

DYNAMICS OF ANTHROPOMETRIC INDICATORS IN WOMEN OF FERTILE AGE WITH CUSHING'S SYNDROME AFTER SURGICAL AND DRUG TREATMENT

HALIMOVA Z.Yu., IRGASHEVA O. B.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan named after Academician E.H. Turakulov, Department of Neuroendocrinology and Neurosurgery of the pituitary gland. Tashkent, 100125, Mirzo Ulugbek str., 56

ANNOTATION

All patients with SC received treatment in the Department of Neuroendocrinology and Neurosurgery of the RSNPMCE of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan named after Academician E.H. Turakulov. Transnasal pituitary adenectomy (TAG) was performed primarily in 107 (50.5%) patients with ACTH-HSC, of which 10 (9.3%) were performed secondarily (Prof. Powell M.P. (Great Britain, London), MD Fayzullaev R.B., MD Makhkamov K.I.). Adrenalectomy was performed in only 43 (20.3%) patients, of them with ACTH-ZSC in 11 patients. All patients with surgical treatment developed compensation for the condition on the background of HRT (they were prescribed prednisone therapy at a dose of 5 to 15 mg).

Пациенткам была назначена немедикаментозная терапия и медикаментозная терапия. Немедикаментозная терапия включала общие рекомендации по измерению веса каждый день до и после ЛФК, подсчет суточных калорий, а также отказ от легкоусвояемых углеводов.

Медикаментозная терапия включала следующие схемы: 1 группе была назначена комбинация сиофора 1000 мг в сутки + верошпирон 100 мг дважды в неделю + йодмарин 100 мг утром + левотироксин 50 мг утром + антидепрессанты курсами (амитриптиллин, фенибут, рексетин и др). 2 группе была назначена комбинация сиофора 1000 мг в сутки + верошпирон 100 мг дважды в неделю + йодмарин 100 мг утром + левотироксин 50 мг утром + редуксин 15 мг утром после еды+ антидепрессанты курсами (амитриптиллин, фенибут, рексетин и др). 3 группе назначена комбинация йодмарин 100 мг утром + левотироксин 50 мг утром.

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA_6. Вычислялись средние значения (M), стандартные отклонения средних (m). Достоверность различий в уровне между группами оценивалась по величине доверительного интервала и критерия Стьюдента (p). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Обсуждение полученных результатов. Подобно многим патологическим состояниям, СК способствует развитию других осложнений, в том числе ожирению и нарушению репродуктивной функции. Несмотря на это функциональное состояние половых желез при СК, вместе с тем до сих пор недостаточно изучены вопросы терапии избыточного веса при СК, комбинации медикаментозного и немедикаментозного лечения в постоперационном периоде. В литературе имеются лишь отдельные работы, посвященные этому вопросу в которых ограничиваются изучением уровня суммарных эстрогенов.

Manusharova R A, Veinberg M E еще в 1990 г описали основные параметры репродуктивной системы у 121 женщины с болезнью Иценко-Кушинга и у 87 с первичным ожирением до и после терапии.

Таким образом, включение в традиционное лечение больных с СК различных групп в постоперационном периоде медикаментозного и немедикаментозного лечения способствует достоверному улучшению клинических показателей – снижению ИМТ, что косвенно указывает на то, что в исследуемых группах женщин ожирение оказывается одним из маркеров нарушений репродуктивной функции.

Оптимизация лечения ожирения у женщин репродуктивного возраста с СК основана на составлении индивидуальных программ, выбор которых определяется значениями антропометрических показателей, состоянием гормонального и метаболического статуса, особенностями пищевого поведения и личностно-эмоциональной сферы, состоянием менструальной и репродуктивной функции.

Проведение комплекса лечебных мероприятий, с учетом разработанного алгоритма индивидуального подбора терапии ожирения, позволяет эффективно снижать и удерживать достигнутую массу тела, способствует улучшению соматического и репродуктивного здоровья у женщин детородного возраста с СК.

Болезнь Иценко-Кушинга лечили средствами, воздействующими на надпочечники (хлоридан, разрушение одного или обоих надпочечников, односторонняя или двусторонняя адреналэктомия) и на область гипоталамо-гипофизарной зоны (парлодел, перитол, наком, рентген-терапия).

Комбинированная терапия первичного ожирения включала низкокалорийную диету (примерно 1200 ккал) с 1-2 голодными днями в неделю, комплекс лечебных упражнений, физио- и бальнеотерапию. Полученные результаты позволили авторам сделать вывод, что патогенетическая терапия, приводящая к стабильной клинической и гормональной ремиссии болезни Иценко-Кушинга и снижению массы тела при первичном ожирении, как правило, приводит к восстановлению функционирования репродуктивной системы у таких пациентов. По данным наших исследований, через 6 мес. после проведенного хирургического лечения и выполнения медикаментозного, а также немедикаментозного лечения в I и II группе появились значительные сдвиги от исходных данных, а именно наблюдалось достоверное снижение ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ.

В то время как у пациенток 3 группы достоверных изменений ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ через 6 мес лечения не установлено.

Кроме того, положительные сдвиги в весе сказались и на репродуктивной функции пациенток: наблюдалось спонтанное восстановление фертильности и беременность была достигнута у пациенток 1 группы – в 23,0% случаев (у 30 больных)