

Особливості ендокринологічного та імунологічного статусу при гінекологічній захворюваності у жінок із дисплазією сполучної тканини

К. С. Павлова

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості ендокринологічного та імунологічного статусу при гінекологічній захворюваності у жінок із дисплазією сполучної тканини.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої нами мети було проведено обстеження і лікування 688 пацієнток репродуктивного, пре- і постменопаузального періодів. Відповідно до мети і завдань дослідження в справжню роботу були включені чотири групи хворих, в кожній з яких виділяли групу з дисплазією сполучної тканини і без неї.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні (імунологічні), інструментальні та статистичні методи.

Результати. Під час порівняльного аналізу показників імунного статусу у пацієнток із дисплазією сполучної тканини і без неї виявлено, що результати IgG і IgA в обох групах практично не відрізняються. Рівні IgM трохи вище у жінок із дисплазією сполучної тканини. Найбільш значущі відмінності зафіксовано при порівнянні результатів IgE, циркулюючих імунних комплексів, C3- і C4-компонентів комплементу. Кількість IgE у пацієнток репродуктивного періоду з патологією сполучної тканини майже в 1,5 раза більше, ніж у пацієнток без дисплазії сполучної тканини. У жінок пре- і постменопаузального періодів із дисплазією сполучної тканини окрім достовірного підвищення рівня IgE наголошується підвищення кількості циркулюючих імунних комплексів в 1,8 раза, зниження C3- і C4-компонентів комплементу відповідно в 1,8 і 1,5 раза.

Висновки. При незначних змінах у показниках імунного статусу немає необхідності в призначенні імуномодельючої терапії. Лише при значних змінах і в разі погіршення показників імунного статусу в ході динамічного спостереження необхідно вирішувати питання про призначення імунних препаратів. Отримані дані необхідно враховувати при розробці алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: ендокринологічний статус, імунологічний статус, гінекологічні захворювання, дисплазія сполучної тканини, особливості.

Аналіз основних джерел літератури, присвячених сучасним уявленням про діагностику і лікування хворих з дисплазією сполучної тканини (ДСТ), дозволяє дійти висновку про різноманітність даної проблеми і відсутність чітких алгоритмів лікування цієї категорії хворих з гінекологічною патологією [1–3]. Насамперед необхідно виділити найбільш значущі біохімічні маркери розпаду колагену у жінок з недиференційованою ДСТ з метою встановлення діагнозу, розроблення оптимальних схем лікування і прогнозування подальшого перебігу захворювання [4–6]. Важливо виділити групу ризику серед жінок репродуктивного періоду з різними гормональними та імунологічними порушеннями щодо розвитку гінекологічної захворюваності з метою проведення профілактичних заходів, направлених на корекцію порушеного метаболізму колагену [7–12].

Усе вищевикладене свідчить про актуальність наукової тематики, а саме – особливості ендокринологічного та імунологічного статусу при гінекологічній захворюваності у жінок із ДСТ.

Мета дослідження: вивчити особливості ендокринологічного та імунологічного статусу при гінекологічній захворюваності у жінок із ДСТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленої мети було проведено обстеження і лікування 688 пацієнток репродуктивного, пре- і постменопаузального періодів. Відповідно до мети і завдань дослідження у справжню роботу були включені чотири групи хворих, в кожній з яких виділяли групу з ДСТ і без неї:

I група – 212 пацієнток репродуктивного періоду, вік яких становив від 21 до 44 років (у середньому – $32,4 \pm 0,5$ року);

II група – 136 пацієнток, вік яких становив від 46 до 56 років (у середньому – $53,7 \pm 2,1$ року);

III група – 168 пацієнток, вік яких становив від 46 до 66 років (у середньому – $54,2 \pm 1,5$ року).

IV група – 172 хворі, вік яких становив від 48 до 59 років (у середньому – $52,8 \pm 1,4$ року).

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні (імунологічні), інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Істотний вплив на утворення і розпад колагену справляє рівень андрогенів. За даними наших досліджень, більш виражену дію на утворення колагену надає тестостерон. Також відзначено несприятливий вплив 17ОН-прогестерону на метаболізм колагену.

У пацієнток з гіперандрогенією наднирковозалозного генезу спостерігається підвищений розпад колагену – у середньому в 1,3 раза більше порівняно з пацієнтками з гіперандрогенією яєчникового генезу.

У пацієнток репродуктивного періоду на фоні гіперандрогенії наднирковозалозного генезу вираженість прогресу генітального пролапсу більш значна як у пацієнток з ДСТ, так і без неї порівняно з хворими без гормональних порушень.

Також значний вплив на метаболізм колагену справляє естрадіол, рівень якого знижений у пацієнток пре- і постменопаузального періодів. При порівняльній характеристиці рівня естрадіолу у пацієнток із ДСТ і без неї було виявлено, що в обстежуваних хворих віком від 51 до 56 років рівень естрадіолу практично однаковий

незалежно від патології сполучної тканини. У пацієнок віком від 46 до 50 років спостерігається коливання рівня естрадіолу, що може впливати на ДСТ.

Відомо, що у формуванні нормальної структури сполучної тканини велику роль відіграє магній. Порушення гомеостазу магнію є одним з етіологічних чинників формування ДСТ. При визначенні ролі генетичної патології магнієвих каналів у розвитку недиференційованих форм ДСТ було виявлено, що цей показник не є специфічним і не може бути рекомендований як скринінгове обстеження у пацієнок з незначною ДСТ.

Відомо, що у пацієнок з патологією сполучної тканини спостерігаються зміни в імунному статусі, є схильність до аутоімунних захворювань. Тому при проведенні даного дослідження ми вивчали гуморальний імунітет з метою можливого виявлення групи ризику щодо розвитку захворювань, пов'язаних зі змінами в імунному статусі.

Під час порівняльного аналізу показників імунного статусу у пацієнок з ДСТ і без неї можна дійти висновку, що результати IgG і IgA в обох групах практично не відрізняються. Рівні IgM трохи вище у жінок з ДСТ. Найбільш значущі відмінності спостерігаються при порівнянні результатів IgE, циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), С3- і С4-компонентів комплементу. Так, кількість IgE у пацієнок репродуктивного періоду з патологією сполучної тканини майже в 1,5 раза більша, ніж у пацієнок без ДСТ. У жінок пре- і постменопаузального періодів з ДСТ окрім достовірного підвищення рівня IgE наголошується підвищення кількості ЦІК в 1,8 раза, зниження С3- і С4-компонентів комплементу – відповідно в 1,8 і 1,5 раза.

Багато дослідників вважають, що при незначних змінах в показниках імунного статусу немає необхідності в призначенні імуномодельючої терапії. І лише при значних змінах і в разі погіршення показників імунного статусу в ході динамічного спостереження необхідно вирішувати питання про призначення імунних препаратів. Вважається, що поліпшення імунних показників можна досягти при призначенні ензимотерапії.

ВИСНОВКИ

Отже, при незначних змінах в показниках імунного статусу немає необхідності в призначенні імуномодельючої терапії. І лише при значних змінах і в разі погіршення показників імунного статусу в ході динамічного спостереження необхідно вирішувати питання про призначення імунних препаратів.

Отримані дані необхідно враховувати при розробці алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Features of endocrinological and immunological status at gynaecological morbidity for women with connective tissue dysplasia

K. S. Pavlova

The objective: to learn the features of endocrinological and immunological status at gynaecological morbidity for women with connective tissue dysplasia.

Materials and methods. To implement our goals by us an inspection and treatment was conducted 688 patients reproductive, pre- and postmenopausal periods. In accordance with a purpose and research tasks four groups of patients were plugged in the real work, in each of which selected a group with connective tissue dysplasia and without it.

Clinical, laboratory, instrumental and statistical methods were plugged in the complex of the conducted researches.

Results. At the comparative analysis of indexes of immune status for patients with connective tissue dysplasia and without it, it is possible to draw conclusion, that the results of IgG and IgA in both groups do not differ practically. Women have levels of IgM a bit higher with connective tissue dysplasia. The most meaningful differences are at comparison of results of IgE, circulatory immune complexes, C3- and C4-component of complement. Amount of IgE for the patients of reproductive period with pathology of connecting fabric almost at 1,5 time more than for patients without connective tissue dysplasia. For the women of pre- and postmenopausal periods with connective tissue dysplasia fabric except for the reliable increase of level of IgE the increase of amount of circulatory immune complexes is marked at 1,8 time, decline of C3- C4-component to complement respectively in 1,8 and 1,5 times.

Conclusions. At insignificant changes in the indexes of immune status there is not a necessity for setting of immunomodulatory therapy. And only at considerable changes and in the case of worsening of indexes of immune status during a dynamic supervision it is necessary to decide a question about setting of immune preparations. Findings must be taken into account at development of algorithm of treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: *endocrinology status, immunological status, gynaecological diseases, connective tissue dysplasia, feature.*

Відомості про автора

Павлова Катерина Сергіївна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0003-2961-456X; e-mail: pavlovakaterina@gmail.com

Information is about an author

Pavlova Kateryna S. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
ORCID: 0000-0003-2961-456X; e-mail: pavlovakaterina@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aden P., 2020. GnRH analogues, transvaginal ultrasound-guided drainage and intracystic injection of recombinant intricukin-2 in the treatment of endometriosis // Gynecol. Obstet. Invest.:55 (2):96-104.
2. Agarwal S.K., 2021. Comparative effects of GnRH agonist therapy // J. Reprod. Med.:43 (3):293-8.
3. Ahn C., 2020. Uterine arterial embolization for the treatment of symptomatic adenomyosis of the uterus // J. Vase Interv. Radiol.:11 (2,2):192-201.
4. Ajossa S., 2021. The prevalence of endometriosis in premenopausal women undergoing gynecological surgery // Clin. Exp. Obstet. Gynecol.:2 (1):195-7.
5. Bai S.W., 2022. Uterine Arterial Embolization for the Treatment of Uterine Leiomyomas // Yonsei Medical Journal:43:3:346-50.
6. Barbieri R. L., 2020. Elevated serum concentrations of CA-125 in patients with advanced endometriosis // Fertil. Steril.:45:630-4.
7. Bazot M., 2021. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison // Hum. Reprod.:18:1686-92.
8. Becker E.J., 2020. Added Value of Transvaginal Sonohysterography Over Transvaginal Sonography Alone in Women With Known or Suspected Leiomyoma // J Ultrasound. Med.:21:237-47.
9. Cahill D.J., 2022. Pre-ovulatory granulosa cells of infertile women with endometriosis are less sensitive to luteinizing hormone // Am. J. Reprod. Immunol.:49 (2):66-9.
10. Chapron C., 2020. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhea and extent of disease // Hum. Reprod.:18(4):760-8.
11. Chatman D.L., 2022. Modern Diagnosis of Endometriosis // J. reprod. Med.:33:11:861-866.
12. Chatman D.L., 2020. Pelvic peritoneal defects and endometriosis: further observation // Fertile Steril.:46: 711-4.