

способствует улучшению параметров липидного обмена, коррекции ассоциированных с СД провоспалительных нарушений и недостаточности фибринолиза.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, ожирение, показатели коагуляции и фибринолиза, маркеры воспаления, метформин, лираглутид.

AN EVALUATION OF THE EFFICACY OF THERAPEUTIC APPROACHES TO CORRECTING THE INDICES OF THE SYSTEMS OF COAGULATION AND FIBRINOLYSIS, INFLAMMATION MARKERS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS OF TYPE 2 WITH OBESITY

K.F. Kehiopulo

Abstract. The paper investigates the state of the systems of coagulation and fibrinolysis, the level of proinflammatory markers in patients with diabetes mellitus (DM) of type 2 and obesity, in a correlation with risk factors of the development of cardiovascular diseases, as well as the efficacy of different therapeutic approaches to a correction of disturbed indicators of inflammation, hemostasis and fibrinolysis. It has been established that rational hypocaloric feeding, measures of a modification of the life style and the intake of metformin contribute to a statistically significant body weight loss, however, they are ineffective for correcting proinflammatory and procoagulant disorders. Combined therapy, including the intake of metformin and liraglutide is conducive to a more significant reduction of the body weight as compared with metformin monotherapy and contributes to an improvement of the parameters of lipid metabolism, a correction of proinflammatory disturbances and fibrinolytic insufficiency associated with DM.

Key words: type 2 diabetes mellitus, obesity, coagulation and fibrinolytic parameters, markers of inflammation, metformin, liraglutide.

Ukrainian Scientific-Practical Centre of Endocrine Surgery,
Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of Ukraine's MHP (Kyiv)

Рецензент – проф. Н.В. Пашковська

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 2 (66). – P. 55-61

Надійшла до редакції 07.02.2013 року

© Х.Ф. Кехіопуло, 2013

УДК 618.17-008.8-053.6:616.43/45

С.Е. Косілова

ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНОЧОГО ОРГАНІЗМУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У статті наведені аспекти порушення функції репродуктивної системи в жінок на тлі захворювань щитоподібної залози. Виявлено, що частота виникнення розладів репродуктивної системи є залеж-

ною від перебігу захворювань ендокринної системи і пов'язаних з нею гормональних порушень.

Ключові слова: щитоподібна залоза, репродуктивна система, непліддя.

Вступ. Щитоподібна залоза як орган внутрішньої секреції продукує гормони тироксин (Т₄) та трийодтиронін (Т₃). Рівновага в системі аденогіпофіз – щитоподібна залоза відбувається внаслідок взаємодії тропних гормонів гіпофіза та ефektorних ендокринних залоз [1, 2, 5]. Збільшення щитоподібної залози, навіть за відсутності клінічних ознак, є ранньою ознакою внутрішнього неблагополуччя, і нерідко хоча б мінімальної недостатності тиреоїдних гормонів [3, 4, 6, 7]. Недостатня функція щитоподібної залози супроводжується розладами в гіпоталамо-гіпофізарній системі, що призводить до порушень менструальної та репродуктивної функції жінки [5, 6, 7, 8]. Механізм впливу гіпотиреозу на репродуктивну систему пояснюється тим, що в умовах дефіциту тиреоїдних гормонів підсилюється ріст тиреотрофів, які продукують підвищену кількість тиреот-

ропного гормону (ТТГ), пригнічується функція гіпофіза, що синтезує ЛГ, знижується реактивність рецепторів гіпофіза по відношенню до пригнічення дії естрагенів на ФСГ, що призводить до гіперфункції останнього [1, 2, 6, 9].

Враховуючи однонаправлену зміну рівнів ТТГ і пролактину (ПРЛ), можливим є поява змін у репродуктивній системі при патології щитоподібної залози [8]. А надлишкова секреція ПРЛ є причиною порушень менструальної і генеративної функції більш ніж у 50-75 % випадків [3, 4, 8].

Явна гіперпролактинемія діагностується при аденомах гіпофіза, а в клінічній практиці частіше трапляється періодична і прихована гіперпролактинемія. Існує дві форми пролактину: з низькою і високою молекулярною масою. Останній здійснює біологічний вплив. Усі тест-системи визначають рівень загального ПРЛ, тому невідомо на-

скільки визначений рівень ПРЛ відповідає справжній гіперпролактинемії [3, 8, 9].

Проблема впливу патологічних станів щитоподібної залози на менструальну та репродуктивну функцію вивчена недостатньо.

Мета дослідження. Вивчити вплив патологічних станів щитоподібної залози на репродуктивну функцію жіночого організму.

Матеріал і методи. Обстежено 60 жінок із патологією щитоподібної залози і порушенням репродуктивної функції, які склали основну групу. У всіх пацієнок попередньо виключено чоловічий фактор непліддя (шляхом оцінки характеру спермограми) і трубний фактор непліддя (за результатами діагностично-лікувальної лапароскопії чи метросальпінгографії).

Стан щитоподібної залози оцінювали за клінічними, лабораторними даними (визначали рівень ТТГ і T_4 у крові, екскрецію йоду із сечею) та результатами ультразвукового дослідження.

Про функціональний стан гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи судили за рівнем ФСГ, ЛГ пролактину у крові, за даними тестів функціональної діагностики, ультразвукового дослідження органів малого таза (товщина ендометрія, величина фолікулів).

Під час об'єктивного обстеження молочних залоз оцінювали ступінь галактореї. Характер секрету молочних залоз визначали при мікроскопії нативного препарату.

Контрольну групу склали 20 практично здорових жінок, у яких виявлено чоловічий фактор непліддя.

Результати обстеження та їх обговорення. Середній вік обстежених пацієнок становив $31,26 \pm 2,0$ року. Первинне непліддя було у 39 (65 %) жінок, вторинне – у 21 (35 %).

У результаті проведеної пальпації та ультразвукового дослідження щитоподібної залози нормальні її розміри, що відповідають віку жінки, виявлено у 12 (20 %) обстежених. Дифузне збільшення щитоподібної залози I ступеня – у 27 (45 %) пацієнок, II ступеня – у 18 (30 %), III ступеня – у 3 (5 %).

За результатами клінічно-лабораторних досліджень у 12 (20 %) жінок виявлено еутиреоз. У них ТТГ дорівнював $1,21 \pm 0,34$ МО/л, T_4 – $97,28 \pm 11,36$ н моль/л. Серед обстежених у 24 (40 %) діагностовано гіпотиреоз (ТТГ $6,28 \pm 0,96$ МО/л, T_4 – $48,30 \pm 3,20$ н моль/л), у 9 (15 %) – гіпертиреоз (ТТГ $0,10 \pm 0,02$ МО/л, T_4 – $247,38 \pm 16,27$ н моль/л). У 15 (25 %) діагностовано йододефіцит легкого ступеня (медіана йоду < 100 мкг/л).

Що стосується характеру менструального циклу, то в 30 пацієнок (50 %) спостерігалась олігоменорея, у 6 (10 %) – надмірні та часті менструації, у 24 (40 %) – був збережений регулярний менструальний цикл.

За тестами функціональної діагностики у 39 (65 %) пацієнок встановлено ановуляторний

менструальний цикл, у 21 (35 %) – недостатність другої фази циклу.

При аналізі рівня гіпофізарних гормонів, що регулюють функцію репродуктивної системи, виявлено порушення співвідношення ЛГ/ФСГ зі зниженням останнього. Це призводить до порушення розвитку фолікулів, до ановуляції. У жінок із гіпотиреозом відмічається зниження рівня як ФСГ, так і ЛГ. Гіперпролактинемія встановлена у 48 (80 %) хворих (ПРЛ – $29,7 \pm 2,2$ мкг/л).

У всіх обстежених діагностовано галакторею різного ступеня. Так, галакторею I ступеня і в препараті з молочних залоз «молозиво» виявлено у 21 (35 %) хворої, галакторею II ступеня і в препараті з молочних залоз «перехідне молоко» – у 30 (50 %), галакторею III ступеня і в препараті з молочних залоз «зріле молоко» – у 9 (15 %).

За даними ультразвукового дослідження молочних залоз, дифузна фіброзна мастопатія діагностована у 12 (20 %) жінок, мастодія – у 24 (40 %).

Висновки

1. У жінок з ендокринним непліддям частіше виявляють гіпотиреоз, ніж гіпертиреоз.

2. Порушення функції щитоподібної залози супроводжується відхиленнями у функціонуванні репродуктивної системи.

3. У жінок з порушенням функції щитоподібної залози, первинне непліддя трапляється у 2 рази частіше, ніж вторинне.

4. Комплексне вивчення порушень репродуктивної системи на тлі захворювань щитоподібної залози зумовлює необхідність пошуку нового алгоритму лікування даної патології.

Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення цієї проблеми з використанням комплексного обстеження тиреоїдної та репродуктивної системи дозволить відкрити нові сторінки в патогенезі ряду гінекологічних захворювань.

Література

1. Бондар П.М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема / П.М. Бондар // Лікар. справа. – 2008. – № 3. – С. 8-10.
2. Венцовський Б.М. Тиреотропна активність гіпофіза та функціональний стан тиреоїдної системи у жінок з доброякісними захворюваннями матки в поєднанні з патологією щитоподібної залози / Б.М. Венцовський, М.Е. Яроцький, І.В. Яроцька: зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2006. – С. 78-82.
3. Венцовская И.Б. Гиперпролактинемические состояния в практике гинеколога и методы их лечения / И.Б. Венцовская, О.А. Ефименко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3 (15). – С. 71-76.
4. Гнатейко О.З. Принципи медико-генетичного консультування сімей, що проживають на території, забрудненій солями важких металів та фтору / О.З. Гнатейко, Н.С. Лук'яненко, Г.Р. Акоюн // Вісн. наук. досліджень. – 2006. – № 2. – С. 150-153.
5. Караченцев Ю.Л. Особливості перебігу та тактика лікування тиреоїдної патології в Україні на сучасному етапі / Ю.Л. Караченцев // Вісн. наук. досліджень. – 2007. – № 4. – С. 5-7.
6. Петренко Н.В. Роль і місце порушень функції щитоподібної залози у виникненні ендокринного непліддя /

- Н.В. Петренко: зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2006. – С. 525-527.
7. Черенько М.П. Погляди на сучасний стан тиреоїдних захворювань, принципи їх діагностики та лікування / М.П. Черенько // Вісн. наук. досліджень. – 2007. – № 2. – С. 10-12.
8. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Часть I. / Под ред. Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сокольского. – К.: Заповіт, 2006. – 303 с.
9. Robboy S.J. Pathology of the female reproductive tract / Ed. By S.J. Robboy, M.C. Anderson, P. Russel. – Churchill Livingstone, 2002. – 929 p.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА

С.Е. Косилова

Резюме. В статье приведены аспекты нарушения функции репродуктивной системы у женщин на фоне заболеваний щитовидной железы. Установлено, что частота возникновения нарушений репродуктивной системы зависит от течения заболеваний эндокринной системы и связанных с ней гормональных нарушений.

Ключевые слова: щитовидная железа, репродуктивная система, бесплодие.

THE INFLUENCE OF THYROID DISORDERS UPON THE FEMALE REPRODUCTIVE FUNCTION

S.Y. Kosilova

Abstract. The paper presents the aspects of functional disorders of the female reproductive system against a background of thyroid diseases. The frequency of reproductive disorders is found to depend on the course of endocrine diseases and hormonal disorders linked with them.

Key words: thyroid gland, reproductive system, infertility..

Bukovinian State medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д. мед. н. І.В. Каліновська

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 2 (66). – P. 61-63

Надійшла до редакції 19.02.2013 року

© С.Е. Косилова, 2013

УДК 618.173-055.2

С.Е. Косилова

ДО ПИТАННЯ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЖІНОК У КЛІМАКТЕРИЧНОМУ ПЕРІОДІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Проведено аналіз впливу замісної гормонотерапії препаратом „Фемостон Конті” на перебіг клімактеричного періоду. З’ясовано, що замісна гормонотерапія ефективно купірує нейровегетативні, психоемоційні та обмінноендокринні симптоми, забезпечую-

чи тим самим покращання загального стану і якостей життя жінок у постменопаузі. Не здійснює негативного впливу на ендо-, міометрій, яєчники і молочні залози.

Ключові слова: клімактеричний період, замісна гормонотерапія, якість життя.

Вступ. Проблема перебігу клімактеричного періоду є однією з найбільш актуальних. Це пов’язано з тим, що він складає майже третю частину загальної тривалості життя жінки. За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, у 2015 році кількість жінок клімактеричного періоду буде становити 46 % населення [3, 4, 7, 8].

У період менопаузи відбувається віковий спад активності гормонів жіночих статевих залоз. До найбільш значних наслідків і клінічних проявів, що розвиваються в цей час, відносяться нейровегетативні та психоемоційні порушення (клімактеричний синдром – КС), підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань

[1, 2, 6, 7]. Перелічені зміни чинять значний вплив на якість життя жінки в даному віковому періоді. Тому, проблема лікування КС є надзвичайно актуальною, і в останні роки в її рішенні досягнуто значного прогресу [1, 4, 6, 8]. Разом з тим до 50 років майже в кожній жінки є велика кількість як соматичних, так і гінекологічних захворювань, що значно ускладнює вибір методу лікування КС для кожної конкретної жінки. Крім того, у постменопаузі не всі препарати замісної гормональної терапії (ЗГТ) можуть бути використані [1, 4, 5, 6].

Мета дослідження. З’ясувати ефективність і прийнятність застосування препарату „Фемостон

© С.Е. Косилова, 2013