

УДК 618.145-006-07

Л.З. Базюта,
С.П. Польова

ДІАГНОСТИКА ГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ

Вінницький національний медичний
університет ім. М.І. Пирогова

Ключові слова: гіперплазія
ендометрія, гормони, діагностика.

Резюме. У статті наведені дані гормональних порушень у пацієнток репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія. Показано, що залежно від форми гіперплазії ендометрія виникають різні зміни середніх показників стероїдних гормонів. Встановлено, що за умов гіперплазії ендометрія рівень гормонів слід визначати у динаміці з індивідуальною оцінкою їх корекції.

Вступ

Репродуктивна та ендокринна системи жіночого організму взаємозалежні. Вважають, що опіоїд-дофамінова система здійснює тонічну інгібуючу дію на виділення гонадотропін-рилізінг-гормону (ГнРГ), стимулює синтез і секрецію лютеїнізуючого (ЛГ) і фолікулостимулюючого гормонів (ФСГ), що регулюють стероїдогенез у яєчниках [1,3,5,8]. Амплітуда і частота імпульсів секреторної активності ГнРГ-нейронів аденогіпофізу регулюється механізмом зворотнього зв'язку естрадіолом і прогестероном. Останній володіє імунорегулюючими властивостями, суттєво посилює супресорну активність Т-клітин, чим відрізняється від естрадіолу і тестостерону, які не мають таких властивостей [2,4,7,9].

З іншого боку, статеві стероїди є не тільки імунорегуляторами, але й самі зазнають регулюючого впливу з боку імунної системи, оскільки гормони тимусу можуть сприяти вивільненню ЛГ гіпофізом, впливаючи таким чином на функцію яєчників. Роль регуляторних сигналів у цій системі виконують високоспеціалізовані хімічні речовини - гормони, які у результаті диференціювання програмується на прийом тих або інших гормональних сигналів [4,6,8,9]. З огляду на викладені дані та одержані нами результати, необхідно порівняти рівні гормональних показників за умови різних форм гіперплазії ендометрія (ГПЕ).

Мета дослідження

Порівняти гормональні показники крові в жінок репродуктивного віку за умов гіперплазії ендометрія.

Матеріал і методи

Обстежено 90 пацієнток репродуктивного віку

з гіперплазією ендометрія віком від 23 до 41 року. Середній вік пацієнток склав $35,7 \pm 3,2$ роки. У I групу дослідження ввійшли 30 пацієнток із залозистою гіперплазією ендометрія (проста гіперплазія), II групу склали 32 жінки з залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія (складна гіперплазія), 28 осіб з атиповою гіперплазією ендометрія (простою і складною) були включені у III групу. У пацієнток ретельно збирали анамнез з уточненням перенесених загальних і гінекологічних захворювань, визначали особливості менструальної, дітородної і статевої функцій. Рівень гормонів визначали методом твердофазового імуноферментного аналізу за допомогою наборів реактивів: "Естріол-ІФА", "Прогестерон-ІФА", "ПЛ, ЛГ, ФСГ -HPL ELISA-KIT", "Тестостерон-ІФА", на основі моноклональних антитіл до вказаних гормонів (виробник-ДІАМЕБ, Україна), використовували однотипні тест-системи.

Обговорення результатів дослідження

Порівняльний аналіз рівнів стероїдних і гіпофізарних гормонів у I фазу оваріально-менструального циклу (ОМЦ) в досліджуваних групах показав, що достовірних розходжень між групами пацієнток за більшістю показників не виявлено, за винятком більш високої концентрації ЛГ у III групі та ФСГ у II групі пацієнток ($p < 0,01$) та вмістом пролактину у II групі порівняно з I групою. Достовірні відмінності знайдені за показником вмісту ФСГ між I та II групою та за показником ЛГ між II та III групою. Інших тенденцій щодо суттєвих змін концентрацій досліджуваних гормонів у сироватці крові жінок, обстежуваних груп не виявлено (табл. 1).

Рівні стероїдних і гіпофізарних гормонів у II фазу ОМЦ у групах дослідження достовірно не відрізнялися, проте у групі пацієнток з атиповою гіперплазією ендометрія (III група) концентрація

Таблиця 1

Концентрація гормонів у сироватці крові пацієток з різними видами гіперплазії ендометрія (I фаза циклу), M±m

Досліджувані гормони	I група (n=30)	II група (n=32)	III група (n=28)
ЛГ, МО/л	13,8±1,4	11,3±0,9* II-III	15,9±1,1* II-III
ФСГ, МО/л	16,3±1,3* I-II	20,8±1,7**	17,2±1,4
Пролактин, мМО/л	290±23,3*	370±42,5	316±39,4
Естрадіол, пг/мл	78,3±16,5	81,7±14,3	69,7±15,2
Прогестерон, пг/мл	3,7±0,4	3,1±0,4	3,9±0,3
Тестостерон, нг/мл	1,1±0,3	0,8±0,3	0,6±0,2

Примітка: * - розходження достовірне (p<0,05); ** розходження достовірне (p<0,01)

ЛГ була значимою, але не достовірно вищою, а концентрація ФСГ достовірно переважала таку у III групі пацієток.

Достовірні відмінності знайдені за показниками вмісту ФСГ та прогестерону практично у всіх групах порівняння, особливо у III групі, але не мали суттєвих відмінностей у порівнянні з I групою.

В обстежуваних II групи пацієток у II фазу ОМЦ вміст ФСГ був достовірно вищим, ніж у III групі та достовірно нижчим порівняно з відповідними показниками I групи пацієток. Натомість між I та II групою достовірні відмінності за цим показником були відсутні. Виявлені достовірні відмінності між вмістом прогестерону у крові пацієток з атиповою гіперплазією у II фазу ОМЦ, який був вищим за такий у пацієток інших груп. Рівні тестостерону достовірно не відрізнялися у пацієток груп досліджування.

Звертає на себе увагу зростання показників дисперсії за показником вмісту прогестерону у сироватці крові пацієток з атиповою гіперплазією, що свідчить про значну варіабельність даних у вибірці та, відповідно, про її гетерогенність, що може пояснити наявність дизрегуляторних процесів у хворих з даною патологією та свідчить про необхідність додаткових досліджень, в тому числі, адаптаційних властивостей організму (табл. 2).

Слід зазначити, що достовірні розбіжності за вмістом гормонів, які спостерігалися у I фазу ОМЦ не зберігалися у II фазі, а зміни відповідних показників протягом циклу не мали вираженого реципрокного характеру. З одного боку це підтверджує необхідність моніторингу гормональних показників у динаміці, а з іншого - свідчить, що аналіз виключно гормонального фону пацієток не

Таблиця 2

Концентрація гормонів у сироватці крові пацієток з різними видами гіперплазії ендометрія (II фаза циклу), M±m

Досліджувані гормони	I група (n=30)	II група (n=32)	III група (n=28)
ЛГ, МО/л	17,2±2,2	15,4±1,9	19,9±2,3
ФСГ, МО/л	6,2±0,9**	7,9±0,5**	2,3±0,2**
Пролактин, мМО/л	348±33,6	395±44,5	379±41,2
Естрадіол, пг/мл	177,4±21,2	201,2±19,8	155,0±16,4
Прогестерон, пг/мл	45,6±11,2*	57,2±9,3*	112,8±22,4*
Тестостерон, нг/мл	1,1±0,3	0,7±0,2	0,7±0,3

Примітка: * - розходження достовірні (p<0,05); ** - розходження високдостовірні (p<0,01)

є достатнім для прогнозування виникнення або прогресування гіперпластичного процесу у пацієток.

Висновки

1. За різних форм патології гіперплазії ендометрія спостерігаються різні зміни середніх показників стероїдних гормонів.

2. Гормональні дослідження при гіперплазії

ендометрія слід проводити у динаміці з індивідуальною оцінкою їх корекції.

Перспектива наукових досліджень

Поглиблене вивчення ролі гормонів щитоподібної залози матиме практичне значення щодо розробки засобів корекції гормонального фону з патологією гіперплазії ендометрія.

Література. 1. Запорожан В.Н. Новые методы диагностики и лечения доброкачественных опухолей и гиперпластических процессов женской репродуктивной системы / В.М. Запорожан, О.В. Хаит, В.Ф. Нагорная // МЗ УССР РМК по ВМО Одесский медицинский институт: Одесса.-1990.-126с. 2. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян // М., Медицинское информационное агентство, 2001. - 247 с. 3. Кондриков Н.И. Структурно-функциональные изменения эндометрия под воздействием стероидных гормонов/ Н.И. Кондриков // РМЖ. - Практическая гинекология. - 2009. - Т. 1, № 1. - С. 56-62. 4. Макаров О.В. Влияние гестагенотерапии на клинические и биохимические параметры у больных с атипической гиперплазией эндометрия / О.В. Макаров, П.В. Сергеев, Н.К. Свиридов // Вопр. онкол. - 2000. - Т. 46, № 5. - С. 570-573. 5. Малых Н.Е. Систематический анализ гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузальном периоде/ Н.Е. Малых // Рос. вестн. акуш.-гинекол.- 2003. - С. 23 -27. 6. Нинкина Г.Н. Особенности гормонального и иммунного статуса больных с гиперпластическими процессами эндометрия / М.Г. Нинкина, В.Е. Вольф // Акуш. и гинекол. - 2004. - С. 24-26. 7. Практическая гинекология / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. - М.: МЕДпрессинформ, 2001. - 720 с. 8. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 1998. -768 с. 9. Серова Т.А. Здоровье женщины: менструальный цикл и гормоны в классической и нетрадиционной медицине /Т.А. Серова/ - Ростов н/Д:Феникс, 2010.- 416 с.

ДИАГНОСТИКА ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Л.З. Базюта, С.П. Полева

Резюме. В статье наведены данные гормональных нарушений у пациенток репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия. Показано, что в зависимости от формы гиперплазии эндометрия возникают разные изменения средних показателей стероидных гормонов. Установлено, что при гиперплазии эндометрия уровень гормонов необходимо определять в динамике с индивидуальной оценкой их коррекции.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, гормоны, диагностика.

DIAGNOSIS OF HORMONAL DISORDERS AT DISEASES OF ENDOMETRIUM

L.Z. Bazyuta, S.P. Polyova

Abstract. The article presents data of hormonal imbalance in women of reproductive age with hyperplastic processes of endometrium. It has been shown that depending on the form of endometrial hyperplasia there are various changes of mean values of steroid hormones. It has been established that under the conditions of endometrial hyperplasia, hormone levels should be determined in dynamics with individual assessment of their correction.

Key words: endometrial hyperplasia, hormones, diagnostics.

**Vinnitsia National Medical University named
after M.I. Pirogov**

Clin. and experim. pathol. - 2015. - Vol.14, №2 (52). - P.06-08.

Надійшла до редакції 01.04.2015

Рецензент – проф. О.В. Кравченко

© Л.З. Базюта, С.П. Полева, 2015