



**СОВРЕМЕННЫЕ  
ТЕХНОЛОГИИ  
В МЕДИЦИНЕ**

РЕПОЗИТОРИЙ БРГАУ

Получено 19.02.2009г

УЗ "Брестская областная  
больница"

3 1 1 8 9 3

СИГНАЛЬНЫЙ

61 (063)  
С 568

СИГНАЛЬНЫЙ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЕСТСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Материалы юбилейной научно-практической конференции,  
посвященной 65-летию Брестской областной больницы

г. Брест, 30 января 2009 года

Брест  
"Альтернатива"  
2009

РЕПОЗИТОРИЙ ГРГМУ



2. При преждевременных родах со своевременным разрывом плодных оболочек достоверно чаще наблюдался смешанный путь инфицирования последа – в  $66,7 \pm 11,1\%$ .

3. При смешанном пути инфицирования последа достоверно чаще диагностированы внутриутробное инфицирование новорожденного, осложнения в родах и выполнены оперативные вмешательства в родах.

*Литература:*

1. Тютюник, В. Л. Морфология плаценты при инфекции / В.Л. Тютюник // Проблемы беременности. – 2001. – № 4. – С. 10–14.
2. Об инфицировании последа при преждевременных родах / С.В. Тимошенкова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – № 2. – С. 54–57.

**САВОНЕВИЧ Е.Л.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Несмотря на значительные успехи в изучении дисгормональной патологии эндометрия, проблема патогенеза, диагностики и лечения больных с данной патологией остается весьма актуальной и в настоящее время. В последнее время отмечен рост заболеваемости раком эндометрия. Одним из основных факторов успешной профилактики рака тела матки является патогенетически обоснованное ведение больных с гиперпластическими и прежде всего предраковыми изменениями эндометрия, риск развития раковой трансформации на фоне которых достигает 30–35%. Особую значимость решение этой проблемы приобретает у молодых женщин, когда стоит вопрос не только о сохранении здоровья, но и о восстановлении репродуктивной функции. Несмотря на достаточно большой клинический опыт терапии гиперпластических процессов эндометрия различными гормональными препаратами, эффект лечения часто оказывается неполным или временным, возникают рецидивы, заболевание прогрессирует с развитием предраковых форм патологии. Основной причиной этого является недостаточное понимание патогенетических механизмов, лежащих в основе развития гиперпластических процессов эндометрия в различных группах больных. По данным Е.М. Вихляевой, патогенез гиперпластических процессов в эндометрии – сложный многокомпонентный комплекс, наиболее важными звеньями которого являются воспалительные заболевания

гениталий (59%), осложнения репродуктивного анамнеза (45%), хирургические вмешательства (42%) и наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями (41%). Кроме того, существует мнение о ятрогенной причине заболеваний слизистой матки на фоне длительного приема гормональных препаратов без должных оснований.

В настоящее время у большинства пациенток с данной патологией эндометрия имеется сформированный метаболический синдром, включающий в себя инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе, гиперинсулинемию, дислипидемию, ожирение, артериальную гипертензию. Избыток инсулина в подобной ситуации усиливает выброс ЛГ в ответ на стимуляцию гипофиза гонадолиберинном и увеличивает выработку андрогенов тека-клетками яичников, а также снижает синтез полового стероидсвязывающего глобулина печенью, что приводит к повышению уровня свободного (биологически активного) тестостерона. Избыток андрогенов нарушает нормальное развитие фолликулов, приводя к множественной атрезии и относительной гиперэстрогемии.

Андрогенный эффект синтетических прогестинов, которые чаще всего используются для лечения патологии эндометрия, неблагоприятны с точки зрения подобных метаболических реакций. Андрогенным эффектом обладают все производные норэтистерона, слабый андрогенный эффект имеется у медроксипрогестерона ацетата. Парентеральный путь введения гестагенов отличается большей метаболической нейтральностью, что особенно актуально для прогестинов с остаточной андрогенной активностью. В нашей стране зарегистрирован единственный препарат такого рода – левоноргестрелсодержащая внутриматочная система «Мирена». «Мирена» обычно назначается при наличии сочетанной гинекологической патологии в позднем репродуктивном периоде и перименопаузе, когда реализуются ее дополнительные позитивные эффекты: уменьшение менструальной кровопотери, контрацепция. Метаболически нейтральными считаются и производные прогестерона – дидрогестерон, что позволяет использовать его у молодых пациенток с нарушением обмена веществ, избыточным весом и простой гиперплазией эндометрия без атипии, желающих реализовать свою репродуктивную функцию. При наличии выраженных нарушений липидного обмена гормональную терапию целесообразно сочетать с препаратами, корригирующими эти нарушения. Дислипидемии I–III типов являются показанием к назначению статинов, при дислипидемии IV типа (гипертриглицеридемии) рекомендуется прием фибратов. При назначении гормональных препаратов следует также учитывать их действие на углеводный обмен. Медроксипрогестерона ацетат, левоноргестрел, норэтистерон при пероральном применении ухудшают результаты глюкозотолерантного теста и способствуют повышению уровня инсулина.

Таким образом, планируя тактику ведения больных с патологией эндометрия, для профилактики рецидивов заболевания после выскабливания полости матки необходимо учитывать гистологическую структуру патологического процесса, возраст женщины и ее дополнительные цели (беременность, контрацепция и др.), степень выраженности метаболических нарушений.

15338  
**САВОНЕВИЧ Е.Л.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно

## **ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ**

Щитовидная железа – важный орган нейроэндокринной системы, оказывающий значительное влияние на репродуктивную функцию. В последние годы все большее значение приобретает сочетанная патология репродуктивной системы и щитовидной железы. По материалам нашей клиники при скрининговом обследовании 186 пациенток с дисгормональными нарушениями в репродуктивной системе патология щитовидной железы была выявлена у 115 (62%) женщин, в том числе у 38 (21%) – в узловой форме. При эндокринных причинах бесплодия недостаточность щитовидной железы выявлена у 16% пациенток. С нарушениями функции щитовидной железы ассоциируется и привычное невынашивание беременности. Понимание функциональных взаимосвязей системы гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа и гипоталамус – гипофиз – яичники чрезвычайно важно для гинеколога, так как, обследуя пациенток с нарушением менструального цикла, наличием гиперпластических процессов эндометрия, повышенным уровнем ЛГ при нормальном или даже несколько сниженном содержании ФСГ в сыворотке крови, врачи зачастую расценивают это состояние как поликистоз яичников и не всегда, к сожалению, уделяют должное внимание обследованию функции щитовидной железы. В результате проведенных нами клинических наблюдений отмечено, что уже сама по себе коррекция тиреоидного гомеостаза в ряде случаев способствует нормализации менструального цикла и стабилизации течения доброкачественных эстрогензависимых заболеваний матки.

Расстройствами функции щитовидной железы в виде гипертиреозидизма или гипотиреозидизма сопровождаются большинство заболеваний – эндемический или спорадический зоб в виде диффузной или узловой формы, тиреотоксический зоб, хронический аутоиммунный тиреозидит Хашимото и др.