

пациентов аритмии в виде наджелудочковых и желудочковых экстрасистол ($r = -0,42$, $p < 0,01$) и с тяжестью ФК по NYHA ($r = -0,37$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, лучший ответ на пульс-урежающую терапию получен у пациентов с исходно более высокой ЧСС при поступлении в стационар (группа А). Тахикардия в этой группе коррелировала с тяжестью ФК ХСН по NYHA и чаще сопровождалась экстрасистолией. Сопоставимое лечение бета-адреноблокаторами пациентов группы В с менее выраженной тахикардией при поступлении не дало значимого урежения ЧСС. Большее снижение ЧСС в ответ на терапию бета-адреноблокаторами наблюдалось у пациентов с превалированием признаков ХСН, чем выраженностью атеросклеротического поражения коронарных артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Singh, B.N. Morbidity and Mortality in Cardiovascular Disorders: Impact of Reduced Heart Rate / B.N. Singh // J Cardiovasc. Pharmacol. Therapeut. – 2001. - №6 (4). – P. 313–331.
2. Частота пульса и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у российских мужчин и женщин. Результаты эпидемиологического исследования / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Р.Г. Органов и др. // Кардиология. – 2005. - №10. – С. 45–50.
3. Heidland, U.E. Left ventricular muscle mass and elevated heart rate are associated with coronary plaque disruption / U.E. Heidland, B.E. Strauer // J. Circulation. – 2001. – 104. – P. 1477-1482.

МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Павловская М.А.*, Гутикова Л.В.*, Гуляй И.Э.*, Величко М.Г.,
Колесникова Т.А.*****

**УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

***УО «Гродненский государственный аграрный университет»*

****УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

Актуальность. В последние годы во многих странах мира наблюдается рост гормонозависимой патологии репродуктивных органов, в том числе гиперплазии эндометрия (ГЭ), с увеличением при этом доли больных репродуктивного возраста. Проблема нарастания заболеваемости ГЭ у женщин репродуктивного возраста рассматривается, прежде всего, с позиций сохранения детородной функции, а также риска развития предрака и рака эндометрия [1-3]. Поэтому особого внимания заслуживает разработка новых методов диагностики рецидивирующих форм патологии, что даст возможность предотвратить прогрессирование патологии.

Цель: разработать метод прогнозирования рецидива гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

Методы исследования: Обследовано 97 женщин в возрасте от 19 до 40 лет в рамках открытого когортного проспективного сравнительного контролируемого исследования: 34 практически здоровые женщины, не имевшие когда-либо эпизодов заболеваний эндометрия (контроль-

ная группа), и 63 пациентки (основная группа) с ГПЭ без атипии: 31 пациентка с впервые возникшей ГПЭ (1 основная подгруппа) и 32 пациентки с рецидивирующей ГПЭ (2 основная подгруппа).

Критерии включения в группы: репродуктивный возраст, гиперплазия эндометрия без атипии, отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии.

Критерии исключения: нерепродуктивный период, опухоли органов репродуктивной системы, тяжелые экстрагенитальные заболевания и инфекционные процессы мочеполовой системы.

Спектрофотометрически исследовали содержание диеновых конъюгатов (ДК) по методике И.Д. Стальной (1977), оснований Шиффа (ОШ) и малонового диальдегида (МДА) по методике G. Kurian (1976). Активность каталазы определяли по E. Beutler (1984), оценку активности супероксиддисмутазы (СОД) по стандартной методике С. Чевари с соавт. (1991).

Результаты исследования обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 6.0», «Microsoft Excel», «ANOVA» с оценкой уровня значимости различий между двумя выборками с помощью параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и их обсуждение. Зарегистрировано более высокое содержание ДК, ОШ и МДА в сыворотке крови пациенток с гиперплазией эндометрия по сравнению с контрольной группой на 31,8%, 16,6% и 28,6% соответственно, особенно при рецидивировании процесса (119,7%, 21,6% и 85,7%), что свидетельствует о более высокой интенсивности процесса ПОЛ у данной категории пациенток и его развитии до стадии накопления конечных продуктов липопероксидации – оснований Шиффа, которые являются наиболее токсичными. Активность каталазы у пациенток с гиперплазией эндометрия 1 основной подгруппы была на 26,4% ниже, а у женщин 2 подгруппы на 31,4%, чем в контрольной группе. Подобные изменения выявлены нами и при исследовании активности СОД (снижение на 15,8% и 26,7% соответственно в основных подгруппах по сравнению с контролем).

После статистической обработки полученных результатов мы рассчитали соотношение каталаза/диеновые конъюгаты и установили, что при значениях этого соотношения 20 и ниже регистрируется высокий риск рецидива ГЭ, что требует назначения препаратов, оптимизирующих прооксидантно-антиоксидантное равновесие.

В качестве превентивного корректора эндокринно-обменных нарушений для предотвращения развития рецидива гиперплазии эндометрия нами использован фитопрепарат отечественного производства «Биеносилим», который способен связывать свободные радикалы, прекращать процесс перекисного окисления липидов и дальнейшее разрушение клеточных структур. В комплексной терапии ГЭ оказывает гиполлипдемическое, гипохолестеринемическое, репаративное, цитопротекторное действие, улучшая рецепторные взаимодействия и реализацию гормональных воздействий.

Результаты использования комплексной терапии ГЭ показали высокую эффективность, заключающуюся в нивелировании эпизодов рецидива ГЭ, что дало возможность оптимизировать репродуктивный потенциал у обследованных женщин.

Выводы: Патогенетическая значимость интенсификации процессов перекисного окисления липидов и недостаточности антиоксидантной системы крови при гиперплазии эндометрия дает возможность определения риска рецидива этой патологии, основанного на регистрации в плазме крови женщин уровней компонентов ферментативного звена антиоксидантной защиты и продуктов перекисного окисления липидов (соотношения каталаза/диеновые конъюгаты), что дает возможность провести своевременное оптимизированное лечение для предотвращения развития повторных эпизодов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бенедиктова М.Г. Современные аспекты патогенетически обоснованной фармакологической коррекции гиперпластических процессов в эндометрии / М.Г. Бенедиктова, Ю.Э. Доброхотова, Ю.Н. Задонская // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - № 1. - С. 18-23.
2. Кузнецова И.В. Гиперпластические процессы эндометрия / И.В. Кузнецова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. - Т. 6, № 5. - С. 68-77.
3. Пашков В.М. Современные представления об этиологии и патогенезе гиперпластических процессов эндометрия / В.М. Пашков, В.А. Лебедев, М.В. Коваленко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2006. - Т. 5, № 3. - С. 51-59.

АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

*Павловская М.А., Гутикова Л.В., Кухарчик Ю.В., Величко М.Г.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

В последние годы сохраняется рост частоты гиперпластических процессов эндометрия, а также высокая встречаемость рецидивирования патологического процесса – 44,1-64,7% и риска малигнизации – 0,3-45,1% [1, 2].

Известно, что многие патологические процессы в организме человека обусловлены развитием оксидативного стресса, который является результатом воздействия неблагоприятных факторов и повреждающих агентов, в том числе и кислорода. При этом для внутриклеточной защиты от активных форм кислорода и свободных радикалов в организме существует ферментативная система антиоксидантов. Однако ее активность находится под генетическим контролем, а содержание клеточных ферментов незначительно и быстро снижается при патологических состояниях [3].

По нашему мнению, изучение антиоксидантной системы у пациенток репродуктивного возраста при гиперплазии эндометрия не только расширит представление о биохимических основах заболевания и функциональных резервах организма женщины, но и позволит выработать стратегию профилактики этой патологии.