GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY
Том 27/Номер 11/ Ноябрь 2011

Предупреждает ли добавление рекомбинантного лютеинизирующего гормона синдром гиперстимуляции яичников у пациенток после ингибирующей терапии, которым вводится рекомбинантный фолликулостимулирующий гормона в ходе процедуры ЭКО с переносом эмбрионов и снижает ли это частоту отмены циклов из-за риска гиперстимуляции?
Does supplementation with recombinant luteinizing hormone prevent ovarian hyperstimulation syndrome in down regulated patients undergoing recombinant follicle stimulating hormone multiple follicular stimulation for IVF/ET and reduces cancellation rate for high risk of hyperstimulation?
Gynecol Endocrinol 2011; 27(11): 862-866 (doi:10.3109/09513590.2010.544133)
Donatella Caserta, Franco Lisi, Roberto Marci, Francesca Ciardo, Alessandra Fazi, Roberta Lisi, & Massimo Moscarini

Целью исследования явилось изучение эффективности добавления рекомбинантного лютеинизирующего гормона (рЛГ) женщинам в поздней фолликулиновой фазе, которым для стимуляции развития многих фолликулов вводится рекомбинантный фолликулостимулирующий гормон (рФСГ) после ингибирующего лечения трипторелином в ходе ЭКО в целях профилактики синдрома гиперстимуляции яичников (СГСЯ) и снижения числа отмены цикла из-за высокого риска СГСЯ. Всего 999 пациенток в возрасте ≤ 40 лет с базальным уровнем ФСГ ≤12 мМЕ/мл получили ингибирующую терапию перед началом стимуляции с помощью рФСГ для развития ооцитов. Пациентки были разделены на 2 группы: (А) (501 пациентка) получила 150 ЕД рФСГ, введение которого было приурочено к 7 дню стимуляции к моменту введения рекомбинантного человеческого хорионического гонадотропина (рчХГ) ; Группа (В) (498 пациенток) также получала 150 ЕД рФСГ и, кроме того, 75 ЕД рЛГ на 7 день стимуляции в день введения рчХГ. Уровни Е2 в день введения гчХГ был выше в группе В ($p<0.0001$); число отмененных циклов в группе А (42/8.3%) из-за риска СГСЯ было выше по сравнению с группой В (12/2.4%) ($p<0.000001$). Авторы наблюдали повышение числа беременностей в группе В по сравнению с группой А (16.8% *vs* 11.9%) ($p<0.05$) и также более высокое число клинической СГСЯ в группе А по сравнению с группой В ($p<0.05$).

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2010.544133

Морфологические нарушения ооцита у женщин с избыточным весом во время процедуры экстракорпорального оплодотворения
Oocyte morphological abnormalities in overweight women undergoing *in vitro* fertilization cycles
Gynecol Endocrinol 2011; 27(11):880-884 (doi:10.3109/09513590.2011.569600)
Raffaella Depalo, Gabriella Garruti, Ilaria Totaro, Mariantonietta Panzarino, Margherita Patrizia Vacca, Francesco Giorgino, & Luigi Eustacchio Selvaggi

Авторы исследовали влияние повышенного индекса массы тела (ИМТ) на качество ооцита у женщин в ходе циклов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В общей сложности 268 пациенток, разделенных на группы в зависимости от величины ИМТ, подвергшиеся впервые репродуктивному лечению, были включены в это исследование: нормальный вес (НВ) (ИМТ=19–24.9 кг/м^2) был зарегистрирован у 160 женщин и избыточный вес (ИВ) определялся у 108 женщин (ИМТ ≥25 кг/м^2). Все женщины в ходе цикла ЭКО получали стандартный длинным протокол. Характеристики ооцита

подразделялись на экстрацитоплазматические или эндоплазматические расстройства. Главными результатами исследования служили: морфология ооцита, качество эмбриона, показатели оплодотворения и имплантации и реакция на стимуляцию. Более высокий процент ооцитов с зернистой цитоплазмой (granular cytoplasm) был найден у женщин с ИМТ ≥25 кг/м^2 ($p = 0.04$). Однако, проценты выявления зрелых, незрелых ооцитов и зародышевых пузырьков были сходны в обеих группах. Никаких различий не были найдено в показателях оплодотворения и дробления и процентах качества эмбриона. Уровень имплантации ($p < 0.001$) был значительно ниже в группе женщин с ИВ по сравнению с группой с НВ. Количество использованных гонадотропинов было значительно выше в группе с ИВ ($p = 0.003$). Полученные результаты исследования позволяют предположить, что бедный репродуктивный результат у страдающих ожирением женщин связан с тем, что их яйцеклетки характеризуются сниженным потенциалом для оплодотворения.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2011.569600

Эффективность низкой дозы антагониста гонадотропин-рилизинг гормона в предотвращении преждевременного повышения уровня лютеинизирующего гормона во время контролируемой стимуляции яичников
Effectiveness of a low gonadotrophin-releasing hormone antagonist dose in preventing premature luteinizing hormone rise during controlled ovarian stimulation
Gynecol Endocrinol 2011; 27(11): 885-889 (doi:10.3109/09513590.2011.569601)
Gian Mario Tiboni, Paola Palumbo, Emiliana Leonzio, Elisabetta Gabriele, Ilde Verna, Franca Giampietro

Данное проспективное рандомизированное исследование было разработано, чтобы проверить эффективность низкой дозы (0.125 мг/день) антагониста гонадотропин-рилизинг гормона цетрореликса (cetrorelix) в предотвращении преждевременного повышения уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) во время контролируемой стимуляции яичников по сравнению со стандартной дозой 0.25 мг/день. Стимуляция яичников была начата с введения 225 МЕ рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) на 2 день менструального цикла. Цетрореликс ежедневно вводился с 6 дня назначения гонадотропина. Забор кровь производился у каждой женщины на 3-й день стимуляции яичников и затем ежедневно с 5 дня и далее вплоть до назначения человеческого хорионического гонадотропина для определения уровня ФСГ, ЛГ, прогестерона и эстрадиола. Повышением уровня ЛГ считалось его содержание в сыворотке ≥ 10 мМЕ/мл. Всего 40 пациенток получали цетрореликс в дозе 0.25 мг/день и 36 пациенток – в дозе 0.125 мг/день. Преждевременное повышение ЛГ было зарегистрировано у 10% пациенток, которым антагонист был введен в дозе 0.25 мг/день и у 14% пациенток, у которых антагонист был применен в дозе 0.125 мг/день. Эти отличия частоты статистически значимо не отличались. Авторы пришли к заключению, что согласно полученным результатам цетрореликс в дозе 0.125 мг/день был также эффективен, как и стандартная доза (0.25 мг/день) для предотвращения преждевременного повышения уровня ЛГ во время контролируемой стимуляции овуляции.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2011.569601

Уровни половые стероиды связывающего глобулина и ожирение у женщин с гестационным диабетом: взаимосвязь с весом плода при рождении
Sex hormone-binding globulin levels and obesity in women with gestational diabetes: relationship with infant birthweight
Gynecol Endocrinol 2011; 27(11):905-909 (doi:10.3109/09513590.2011.569602)

Anne-sophie Morisset, Marie-christine Dubé, Renée Drolet, Julie Robitaille, S. John Weisnagel, André Tchernof

Целью исследования явилось изучение вопроса, связана ли концентрация половые стероиды связывающего глобулин (ГСПС) с гестационным диабетом (ГД) и зависит ли эта корреляция от величины индекса массы тела (ИМТ) матери до беременности. Кроме того, авторы изучали возможную корреляцию между уровнем ГСПС и весом плода при рождении. В исследовании приняли участие 47 женщин (20 женщин с ГД и 27 женщин контрольной группы). Скрининг на ГД и определение уровня ГСПС натощак производились на 26.1±3.7 неделе беременности. Авторы выявили тенденцию к статистически значимому снижению уровня ГСПС у пациенток с ГД (179±36 vs. 195±36 нмоль/л, $p \leq 0.08$). Как ИМТ до беременности, так и ИМТ в момент скрининга на ГД коррелировали с уровнем ГСПС ($r=-0.49$ и $r=-0.53$, соответственно; $p \leq 0.001$). При проведении многофакторного регрессионного анализа только показатели ИМТ до беременности и на момент проведения скрининга на ГД коррелировали с риском ГД [относительный риск (ОР):1.23, 95% доверительный интервал (ДИ):1.06–1.47, $p \leq 0.01$ и ОР:1.18, 95% ДИ:1.02–1.39, $p \leq 0.02$], в то время как с уровнем ГСПС такой корреляции выявлено не было. С другой стороны, 10.7% результатов измерения веса новорожденного объяснялись концентрациями ГСПС ($p \leq 0.01$) в независимости от наличия ГД, родов в анамнезе, возраста матери, величины ИМТ у матери до беременности, роста матери и пола новорожденного. Авторы сделали заключение, хотя концентрация ГСПС не является независимым предиктором риска ГД, когда принимается во внимание ожирение, этот показатель – значимый предиктор веса новорожденного независимо от наличия ГД и величины ИМТ матери до беременности.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2011.569602

Необычно быстрый рост двухсторонней эндометриомы и острый двухсторонний гидронефроз
Unusually rapid growth of bilateral endometriomas and acute bilateral hydronephrosis.
Gynecol Endocrinol 2011; 27(11):948-950 (doi:10.3109/09513590.2011.569795)
Pietro Gambadauro, Matts Olovsson & Pär Persson

С помощью ультраэхографии можно диагностировать эндометриомы, но отрицательные результаты исследования не могут исключить другие локализации эндометриоза, особенно у имеющих симптомы пациенток. Авторы описывают случай внезапного развития больших двусторонних эндометрион, приведших к двустороннему гидронефрозу, после ряда отрицательных ультразвуковых обследований. Пациентка – 32-летняя женщина, не имевшая беременностей, страдавшая длительной дисменореей, мочевыми симптомами, которая самостоятельно прекратила прием противозачаточных таблеток. Проведенные несколько раз осмотры органов малого таза не выявили патологических изменений. Спустя пять месяцев после последнего отрицательного осмотра, она обратилась с болями и увеличением окружности живота. При проведении ультраэхографии и компьютерной томографии были обнаружены большие овариальные кисты (16 см в диаметре справа и 10 см в диаметре слева) и гидронефроз с двух сторон. Пациентка подверглась щадящей операции, после которой ей были назначены аналоги ГнРГ. При дальнейшем наблюдении в течение 6 месяцев симптомы не возобновились и ультраэхография не выявила рецидива. Механизмы пролиферации при эндометриозе до конца не известны и ее клиническое поведение или прогрессирование крайне непредсказуемы. Тяжелая уропатия обычно связана с вовлечением в патологический процесс мочеточников, но может также объясняться сдавливанием большими, быстро растущими эндометриомами. Женщины с риском эндометриоза, не получающие

эмпирическое лечение, должны адекватно и регулярно обследоваться с помощью тазовой ультраэхографии и/или подвергаться диагностической лапароскопии, что поможет предотвратить серьезные последствия, а именно потерю почки в отсутствии резко выраженных симптомов со стороны мочевой системы .

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2011.569795

Факторы, связанные с женским полом, по-видимому, играют важную роль при дифференцированном раке щитовидной железы
Factors connected with the female sex seem to play an important role in differentiated thyroid cancer
Gynecol Endocrinol 2011; 27(11): 961-965 (doi:10.3109/09513590.2011.569606)
Elwira Przybylik-Mazurek, Alicja Hubalewska-Dydejczyk, Anna Fedorowicz, Dorota Pach

Цель. Целью исследования явилось проведение анализа, могут ли женские половые гормоны или связанные с женским полом факторы повышать риск дифференцированного рака щитовидной железы (differentiated thyroid cancer (DTC).

Материалы и методы. Всего было обследовано 99 пациенток (средний возраст 40.5±5.9лет) с DTC и 51 здоровая женщина (36.52±8.3). Был изучен гинекологический и акушерский анамнез и измерены уровни эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови у всех женщин.

Результаты. У пациенток с DTC более часто отмечались нарушения менструального цикла и они чаще получали гормон-содержащие средства, были многорожавшими, имели спонтанные потери беременности, а длительность лактации у них была ниже по сравнению с контрольной группой женщин. Средний уровень эстрадиола в сыворотке у женщин с DTC был статистически значимо выше по сравнению с женщинами контрольной группы: в фолликулиновой фазе составил 193.74±66.31 vs. 157.63±42.88 пмоль/л и в лютеиновой фазе – 519±176.9 vs. 369±71.49 пмоль/л. Средний уровень прогестерона в сыворотке был выше у женщин контрольной группы по сравнению с пациентками с DTC и в фолликулиновой фазе составил 2.11±0.70 vs. 1.38±0.56 нмоль/л; в лютеиновой фазе – 20.95±17.46 vs. 17.31±12.28 нмоль/л.

Заключения. Результаты этого исследования позволяют предположить, что эстрогены могут, по крайней мере, оказать модифицирующее воздействие на пролиферацию раковых клеток щитовидной железы. Половые гормоны, вероятно, способны также усиливать действие других канцерогенных веществ.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2011.569606

Минеральная плотность костной ткани у девушек с функциональной гипоталамической аменореей на фоне эстроген-прогестагенного лечения: 4-летнее проспективное исследование
Bone mineral density in girls with functional hypothalamic amenorrhea subjected to estroprogestagen treatment – a 4-year prospective study
Gynecol Endocrinol 2011; 27(11): 966-970 (doi:10.3109/09513590.2011.569605)
ElŻbieta Sowińska-przepiera, Kornel Chełstowski, Zbigniew Friebe, & Anhelli Syrenicz

Цель этого исследования состояла в том, чтобы оценить эффекты 4-летней эстроген-прогестагенной терапии (ЭП) на минеральную плотность кости (МПК) у 16-17-летних девушек с функциональной гипоталамической аменореей (functional hypothalamic

amenorrhea (FHA), n = 78). Исследовались исходные величины гормональных параметров, костной фракции щелочной фосфатазы (BALP) и перекрёстно-связанного N-телопептида костного коллагена I типа (Ntx) (*от перевод.* Ntx - маркер костной резорбции) наряду с измерениями МПК. Последующие измерения лабораторных параметров были выполнены после 6 месяцев лечения ЭП. МПК измерялся ежегодно. К концу 6-го месяца лечения отмечено заметное повышение уровней эстрадиола и значительное снижение содержания BALP и Ntx. Относительное увеличение МПК было самым высоким после второго года лечения. Основываясь на показателях динамического изменения МПК в течение первого года лечения, авторы идентифицировали подгруппу без реакции или с незначительной реакцией на лечение. Эта подгруппа пациенток характеризовалась значимо более высокими исходными показателями МПК и заметно более низким уровнем Ntx до начала лечения по сравнению с пациентками, которые хорошо или чрезвычайно хорошо ответили на терапию в течение 1-го года лечения. Однако дальнейшее наблюдение доказало, что эта подгруппа девушек значимо не отличалась в отношении долгосрочного прогноза нормализации МПК. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что терапия ЭП эффективна для лечения нарушений МПК, связанных с FHA.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2011.569605