

УДК 618.3-06:616.43/45+611.839

© Коллектив авторов, 2011.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГУЛЯТОРОВ НЕЙРОМЕДИАТОРНОГО ОБМЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

В. К. Чайка, Ю. П. Богослав, Е. В. Зоркова, В. А. Черноус, А. Б. Матийцев, О. С. Коврижкина, Г. П. Кирилук

*НИИ медицинских проблем семьи (директор – проф. А. В. Чайка),
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.*

APPLICATION OF REGULATORS OF NEYROMEDIATING EXCHANGE IN COMPLEX TREATMENT OF VIOLATIONS OF REPRODUCTIVE HEALTH AT PERSONS WITH OBESITY

V. K. Chayka, Yu. P. Bogoslav, E. V. Zorkova, V. A. Chernous, A. B. Matiytsiv, O. S. Kovrizhkina, G. P. Kiriluk

SUMMARY

The chart of application of Bromokriptin and Kabergolin is developed for women with neuroendocrine obesity, differentiated depending on the level of prolaktin. On an example there are 207 women from which 177 suffered violations of reproductive health on a background neuroendocrine obesity, efficiency of the developed chart is studied. More high efficiency and the best bearableness of the developed chart of treatment is shown as compared to traditional one.

ЗАСТОСУВАННЯ РЕГУЛЯТОРІВ НЕЙРОМЕДІАТОРНОГО ОБМІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ОСІБ З ОЖИРІННЯМ

В. К. Чайка, Ю. П. Богослав, О. В. Зоркова, В. А. Черноус, О. Б. Матийцев, О. С. Коврижкина, Г. П. Кирилук

РЕЗЮМЕ

Розроблено схему застосування Бромокриптину та Каберголіну у жінок з нейроендокринним ожирінням, диференційовану в залежності від рівня пролактину. На прикладі 207 жінок, з яких 177 страждали порушеннями репродуктивного здоров'я на тлі нейроендокринного ожиріння, вивчено ефективність розробленої схеми. Показано вищу ефективність та кращу сприйнятливність розробленої схеми лікування в порівнянні з традиційною.

Ключевые слова: ожирение, нарушение менструального цикла, Бромокриптин, Каберголин.

Высокая частота заболеваний репродуктивной системы у женщин с ожирением диктует необходимость детального изучения особенностей этого контингента женщин. В структуре ожирения у женщин преобладают нейроэндокринные формы, возникающие на фоне дисфункции гипоталамических структур [3, 5, 7]. Нарушения нейромедиаторного обмена, сопутствующие дисфункции гипоталамо-гипофизарных структур нередко способствуют повышению уровня пролактина или нарушению его суточной секреции; реже развивается гипопролактинемия; у части женщин нарушается также секреция гормона роста [2, 4]. Это делает перспективным применение регуляторов нейромедиаторного обмена (РНМО) в лечении нарушений репродуктивного здоровья у женщин с нейроэндокринным ожирением. Есть данные исследований, в которых был отмечен положительный эффект Каберголина у больных с гипоталамическим синдромом и нормопролактинемией [6]. Важное отличие этого препарата от традиционно применяемого Бромокриптина состоит в том, что Каберголин не подавляет выработку соматотропного гормона (СТГ) у женщин. Поскольку известно, что снижение уровня

СТГ у взрослых лиц сопровождается развитием абдоминального ожирения, инсулинорезистентности и метаболического синдрома [1, 4], этот препарат предпочтителен у больных с нормальным содержанием СТГ. В случаях сочетания гиперпролактинемии с повышением уровня СТГ предпочтительно назначение Бромокриптина. Однако, схемы лечения больных, а также критерии назначения препарата женщинам с нормопролактинемией, по нашему мнению, требуют дальнейшего уточнения.

Целью исследования было повышение эффективности лечения нарушений репродуктивного здоровья у женщин с нейроэндокринным ожирением путем дифференцированного применения РНМО в комплексном лечении этих женщин.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 207 женщин, из которых 177 страдали нарушениями репродуктивного здоровья на фоне нейроэндокринного ожирения (87 – составили основную группу, 90 – группу сравнения), а 30 здоровых женщин составили контрольную группу. Применяли клинические и морфо-

метрические методы исследования. Женщинам с гиперпролактинемией рекомендовали прием Каберголина по 1/2 таблетки 0,5 мг 2 раза в неделю, а женщинам с нормопролактинемией – по 1/4 таблетки 0,5 мг. Женщинам группы сравнения с гиперпролактинемией назначали Бромокриптин по 1 таблетке 2,5 мг в сутки. Проводимая статистическая обработка полученного материала включала анализ средних величин и структуры данных. При этом рассчитывались среднее арифметическое, среднеквадратическое отклонение, ошибка средней, использовался критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 68 женщин основной группы отмечалось распределение жира по кушингоидному типу, а у 19 – по гипогенитальному. В группе сравнения ожирение по кушингоидному типу было у 72 женщин, а по гипогенитальному – у 18 пациенток.

Индивидуальный анализ уровня пролактина позволил разделить обследованных женщин на подгруппы для дальнейшего назначения лечения.

Несмотря на то, что нормативные показатели уровня пролактина установлены в довольно широких пределах (67-726 мМЕ/л), у здоровых женщин уровень этого гормона колебался в гораздо более узких пределах (134-345 мМЕ/л), что позволило нам предположить, что более высокие или более низкие уровни этого гормона оказывают неблагоприятное воздействие на репродуктивное здоровье. Поэтому женщинам с уровнем пролактина выше 345 мМЕ/л назначили лечение, направленное на снижение уровня пролактина.

Как показал индивидуальный анализ данных исследования (табл. 1), гипопролактинемия была выявлена лишь у 3 (3,5%) женщин основной группы и у 3 (3,3%) – в группе сравнения, преимущественно у женщин с гипогенитальным ожирением. Гиперпролактинемия отмечалась у 12 (13,8%) и 12 (16,7%) соответственно, чаще – у женщин с кушингоидным ожирением. Уровень пролактина от 345 до 726 мМЕ/л был выявлен у каждой второй пациентки как с кушингоидным ожирением, так и с гипогенитальным.

Таблица 1

Уровень пролактина у обследованных женщин до лечения

Исследованные группы, количество	Уровень пролактина, n (%)			
	<67 мМЕ/л	67-345 мМЕ/л	345-726 мМЕ/л	>726 мМЕ/л
Основная, n=87	3 (3,5)	29 (33,3)	43 (49,4)	12 (13,8)
Кушингоидный, n=68	1 (1,5)	21 (30,9)	35 (51,5)	11 (16,2)
Гипогенитальный, n=19	2 (10,5)	8 (42,1)	8 (42,1)	1 (5,3)
Сравнения, n=90	3 (3,3)	35 (38,9)	39 (43,3)	13 (14,4)
Кушингоидный, n=72	2 (2,8)	28 (38,9)	30 (41,7)	12 (16,7)
Гипогенитальный, n=18	1 (5,6)	7 (38,9)	9 (50,0)	1 (5,6)
Контрольная, n=30	0 (0)	30 (100)	0 (0)	0 (0)

Примечание: в скобках приведены процентные значения.

Через три месяца от начала лечения отмечалось снижение уровня пролактина, более выраженное в

основной группе (в 1,58 раза), чем в группе сравнения (в 1,02 раза) (рис. 1).

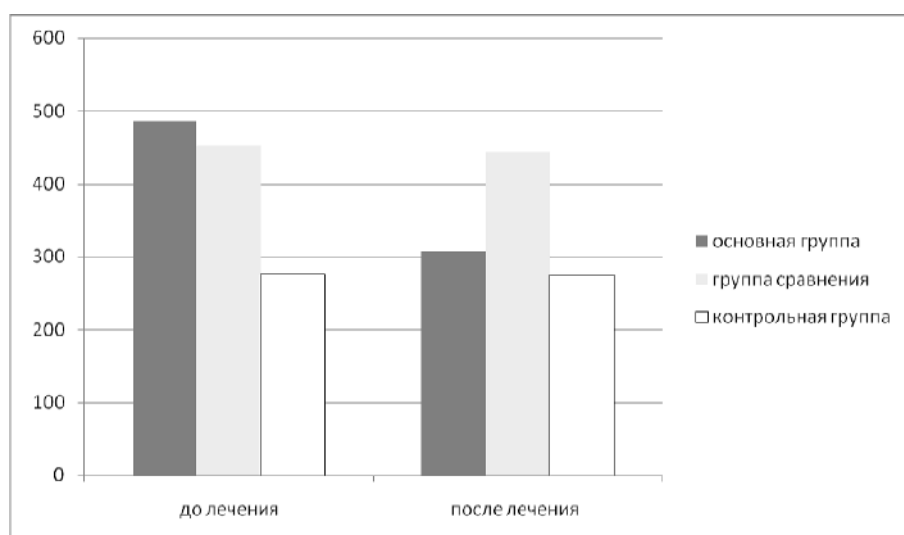


Рис. 1. Уровень пролактина (мМЕ/л) у обследованных женщин на фоне лечения.

Индивидуальный анализ данных исследования показал, что через три месяца от начала лечения у 81 (93,1%) женщин основной группы уровень пролактина приближался к показателям здоровых женщин. В группе сравнения у 2 (2,2%) женщин сохранялась гиперпролактинемия, а у каждой второй женщины уровень пролактина был выше 345 мМЕ/л. Таким образом, Достинекс обладал более выраженным ги-

попролактинемическим действием, чем Бромокриптин. Отличалась и переносимость препаратов: если на фоне Достинекса 80 (91,9%) пациенток не испытывали дискомфорта во время применения, а 7 (8,0%) отмечали незначительные головные боли, то во время приема Бромокриптина 46 (51,1%) женщин отмечали головные боли, 36 (40,0%) – тошноту, 27 (30,0%) – прибавку массы тела (табл. 2).

Таблица 2

Уровень пролактина у обследованных женщин после лечения

Исследованные группы, количество	Уровень пролактина, n (%)			
	<67 мМЕ/л	67-345 мМЕ/л	345-726 мМЕ/л	>726 мМЕ/л
Основная, n=87	2 (2,3)	81 (93,1)	4 (4,6)	0 (0)
Кушингоидный, n=68	1 (1,5)	64 (94,1)	3 (4,4)	0 (0)
Гипогенитальный, n=19	1 (5,3)	17 (89,5)	1 (5,3)	0 (0)
Сравнения, n=90	3 (3,3)	37 (41,1)	48 (53,3)	2 (2,2)
Кушингоидный, n=72	2 (2,8)	31 (43,1)	37 (51,4)	2 (2,8)
Гипогенитальный, n=18	1 (5,6)	6 (33,3)	11 (61,1)	0 (0)
Контрольная, n=30	0 (0)	30 (100)	0 (0)	0 (0)

Примечание: в скобках приведены процентные значения.

ВЫВОДЫ

1. Дифференцированное применение регуляторов нейромедиаторного обмена по разработанной схеме сопровождалось достоверным снижением уровня пролактина у женщин с нейроэндокринным ожирением.

2. Была выявлена более высокая эффективность Каберголина по сравнению с Бромокриптином, а также его хорошая переносимость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Е. Н. Репродуктивная функция женщин и ожирение / Е. Н. Андреева, Е. А. Карпова // Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – Москва: ООО «МИА», 2006. – С. 159–184.

2. Артымук Н. В. Репродуктивное здоровье женщин с гипоталамическим синдромом. Система профилактики и реабилитации его нарушений: материалы Международного Конгресса [«Профилактика, диагностика и лечение гинекологических заболеваний»], (Москва, 2003). – М., 2003. – С. 118.

3. Богослав Ю. П. Структура ожирения у жен-

щин различного возраста / Ю. П. Богослав // Украинский журнал дерматології, венерології, косметології. – 2008. – № 1. – С. 68–70.

4. Вербовая Н. И. Ожирение и соматотропный гормон: причинно-следственные отношения / Н. И. Вербовая, С. В. Булгакова // Проблемы эндокринологии. – 2001. – Т. 47, № 3. – С. 44–47.

5. Ломакин Н. В. Медико-социальные проблемы ожирения и избыточной массы тела (анализ влияния культурологических, социально-экономических и медицинских феноменов современности) // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 4. – С. 79–82.

6. Михайлюта М. А. Підвищення ефективності діагностики і лікування порушень менструального циклу при нейрообмінній формі гіпоталамічного синдрому у жінок в репродуктивній віці: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / М. А. Михайлюта. – Київ, 2003. – 14 с.

7. Прилепская В. Н. Ожирение в практике акушера-гинеколога / В. Н. Прилепская // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 5. – С. 59–61.