевой рацион, режим питания и комплекс упражнений обеспечивают хороший лечебный эффект и являются фоном при медикаментозной и хирургической коррекции ожирения. По данным многих исследований общепринятым препаратом первой линии терапии является производное бигуанидов – метформин. Метформин снижает концентрацию глюкозы в крови путём угнетения образования глюкозы (глюконеогенеза) в печени. Увеличение периферической утилизации глюкозы может быть связано с улучшением связывания инсулина с рецепторами инсулина.

Терапия метформином приводит к снижению уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ), тестостерона (Т), повышению регулярности менструального цикла, частоты спонтанных овуляций, развитию беременности [8, 10, 12] и улучшению липидного профиля за счет снижения ХС ЛПНП [9, 13]. Также высказано мнение о снижении риска развития многоплодной беременности и синдрома гиперстимуляции яичников при применении метформина [11]. Большинство последующих исследований подтвердили свойство метформина снижать базальную секрецию инсулина и уровень андрогенов в плазме крови у женщин с СПКЯ. Однако особенности влияния препарата на клинические проявления избытка андрогенов, такие как гирсутизм, акне, андрогенная алопеция, еще недостаточно изучены.

Цель исследования. Изучить эффективность дифференцированного комплексного лечения пациенток с ожирением и СПКЯ.

Материал и методы. Нами обследованы 46 пациенток, обратившихся в поликлинику ОИМД 9 ГКБ (г. Одесса) по поводу бесплодия. При первом обращении и спустя шесть месяцев терапии выполняли сбор анамнеза (постепенное развитие заболевания с периода менархе); уточняли календарь менструаций (нарушения менструального цикла по типу олиго- и/или опсоменореи, вторичной аменореи с периода менархе и не имеющей тенденции к самостоятельной нормализации); определяли наличие первичного бесплодия, носящего ановуляторный характер, подтвержденное графиками базальной температуры в течение 3-4 месяцев. Проводили анализ антропометрических показателей – измерение окружности талии, бедер, измерение веса и роста с подсчетом индекса массы тела (ИМТ), определяли гирсутное число (по шкале Ferriman–Gallwey). Производились лабораторные исследования содержания гормонов в плазме крови – уровней эстрадиола (E²), андростендиона (Ac), общего тестостерона (Т), лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), антимюллерова гормона (АМГ), 17ОН прогестерона, тиреотропного гормона (ТТГ) и пролактина (Прл).

Пациентки были распределены на две группы по показателю индекса массы тела – группа I (n=29) – пациентки с ИМТ < 25 кг/м² и группа II (n=17) – больные с ИМТ > 25 кг/м². Всем пациенткам был установлен диагноз СПКЯ на основании критериев Роттердамского консенсуса. При включении в исследование все пациентки были сопоставимы по возрасту, выраженности клинических проявлений синдрома, показателей гормонального гомеостаза.

Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики с применением программы MS Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение. Длительность бесплодия составила в среднем 3-5 лет, возраст больных 29,9±4,2. Показатель индекса массы тела варьировал в группе I в пределах 21,4±2,3 кг/м² и в группе II – в средних значениях ИМТ=39,3±3,3 кг/м². Показатель ОТ/ОБ в 85 % случаев составил 0,8. Менструальный цикл у 11 (23,9 %) пациенток от общего числа больных был регулярен, у 25 (54,3 %) наблюдалась олигоаменорея (в среднем четыре менструации за полгода) и у 10 (21,7 %) пациенток наблюдалась хроническая аменорея, подтвержденная данными графиков базальной температуры в течение четырех месяцев в виде монотонных кривых (табл. 1).

Первый этап комплексной терапии был направлен на коррекцию массы тела в течение шести месяцев с нормализацией суточного калоража и применением производного бигуанидов – метформина (Siofor®, Berlin-Chemie, Berlin, Germany). Терапия метформином проводилась в течение шести месяцев. В виду наличия у части больных побочных эффектов в виде тошноты, дискомфорта в области живота и потери аппетита доза препарата подбиралась индивидуально и

Таблиця 1

Исходные анамнестические данные пациенток с синдромом поликистозных яичников (N=46)

Параметры	Группа I (n=29)	Группа II (n=17)	P
Возраст (лет)	24,2±3,2	27,2±5,4	0,067
Средний возраст менархе (лет)	12,9±0,2	15,3±0,4	<0,001
Длительность бесплодия (лет)	2±0,5	3±1,0	0,073
Нормальный менструальный цикл Нарушения менструального цикла - Олигоменорея - Аменорея	8 (27,6 %)	3 (17,6 %)	<0,001
	12 (41,4 %)	11 (64,7 %)	<0,001
	9 (31 %)	3 (17,6 %)	<0,001

Таблиця 2

Исходные антропометрические данные пациенток с синдромом поликистозных яичников (N=46)

Параметры	Группа I (n=29)	Группа II (n=17)	p
Рост (м)			
Вес (кг)	57,6±8,3	91,2±10,4	<0,001
ИМТ (кг/м ²)	21,4±2,3	32,3±3,3	<0,001
ОТ/ОБ	0,84±0,06	0,1±0,07	<0,001
Гирсутное число (баллы)	9,6±3,7	10,1±4,8	0,975

Таблиця 3

Исходные данные гормонального профиля пациенток с синдромом поликистозных яичников (N=46)

Параметры	Группа I (n=29)	Группа II (n=17)	P
ЛГ, МЕ/мл	10,2±5,4	8,4±3,7	0,446
ФСГ, МЕ/мл	5,7±1,5	5,6±1,5	0,657
То, нмоль/л	3,2±1,0	2,9±1,0	0,427

Таблиця 4

Исходные лабораторные показатели пациенток с синдромом поликистозных яичников (N=46)

Параметры	Группа I (n=29)	Группа II (n=17)	p
Глюкоза, ммоль/л	5,5±0,6	5,7±0,6	0,036
Инсулин, мкМЕ/мл	6,8±2,9	17,3±13,2	<0,001
ЛПВП ммоль/л	1,8±0,4	1,6±0,4	0,802
ЛПНП ммоль/л	2,7±0,5	2,9±0,3	0,631

Таблиця 5

Данные гормонального профиля пациенток с синдромом поликистозных яичников (N=46) после проведенной терапии

Параметры	Группа I (n=29)	Группа II (n=17)	P
ЛГ, МЕ/мл	6,3±4,9	8,6±3,2	0,452
ФСГ, МЕ/мл	5,3±1,7	5,6±1,2	0,563
То, нмоль/л	2,9±1,0	2,8±1,0	0,413

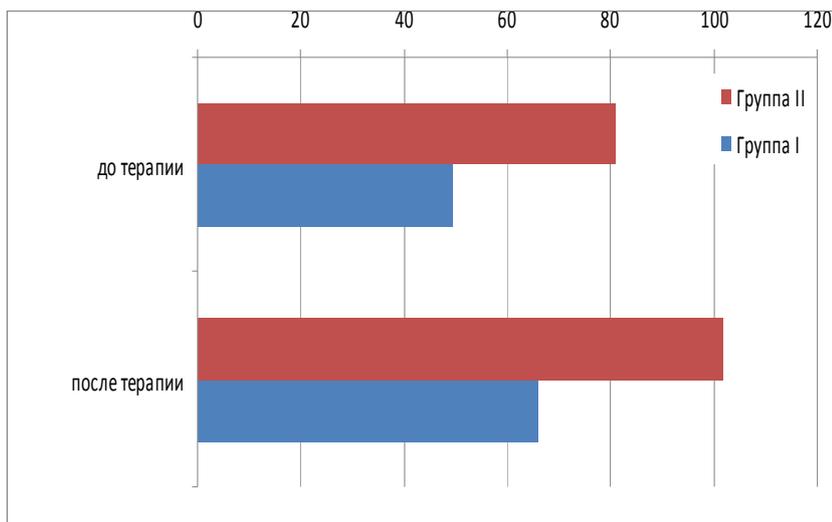


Рис. 1. Динамика массы тела пациенток на фоне проведенного лечения, кг

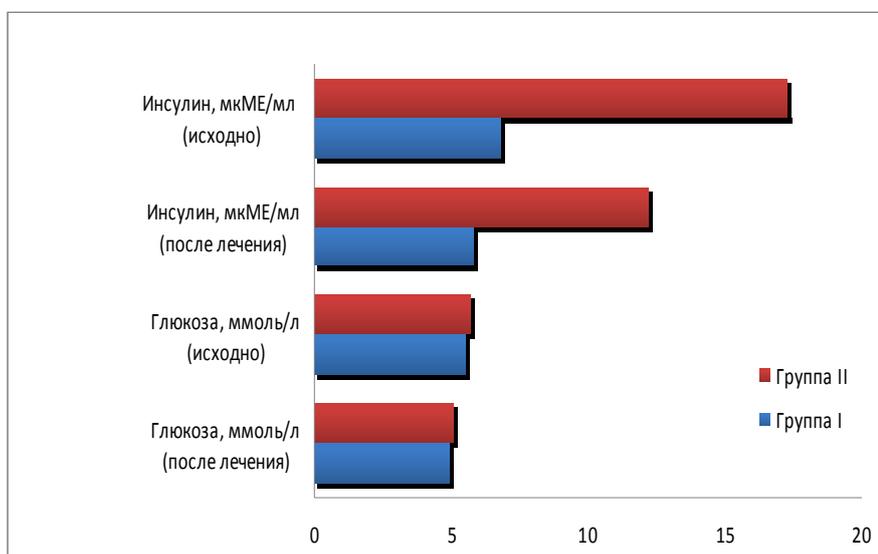


Рис. 2. Динамика изменения показателей инсулинорезистентности у пациенток на фоне проведенного лечения

Таблица 6

Лабораторные показатели пациенток с синдромом поликистозных яичников (N=46) после проведенной терапии

Параметры	Группа I (n=29)	Группа II (n=17)	p
Глюкоза, ммоль/л	4,9±0,6	5,1±0,6	0,032
Инсулин, мкМЕ/мл	5,8±3,2	12,2±6,3	<0,001
ЛПВП ммоль/л	1,7±0,4	1,4±0,4	0,804
ЛПНП ммоль/л	2,5±0,6	1,5±0,5	0,632

позапно до достижения суточной терапевтической. В первую неделю приема начальная доза составляла 500 мг ежедневно на ночь. При отсутствии побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта дозу препарата увеличивали до двукратного приема по 500 мг. С третьей недели пациентки получали 1500мг/сутки в виде трехкратного приема. При возникновении побочных эффектов производили снижение дозы с последующим повтором через неделю. Таким образом,

позапно в течение одного-двух месяцев проводилась индивидуальная терапия.

Также проведены лабораторные исследования показателей глюкозы крови натощак и исходный биохимический анализ крови у всех пациентов, в целях исключения противопоказаний для применения бигуанидов в комплексной терапии СПКЯ, предотвращения риска развития молочнокислого ацидоза и наличия сахарного диабета 2-го типа. При анализе данных биохимического профиля крови у всех исследуемых нарушений в

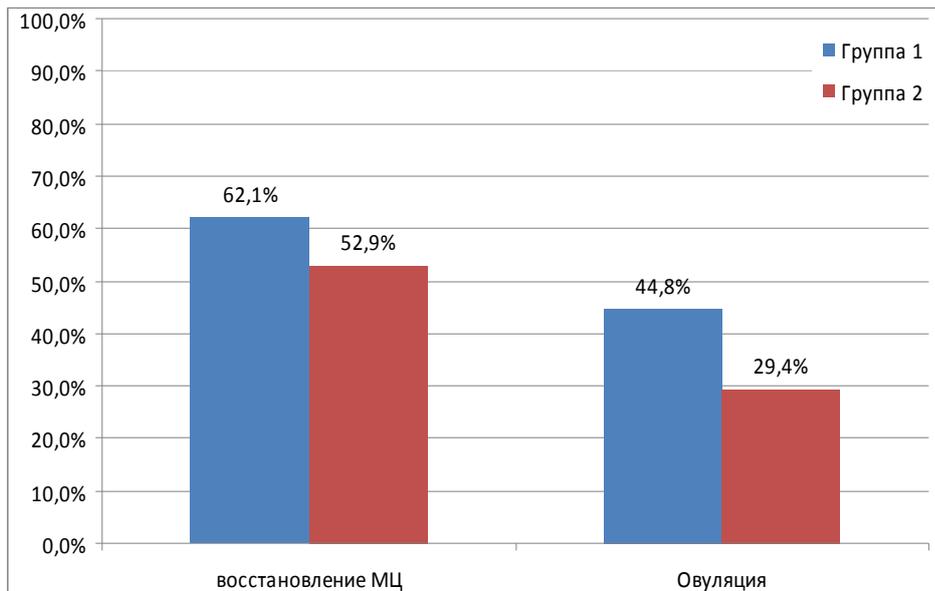


Рис. 3. Динамика менструальной функции пациенток на фоне проведенного лечения, %

виде почечной и печёночной патологии не выявлено. Показатели исходных уровней глюкозы и инсулина, а также липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности представлены в таблице 4.

При анализе изменений антропометрических данных в ходе исследования после проведения комплексной терапии отмечено снижение веса и ИМТ соответственно в обеих группах, но изменения в группе II более показательны. За шесть месяцев отмечено существенное снижение ИМТ в группе II, в среднем на 5,6 кг ($P < 0,001$) $ИМТ_n = 32,3 \pm 3,3$ (кг/м²), $ИМТ_r = 26,8 \pm 4,2$ (кг/м²). Показатели группы I изменились незначительно $ИМТ_n = 21,4 \pm 2,3$ (кг/м²), $ИМТ_r = 19,6 \pm 1,4$ (кг/м²).

Индекс соотношения окружности талии к окружности бедер существенно не изменился в группе I и сохранял исходные значения $0,84 \pm 0,06$, тогда как в группе II снизился от исходных показателей $0,1 \pm 0,07$ до $0,85 \pm 0,05$.

Исследования гормонального профиля пациенток обеих групп после лечения показали статистически значимое снижение показателей лютеинизирующего гормона (ЛГ), преимущественно в группе I в среднем на 6 %. Уровень фолликулостимулирующего гормона практически не изменился, однако за счёт снижения ЛГ соответственно снизился индекс ЛГ/ФСГ до нормативных показателей – в среднем до 1,6. Показатели общего тестостерона снизились в обеих группах, более показательны изменения в группе I – отмечено снижение уровня T_o до $2,9 \pm 1,0$ нмоль/л, то есть на 0,3; тогда как в группе II показатель изменился до $2,8 \pm 1,0$ нмоль/л, на 0,1 в среднем.

Оценивая показатели инсулинорезистентности в обеих группах после лечения, отмечено достоверное снижение уровня гликемии у пациенток обеих групп. Через шесть месяцев терапии метформином независимо от исходной степени инсулинорезистентности значительно снизились уровни инсулина и глюкозы, но в группе I сниже-

ние менее показательно, чем в группе II. Изменения отмечены также в характеристике липидного спектра крови пациенток обеих групп. Характерно снижение уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в особенности в группе II с $2,9 \pm 0,3$ ммоль/л до $1,5 \pm 0,5$ ммоль/л, тогда как в группе I уровень ЛПНП существенно не изменился (исходно – $2,7 \pm 0,5$ ммоль/л и после лечения – $2,5 \pm 0,6$ ммоль/л). Уровни липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) остались практически неизменными. Результаты исследований липидного профиля и показателей инсулинорезистентности представлены в таблице 6.

Восстановление менструальной функции после комбинированной терапии в течение шести месяцев отмечено у 27 (58,7 %) больных из общего числа исследуемых, у 4 (8,6 %) – менструальный цикл не восстановился – олигоаменорея. В группе I из общего числа пациенток регулярный менструальный цикл восстановился у 18 (62,1 %), в группе II регулярные менструации возобновились у 9 (52,9 %) больных. Оценивая графики наблюдения базальной температуры и данные ультразвукового сканирования органов малого таза, которое проводилось при каждом посещении больных ежемесячно, восстановление овуляторных менструальных циклов более показательно в группе I. Из 18 больных с восстановленной менструальной функцией, у 13 (44,8 % от общего числа) отмечены овуляции, тогда как в группе II из 9 человек, овуляции возобновились у 5 (29,4 % от общего числа).

Выводы

1. Комбинированная терапия бесплодия у пациенток с синдромом поликистозных яичников, включающая препарат «Метформин» с целью коррекции параметров инсулинорезистентности даёт положительный эффект в виде нормализации менструальной функции и восстановления овуляции в среднем в 58,7 % случаев.

2. Основой выбора препарата «Метформин» у женщин с бесплодием с синдромом поликистозных яичников является наличие положительной корреляции между степенью резистентности к инсулину и ановуляторных менструальных циклов. У пациенток с показателем ИМТ < 25 кг/м² эффективность терапии выше, чем у больных с избыточной массой тела и высоким изначальным индексом массы тела.

3. Суточную дозу метформина следует подбирать индивидуально в течение одного-двух месяцев, с целью минимизации гастроинтестинальных побочных эффектов препарата.

4. Терапия метформином при синдроме поликистозных яичников приводит к нормализации уровня лютеинизирующего гормона, который напрямую коррелирует с риском самопроизвольных прерываний беременности в раннем сроке.

Перспективы дальнейших исследований. Внедрение в протоколы лечения пациенток с ожирением и синдромом поликистозных яичников препаратов ряда бигуанидов – метформина – с целью коррекции параметров инсулинорезистентности и метаболических нарушений, обеспечит индивидуализацию подхода к терапии синдрома и повысит эффективность восстановления фертильной функции. Необходимо проведение дальнейших рандомизированных плацебо-контролируемых исследований эффективности применения инсулинсинтетайзеров на украинской популяции женщин с синдромом поликистозных яичников СПКЯ, для анализа ранних и отдаленных эффектов терапии.

Литература

1. Дедов И.И. Синдром поликистозных яичников: Руководство для врачей / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 335 с.
2. Данилова Л.И. Метаболический синдром: Учебное пособие / Л.И. Данилова, Н.В. Мурашко. – Минск, 2005. – 24 с.
3. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия / Т.А. Назаренко. – М.: МЕДпрессинформ, 2005. – 435 с.

4. Подзолкова В.Н. Ожирение и репродуктивная функция женщины: Учебное пособие / В.Н. Подзолкова. – М.: РГМУ, 2006. – 30 с.
5. Савельева Л.В. Современная концепция лечения ожирения / Л.В. Савельева // Клинический реком. для практик. врачей. – 2007. – № 12. – С. 41-46.
6. Шилин Д.Е. Синдром гиперандрогении: современные подходы к диагностике и новые технологии терапии / Д.Е. Шилин // Леч. врач. – 2003. – № 10. – С. 36-39.
7. Чернуха Г.Е. Применение орлистата и пиоглитазона при синдроме поликистозных яичников и ожирении / Г.Е. Чернуха // Мед. науч.-практ. ж. – 2005. – № 10. – С. 2-7.
8. El-Biely M.M. The use of metformin to augment the induction of ovulation in obese infertile patients with polycystic ovary syndrome / M.M. El-Biely, M. Habba // Middle East Fertility Society Journal. – 2001. – Vol. 6 (1). – P. 43-49.
9. Descriptive review of the evidence for the use of metformin in polycystic ovary syndrome / Lyndal Harborne, Richard Fleming, Helen Lyall [et al.] // The Lancet. – 2003. – Vol. 361 (9372). – P. 1894-1901
10. Metformin therapy decreases hyperandrogenism and hyperinsulinemia in women with polycystic ovary syndrome / Beata Kolodziejczyk, Antoni J. Duleba, Robert Z. Spaczynski [et al.] // Fertility and Sterility. – 2000. – Vol. 6 (73). – P. 1149-1154.
11. Metformin effects on clinical features, endocrine and metabolic profiles, and insulin sensitivity in polycystic ovary syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled 6-month trial, followed by open, long-term clinical evaluation / Paolo Moghetti, Roberto Castello, Carlo Negri [et al.] // J. of Clinical Endocrinology and Metabolism. – 2000. – Vol. 85, № 1. – P. 139-146.
12. Ernest Hung Yu Ng. Effects of metformin on ovulation rate, hormonal and metabolic profiles in women with clomiphene-resistant polycystic ovaries: a randomised double-blinded placebo-controlled trial. / Yu Ng Ernest Hung, Sun Wat Nelson Ming, Ho Pak Chung // Human Reproduction. – 2001. – Vol. 16 (8). – P. 1625-1631.
13. Effect of long-term treatment with metformin added to hypocaloric diet on body composition, fat distribution and androgen and insulin levels in abdominally obese women with and without the polycystic ovary syndrome / Renato Pasquali, Alessandra Gambineri, Domenico Biscotti [et al.] // The J. of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2000. – Vol. 85, № 8. – P. 2767-2774.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ПАЦІЄТОК З ОЖИРІННЯМ

Ю.В. Онищенко, Н.М. Рожковська

Резюме. Одним із патогномічних симптомів синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) є надмірна маса тіла хворих, що трапляється за різними даними у 45-50 % жінок. Досліджена ефективність диференційованого комплексного лікування пацієток з ожирінням і СПКЯ, з урахуванням параметра індексу маси тіла. Отримані дані свідчать про позитивний ефект комбінованої терапії безпліддя у пацієток із СПКЯ, що включає препарат «Метформін» з метою корекції параметрів інсулінорезистентності, у вигляді нормалізації менструальної функції і відновлення овуляції в 58,7 % випадків. Терапія метформином при СПКЯ призводить до нормалізації рівня лютеїнізуючого гормону, який безпосередньо корелює з ризиком мимовільних переривань вагітності у першому триместрі.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, ожиріння, інсулінорезистентність, безпліддя.

DIFFERENTIATED COMBINED THERAPY OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME FOR PATIENTS WITH OBESITY

Y.V. Onyshchenko, N.N. Rozhkovska

Abstract. Obesity is one of pathognomonic symptoms of polycystic ovary syndrome (PCOS). According to different data sources its frequency among patients with PCOS ranges from 45 to 50 %. Efficiency of differentiated complex treat-

ment of patients with PCOS is studied with taking body mass index (BMI) into account. Obtained data show positive effect of combined infertility treatment that included Metformin for insulin resistance correction as menstrual function and ovulation normalization in 58,7 % of patients with PCOS. Treatment with Metformin results in normalization of luteinizing hormone level which has explicit correlation with risk of 1st trimester miscarriages.

Key words: polycystic ovaries syndrome, obesity, insulin resistance, infertility.

National Medical University (Odessa)

Рецензент – проф. О.А. Андрієць

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 1 (69). – P. 69-75

Надійшла до редакції 05.11.2013 року

© Ю.В. Онищенко, Н.Н. Рожковская, 2014

УДК 618.17-008.8-084.

В.В. Палапа

ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З НАБРЯКОВОЮ ФОРМОЮ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. Проведено дослідження взаємозв'язку анамнестичних та клінічних особливостей набрякової форми передменструального синдрому (ПМС) з показниками гормонального гомеостазу в 130 жінок раннього репродуктивного віку.

Прослідковано кореляційні зв'язки між анамнестичними даними, пов'язаними з розумовою та емоційною

напруженістю, симптомами, що супроводжують набряк тканин, та показниками прогестерону, пролактину та кортизолу в жінок із набряковою формою ПМС.

Ключові слова: передменструальний синдром, анамнез, клініка, гормони.

Вступ. Передменструальний синдром (ПМС) є поліетіологічним та полісимптомним захворюванням, у виникненні якого значну роль відіграє вплив факторів зовнішнього середовища (переохолодження, черезмірне фізичне та розумове навантаження, часті інфекційні та екстрагенітальні захворювання) на тлі природженої або набутої недостатності гормональної регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи, що значно знижує якість життя хворих, їх професійну та побутову працездатність, рівень соціальної адаптації та міжособисті відносини [4].

Аналіз вікових особливостей клінічного перебігу ПМС свідчить, що набрякова форма найбільш поширена серед жінок раннього репродуктивного віку (46,4 %), а найменш схильні до неї пацієнтки активного репродуктивного віку (6,3 %). У середньому ж вона трапляється у 20,0 % жінок, хворих на ПМС, тобто за поширеністю посідає третє місце після нейропсихічної і цефалгічної форми [3].

Відомо багато теорій патогенезу ПМС: теорія ендогенної гормональної алергії [5]; порушення обміну простагландинів [6]; порушення в системі ренін-ангіотензин-альдостерон [5,8]; недостатність вітамінних і коферментних систем [1, 8]; гіперпролактинемія [7].

Таким чином, вищезазначені дані підтверджують доцільність диференційованого підходу до

встановлення діагностичних критеріїв набрякової форми ПМС, вибору тактики лікування, зважаючи на вікову категорію жінки, вираженість клінічної симптоматики та лабораторних показників.

Мета дослідження. Проаналізувати взаємозалежність клінічно-анамнестичних даних та гормональних показників при набряковій формі ПМС у жінок раннього репродуктивного віку.

Матеріал і методи. Відповідно до поставленої мети проведено клінічно-лабораторне обстеження 130 жінок раннього репродуктивного віку (з 18 до 26 років) на базі Рівненського обласного клінічного лікувально-діагностичного центру ім. В.Поліщука. Для відбору пацієнтів ми визначили критерії включення та критерії виключення.

Критерії включення в дослідження: вік жінки від 18 до 26 років включно, регулярний менструальний цикл, задовільне соціально-матеріальне становище, раціональне харчування, індекс маси тіла менше 30 кг/м².

Критерії виключення: запальні захворювання жіночих статевих органів, порушення менструального циклу та кровотеча зі статевих шляхів неясної етіології, загальний та генітальний інфантилізм, ендокринопатії (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, патологія надниркових залоз і т. д.), тяжка соматична патологія печінки, нирок, серцево-судинної системи, захворювання кровотворної системи та коагулопатії,