

К.В.Карпинский, Н.В. Кисельникова (Волкова) // Семья, брак и родительство в современной России / под ред. А.В. Махнач, К.Б. Зуева. – Москва, 2015. – С. 319–323.

3. Колышко, А.М. Психологические факторы отвержения ребенка родителями / А.М. Колышко, К.В. Карпинский, П.Р. Галузо // Психологическое здоровье в контексте развития личности: материалы VII Респ. науч.-практ. конф., Брест: БрГУ, 2016. – С. 33–35.

4. Кисельникова, Н.В. Исследование принятия решений о деторождении в психологии репродуктивного поведения / Н.В. Кисельникова, М.М. Данина, К.В. Карпинский, А.М. Колышко, П.Р. Галузо // Всерос. конф., Семья, брак и родительство в современной России: материалы, 24–25 октября 2014 г. – М., 2014. – С. 94–97.

5. Психологические факторы повышения деторождаемости в современной белорусской и российской семье / К.В. Карпинский, Т.К. Комарова, А.М. Колышко, П.Р. Галузо // Отчет о научно-исследовательской работе (договор с БРФФИ Г14Р-021 от 23.05.2014 г.). – Гродно, 2016. – 81 с.

6. Рабовалюк, Л.Н. Ценностные ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Л.Н. Рабовалюк; ГАОУВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет» – Томск: НИТГУ, 2014. – 23 с.

* Исследование проведено при поддержке гранта БРФФИ Г14Р-021 «Психологические факторы повышения деторождаемости в современной белорусской и российской семье» от 23.05.2014 г., гранта РГНФ № 14-26-01007.

ПРЕДИКЦИЯ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е.П., Горецкая А.О.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Метаболический синдром (МС) - одна из наиболее острых проблем современной медицины. Образ жизни, изменение характера питания современного человека с употреблением большого количества богатых жирами продуктов и низкая физическая активность привели к стремительному распространению ожирения и МС. МС представляет собой сочетание абдоминального ожирения, гипергликемии, дислипидемии, артериальной гипертензии, нарушения системы гемостаза и хронического субклинического воспаления, патогенетической сущностью которого выступает феномен инсулинорезистентности. МС является одной из самых частых причин нарушения репродуктивного здоровья женщин [1]. Роль ожирения и инсулинорезистентности

в генезе репродуктивной дисфункции была доказана во многих исследованиях. Для объяснения, почему не у всех пациентов с МС развивается дисфункция репродуктивной системы, выдвинута гипотеза о существовании генетической предрасположенности к стимулирующему действию инсулина на синтез андрогенов в яичнике. Очевидно, существует ген или группа генов, которые делают яичники женщин с инсулинорезистентностью более чувствительными к стимуляции инсулином продукции андрогенов. Эти исследования продолжаются и, естественно, не будут дешевыми и доступными. Существует необходимость более тонкого изучения особенностей метаболического профиля женщин, страдающих МС и имеющих низкий репродуктивный потенциал.

Одно из новых направлений в генетике и молекулярной биологии – метаболомика, может помочь практикующим врачам в диагностике и прогнозе различных заболеваний. Метаболический профиль представляет собой совокупность низкомолекулярных метаболитов биологического образца, являясь уникальным «отпечатком пальцев», специфичным для процессов, протекающих в живых клетках. В настоящее время метаболомика помогает исследовать как физиологию человеческого организма, так и обнаруживать или лечить различные болезни [2, 3].

Таким образом, поиск предиктивных биомаркеров, которые могли бы с достаточной степенью доказательности определить тактику ведения женщин с МС с целью успешной реализации репродуктивной функции, является актуальной задачей для здравоохранения Республики Беларусь.

Цель исследования – разработать способ прогнозирования эндокринного бесплодия у женщин с МС на основании результатов исследования метаболомического профиля.

Материалы и методы. Исследования проводились на 75 пациентах с МС. 45 пациентов с МС с верифицированным эндокринным и клинически потенциальным бесплодием (нарушением менструальной функции по типу аменореи и олигоменореи), 30 – пациентов с МС с реализованной репродуктивной функцией и нормальным менструальным циклом. У пациентов в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографической системе Agilint 1100 с детектированием флюоресценции определяли содержание треонина (Thr), глицин (Gly), аспартат (Asp), орнитин (Orn), лизин (Lys), валин (Val), ас-

парагин (Asn). Концентрацию триглицеридов (ТГ) определяли в сыворотке крови на биохимическом анализаторе "Konelab 30i" энзиматическим методом.

Результаты и обсуждение. Проведен линейный дискриминантный, канонический анализ, анализ сопряженности с пошаговой процедурой включения и выведена прогностическая формула:

$$F = 0,024 \times \text{Thr} - 0,0214 \times \text{Gly} + 0,065 \times \text{Asp} - 0,0444 \times \text{Orn} + 0,0416 \times \text{Lys} - 0,0237 \times \text{Val} - 0,11 \times \text{Asn} + 0,844 \times \text{ТГ},$$

где Thr – треонин (нмоль/мл), Gly – глицин (нмоль/мл), Asp – аспартат (нмоль/мл), Orn – орнитин (нмоль/мл), Lys – лизин (нмоль/мл), Val – валин (нмоль/мл), Asn – аспарагин (нмоль/мл), ТГ – триглицериды (ммоль/л).

Выведено значение линейной дискриминантной функции $F=1$.

При $F < 1$ прогнозируют высокий риск эндокринного бесплодия, при $F \geq 1$ – низкий.

Нами выполнен расчет точности, чувствительности и специфичности предложенной прогностической формулы эндокринного бесплодия (F) у женщин с МС. Точность предложенной формулы составила 94,67%, чувствительность – 97,78%, специфичность – 90,00%.

Приводим примеры, подтверждающие возможность использования данной прогностической формулы на практике.

Пример 1. Пациент М., 29 лет. Планирует беременность. Менархе в 14 лет, изначально – регулярные, через 28-30 дней. На данный момент менструации редкие (через 55-120 дней). Задержки менструации начали прогрессировать с 27 лет. Половая жизнь с 22 лет, беременности не было. Масса тела увеличивалась с 27 лет после перенесенного стресса, на 30 кг за 2 года. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Объективный статус: рост 172 см, вес 104 кг, ИМТ - 35,1 кг/м². Белые стрии на молочных железах, ягодицах, бедрах. Избыточное оволосение на предплечьях, ногах, передней брюшной стенке. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Соматический статус без особенностей. АД 120/80 мм рт.ст. Генитальный статус: гиперпигментация внутренней поверхности бедер, наружных половых органов. Наружные половые органы сформированы правильно; шейка матки чистая; матка не увели-

чена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка размерами 52×38×45 мм нормальной эхоструктуры, М-эхо – 1,9 мм, яичники: левый 40×36мм, правый 41×35 мм, оба кистозно изменены с утолщенной капсулой.

Диагноз: Метаболический синдром: Ожирение II ст. Нарушение менструальной функции по типу опсоменореи. Синдром поликистозных яичников.

Трубы проходимы (гистеросальпингография). Спермограмма мужа в норме. Концентрация треонина – 129,184 нмоль/мл, глицина – 92,2333 нмоль/мл, аспартата – 62,3709 нмоль/мл, орнитина – 153,353 нмоль/мл, лизина – 313,031 нмоль/мл, валина – 451,068 нмоль/мл, аспарагина – 39,7976 нмоль/мл, триглицеридов – 2 ммоль/л.

При решении дискриминантного уравнения получили результат: – 1,9861, что соответствует высокому риску бесплодия.

В течение последующих 2 лет беременность не наступила.

Пример 2. Пациент С., 26 лет. Планирует беременность. Менструальные с 12 лет, регулярные. Половая жизнь с 20 лет. Масса тела увеличилась с 16 лет после перенесенной тяжелой формы острого респираторного заболевания, за 10 лет прибавила 30 кг. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Особенности соматического статуса: артериальная гипертензия. Объективный статус: рост 167 см, вес 90 кг, ИМТ – 32,3 кг/м². АД – 140/90 мм рт.ст. Генитальный статус: наружные половые органы сформированы правильно; шейка матки чистая; матка не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка 57х35х50 мм с ровными, нечеткими контурами, однородной эхоструктуры. М-эхо – 2 мм. Яичники не увеличены с мелкими эхонегативными включениями,

Диагноз: Метаболический синдром: Ожирение I ст. Артериальная гипертензия I ст.

Концентрация треонина – 97,965 нмоль/мл, глицина – 57,6835 нмоль/мл, аспартата – 21,2694 нмоль/мл, орнитина – 27,1078 нмоль/мл, лизина – 133,949 нмоль/мл, валина – 118,233 нмоль/мл, аспарагина – 21,607 нмоль/мл, триглицеридов – 1,79 ммоль/л.

При решении дискриминантного уравнения получен результат: 3,1998, что соответствует низкому риску бесплодия.

Женщина забеременела в течение 2 месяцев.

Таким образом, предлагаемая формула позволяет прогнози-

ровать эндокринное бесплодие у женщин с МС для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

Вывод. Разработанная прогностическая формула позволяет оценивать риск эндокринного бесплодия у женщин с метаболическим синдромом для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубоссарская, З.М. Метаболический синдром и гинекологические заболевания / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – №2. – С.28–38.
2. Daviss, B. Growing pains for metabolomics / B. Daviss // The Scientist. – 2005. – Vol. 19, N 8. – P. 25–28.
3. Nordstrom, A. Metabolomics: moving to the clinic. / A. Nordstrom, R. Lewensohn // J. Neuroimmune Pharm. – 2010. – Vol.5, №1. – P. 4–17.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

*Ганчар Е.П.¹, Гурин А.Л.¹, Костяхин А.Е.², Казачек Л.М.²,
Мшар И.О.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская клиническая больница №4 г. Гродно

Актуальность. Частота синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) в структуре гинекологических заболеваний колеблется в широких пределах – от 0,6 до 11%. Необходимость и целесообразность использования эндоскопии у пациентов с СПКЯ обоснованы рядом исследователей. При лапароскопии (ЛС) наряду с осмотром можно произвести биопсию яичников, что позволяет поставить точный диагноз и выбрать наиболее рациональную тактику лечения. Лапароскопический доступ представляется чрезвычайно важным и для оперативного лечения СПКЯ. Его преимуществами перед лапаротомией являются сочетание максимальной информативности с незначительной операционной травмой, снижение частоты возникновения спаечного процесса в малом тазу и существенное сокращение времени пребывания пациентов в стационаре после операции

Цель нашей работы – обосновать терапевтическую цен-