

УДК 618.11-08

ДОГЕСТАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**Калинкина О.Б.***ГОУ ВПО «СамГМУ Минздравоуразвития России», Самара, e-mail: Maiorof@mail.ru*

Проведена оценка течения беременности у 55 женщин с бесплодием эндокринного генеза, обусловленным синдромом поликистозных яичников в анамнезе. Оценены результаты пробы с реактивной гиперемией плечевой артерии у 46 пациенток с синдромом поликистозных яичников на этапе догестационной подготовки как критерий эффективности терапии. Выявлено, что степень длительности сохранения сосудистой дисфункции коррелировала с длительностью времени, прошедшего с момента менархе.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, дисфункция эндотелия**PRE-CONCEPTIONAL CORRECTION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME****Kalinkina O.B.***Samara State Medical University, Samara, e-mail: Maiorof@mail.ru*

The assessment of gestational complications development in 55 women with polycystic ovary syndrome and history of infertility has been done. The results of reactive hyperemia of brachial artery test performed in 46 women with PCOS at the stage of pre-conceptional preparation were considered as a criteria of effectiveness of the outgoing treatment. The correlation between duration of the retention of endothelial dysfunction and time passed from menarche has been revealed.

Keywords: polycystic ovary syndrome, endothelial dysfunction

Под дисфункцией эндотелия понимают дисбаланс эндотелиальных факторов, регулирующих процессы гемостаза, пролиферации и сосудистый тонус [1]. При синдроме поликистозных яичников (СПКЯ) доказано наличие дислипидемии, повышения коэффициента атерогенности, наличие инсулино-резистентности [4]. Данные факторы обладают повреждающим действием на эндотелий сосудов, вызывая его дисфункцию. Доказана роль дисфункции эндотелия в патогенезе осложнений гестации [2, 5, 6, 7].

Цель исследования – оценить эффективность догестационной коррекции, направленной на коррекцию дисфункции эндотелия, у пациенток с СПКЯ для снижения осложнений беременности.

Объектом нашего исследования послужили 46 женщин в возрасте 23–35 лет с СПКЯ и бесплодием на этапе догестационной подготовки (1 группа). Для изучения эндотелиозависимой дилатации сосудов всем пациенткам была проведена проба с реактивной гиперемией плечевой артерии. В качестве контроля оценивались результаты пробы с реактивной гиперемией у 30 здоровых женщин в возрасте 23–35 лет.

Нами проведен также анализ течения беременности у 55 женщин в репродуктивном возрасте (23–35 лет) с СПКЯ после хирургической стимуляции овуляции (2-я группа).

Определение необходимого числа объектов наблюдений мы осуществляли с заданной вероятностью $P = 0,95$ и допустимой ошибкой $= 0,05$. Сопоставление значимости

данных с использованием критериев Фишера – Снедекора и Стьюдента [3].

Ретроспективный анализ исходов беременностей у 55 женщин 2-й группы показал, что у них в большем количестве встречаются осложнения беременности и родов. Гестоз развился у всех 55 пациенток, преждевременные роды произошли у 7, самопроизвольным выкидышем закончилось 11 беременностей.

При оценке результатов пробы с реактивной гиперемией у контрольной группы нами была выявлена следующая динамика диаметра плечевой артерии: через 1 минуту – вазодилатация (увеличение диаметра сосуда), через 3–5 минут – возвращение к исходному диаметру, что свидетельствует о нормальном выбросе эндотелием сосудистых релаксирующих факторов. У женщин 1 группы с СПКЯ отмечалось уменьшение диаметра плечевой артерии через 1 минуту после проведения пробы, затем на 3–5-й минуте происходило увеличение диаметра артерии (вазодилатация) и возвращение к исходному диаметру сосуда на 7–8–10-й минуте. Причем степень длительности сохранения сосудистой дисфункции коррелировала с длительностью времени, прошедшего с момента менархе.

Нами была проведена догестационная подготовка пациенток с учетом выявленных метаболических нарушений, дислипидемии, изменения гормонального баланса. Терапия проводилась в течение 3–6 месяцев. Нами выявлено, что у 18 пациенток 1-й группы уже через 3 месяца отмечалась

нормализация показателей гормонального статуса, липидного спектра крови, метаболических показателей. Результаты пробы с реактивной гиперемией плечевой артерии не отличались от результатов пробы у здоровых женщин. У этих пациенток с момента менархе (реализация клинических проявлений СПКЯ) прошло не более 10 лет.

У 28 женщин 1-й группы через 6 месяцев показатели гормонального статуса, липидного спектра крови, толерантность к глюкозе, результаты пробы с реактивной гиперемией не отличались от контрольных.

Следующим этапом лечения проводилась стимуляция овуляции. Беременность наступила у 35 пациенток 1-й группы. Ретроспективный анализ исходов беременности у этих пациенток показал, что гестоз развился у 15 (42,8%) пациенток, преждевременные роды произошли у 3 (8,6%) пациенток, а самопроизвольным выкидышем закончилось 5 (14,2%) беременностей. Характер осложнений гестации у женщин с синдромом поликистозных яичников после хирургической стимуляции овуляции и после комплексной догестационной подготовки представлен в таблице.

Характер осложнений гестации у женщин с СПКЯ после хирургической стимуляции овуляции и после комплексной догестационной подготовки

Осложнения гестации	Группа женщин с СПКЯ после комплексной догестационной подготовки ($n = 35$)	Группа женщин с СПКЯ после хирургической стимуляции овуляции ($n = 55$)
Гестоз	15	55*
Преждевременные роды	3	7*
Самопроизвольный выкидыш	5	11*

Примечание. * – различия между показателями значимы при заданном уровне ($p = 0,05$).

Таким образом, проведенное нами исследование показало что при отсутствии комплексной догестационной подготовки количество осложнений беременности значительно превышает таковые после ее проведения. Проба с реактивной гиперемией плечевой артерии, позволяющая выявить наличие эндотелиозависимых дилагирующих факторов, является простым диагностическим тестом, который может быть рекомендован для контроля эффективности догестационной подготовки пациенток с СПКЯ.

Список литературы

1. Банин В.В. Роль сосудистого эндотелия в патогенезе синдрома эндогенной интоксикации // Эндогенные интоксикации: тезисы международного симпозиума. (СПб. 1994 г.). – СПб., 1994. – С. 10–17.
2. Гушин И.В. Гомеостаз при гестозе и способы коррекции его изменений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 25 с.
3. Углов Б.А. Основы статистического анализа и математического моделирования в медико-биологических исследованиях / Б.А. Углов, Г.П. Котельников, М.В. Углова. – Самара, 1994. – 70 с.
4. Чернуха Г.Е. Особенности липидного спектра крови у больных с синдромом поликистозных яичников // Пробл. репродукции. – 2003. – №1. – С. 34–39.
5. Ackerman M., Evans N., Ecklund M. Systemic inflammatory Response Syndrome, Sepsis and Nutritional support // Crit. Care Nurs Clin. of North Am. – 1994. – Vol. 6. – P. 321–340.
6. Plasma atrial natriuretic peptide levels in preeclampsia and eclampsia / B. Adam, E. Malatyalioglu, M. Alvur et al. // Matern. – Fetal. Invest. – 1998. – Vol. 8, №2. – P. 85–88.
7. Bernstein I.M., Meger M.C., Osol G. et Ward K. Intolerance to volume expansion: A theorized mechanism for the development of reeclampsia // Obst. Gynec. – 1998. – Vol. 92, №2. – P. 306–308.

Рецензенты:

Линева О.И., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИПО ГОУ «Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России», г. Самара;

Шляпников М.Е., д.м.н., врач ММУ ГKB №3, г. Самара.

Работа поступила в редакцию 28.07.2011.