

## ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ХВОРИХ НА ОПІЙНУ НАРКОМАНІЮ

Яким Я.С.

Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика

Проблема наркоманії є однією з найактуальніших у всьому світі. Розповсюдженість її набула характер епідемії [2, 3]. За останні роки відмічається збільшення частоти випадків і обтяження клінічної картини у більшості країн, а також змінення форми зловживання наркотиків [4]. Встановлено, що жінки складають 25-40% всіх хворих на наркоманію [1].

В Україні, як і у всьому світі, наркоманія є серйозною соціальною проблемою. Відмічається значний ріст хворих на наркоманію і лиць, які зловживають наркотиками, в тому числі і жінок [4]. При цьому найменш вивченим питанням цієї проблеми є вплив наркотиків на гінекологічну захворюваність.

Ми провели клініко-лабораторні дослідження у 52 жінок репродуктивного віку, хворих на наркоманію з вираженою психофізичною залежністю, які були на лікуванні у наркологічному відділенні Київського обласного психоневрологічного диспансеру і міжрайонного наркологічного диспансеру Закарпатської області.

Встановлено, що основними наркотичними речовинами, які вживали жінки, були кустарно виготовлені препарати макової соломки. Основним діючим началом препаратів є опій, який належить до енд-

генних опіатів, близьких за хімічною структурою до ендогенних опіоїдних пептидів (ЕОП) [2].

Результати багаточисельних досліджень свідчать про активну участь ЕОП в регуляції гонадотропної функції гіпофізу [5]. ЕОП приймають участь і в регуляції менструального циклу, впливаючи на рівень секреції гормонів гіпоталамо-гіпофізарної системи. Вважається, що ефект опіоїдів реалізується за рахунок змін вмісту дофаміну (ДА). Опіоїди, знижуючи синтез ДА, індукують секрецію і виділення пролактину [3]. Можливо, ЕОП модулюють синтез статевих гормонів за механізмом зворотного зв'язку [5]. При введенні в організм опіати взаємодіють з тими ж рецепторами, які призначені для зв'язування ЕОП і призводять до їх зайвої стимуляції, що сприяє порушенням в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники [3, 5].

Проведений аналіз показав, що середній вік хворих склав  $26,5 \pm 4,7$  років. Тривалість захворювання на наркоманію була такою: 1-2 роки – 11,5%; 3-5 років – 21,2%; 6-8 років – 32,7%; 9-12 років – 34,6%.

Гінекологічна захворюваність мала місце у 88% жінок, хворих на наркоманію. В її структурі перше місце займали порушення менструального циклу (83%), в тому числі: аменорея 56,8%;

гіпоменструальний синдром – 22,7% і менорагія – 18,2%. Найвираженішу кореляційну залежність від терміну давності захворювання ми спостерігали у хворих з аменореєю. При тривалості захворювання 1-2 роки вона склала 16,7%; 3-5 років – 18,2%; 6-8 років – 52,9% і 9-12 років – 72,2% випадків.

У обстежених жінок-наркоманок проведено вивчення вмісту статевих і гонадотропних гормонів гіпофізу в плазмі крові радіоімунологічним методом з використанням стандартних сироваток [5]. Дослідження проводились на 10-12-й день після дезінтоксикаційної терапії, загальноприйнятої при даній патології (глюкоза, гемодез, солеві розчини, вітамінотерапія тощо). У всіх хворих забор венозної крові проводився вранці (9-10 годин), натще, в фолікулінову фазу (10-13-й день) і в лютеїнову фазу (20-21-й день циклу).

Результати досліджень рівня статевих гормонів показали, що при гіпоменструальному синдромі і менорагії мало місце зниження рівня естрогену і прогестерону як в фолікулінову, так і в лютеїнову фази менструального циклу. Вираженість цих змін залежала від тривалості захворювання на наркоманію. Так, при тривалості 9-12 років вміст естрадіолу достовірно знижувався до  $0,23 \pm 0,02$  ммоль/л в I фазі і до  $0,21 \pm 0,02$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ) в II. При тривалості захворювання 6-8 років рівень естрадіолу достовірно зменшувався в обидві фази менструального циклу при тривалості захворювання 9-12 років – до  $2,6 \pm 0,2$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ) і до  $15,4 \pm 1,4$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ) відповідно. При терміні захворюваності 3-5 і 6-8 років рівень прогестерону знижувався тільки в II фазу менструального циклу ( $p < 0,01$ ). Крім того, виявлено більш високий рівень тестостерону, починаючи з тривалості захворювання 6-8 років: в I фазі –  $3,6 \pm 0,4$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ) і в II – до  $3,4 \pm 0,3$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ); при терміні хвороби 9-12 років – відповідно до  $3,8 \pm 0,4$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ) і до  $3,6 \pm 0,3$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ).

Найвираженіші зміни статевих гормонів виявлені при аменореї. Вже при давності захворювання 1-2 роки ми відмічали достовірне зниження вмісту естрадіолу до  $0,11 \pm 0,01$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ), прогестерону – до  $0,23 \pm 0,02$  нмоль/л ( $p < 0,001$ ) і підвищення рівня тестостерону відмічалось по мірі збільшення дав-

ності захворювання на наркоманію. Так, при терміні хвороби 9-12 років вміст естрадіолу знижувався до  $0,05 \pm 0,01$  нмоль/л ( $p < 0,001$ ), тестостерон підвищувався до  $6,8 \pm 0,6$  нмоль/л ( $p < 0,01$ ).

Дослідження рівня гормонів гіпофізу показали, що при гіпоменструальному синдромі відмічалось достовірне зниження рівня ФСГ: при тривалості захворювання 6-8 років в I фазі до  $4,6 \pm 0,5$  МЕ/л ( $p < 0,05$ ), а в II – до  $6,4 \pm 0,6$  МЕ/л ( $p < 0,05$ ). Вміст ЛГ знижувався у всіх групах за давністю захворювання як в I, так і в II фази менструального циклу. Необхідно вказати на значне підвищення рівня пролактину у всіх групах. Вже при давності захворювання 1-2 роки в фолікулінову фазу він збільшувався до  $201, \pm 20,4$  мМЕ/л ( $p < 0,05$ ), а в лютеїнову – до  $209,0 \pm 21,4$  мМЕ/л ( $p < 0,05$ ).

Найвираженіші зміни рівня гормонів гіпофізу відмічалось нами при аменореї. Дослідження рівня пролактину виявили значне підвищення його у всіх групах за давністю захворювання – від  $406, \pm 38,0$  мМЕ/л ( $p < 0,05$ ) – при терміні хвороби 1-2 роки і до  $896,0 \pm 90,3$  мМЕ/л ( $p < 0,01$ ) – при 9-12 років.

Аналіз клініко-лабораторних досліджень при аменореї, яка розвивається у хворих на наркоманію, дозволяє віднести цей вид порушень оваріоменструального циклу до вторинної аменореї центрального генезу за типом гіперпролактинемії, що передбачає, надалі, розробку патогенетично обгрунтованого лікування цих хворих.

**Висновки.** 1. Порушення менструального циклу у хворих на наркоманію виникає в 83,3% випадків, при цьому в 56,8% має місце аменорея; в 22,7% - гіпоменструальний синдром і в 18,2% - менорагія.

2. У жінок, хворих на наркоманію, виявлені виражені гормональні порушення функції яєчників (гіпоестрогенія, гіпопрогестеронемія і гіперандрогенія) і гіпофізу (зниження рівня ФСГ і ЛГ на фоні гіперпролактинемії), важкість яких залежала від давності захворювання.

3. Отримані дані вказують на необхідність включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів у хворих на наркоманію гормональної корекції порушень менструального циклу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Москаленко В.Д. Наркотики и беременность // Вопросы наркомании. – 1991. - №1. – С.33-41.
2. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д. Состояние проблемы наркотиков и наркомании в Российской Федерации // Вопросы наркологии. – 1992. - №3-4. – С.91-95.
3. Роль опийной системы в механизме формирования алкогольной зависимости (И.П.Анохина, А.М.Балашова, Б.М.Коган, Л.Ф.Панченко) // Вопросы наркологии. – 1989. - №3. – С.3-10.
4. Стрельников И.В., Михайлов Б.И. Наркотическая ситуация в настоящее время // Вопросы наркологии. – 1992. - №2. – С.54-55.
5. Функциональные методы исследования в гинекологии / З.И. Цюхно, В.Н. Славнов, Н.И. Панченко и др. – К.: Здоров'я, 1981. – 203 с.

## РЕЗЮМЕ

### Особенности нарушений менструального цикла у больных опийной наркоманией

**Яким Я.С.**

Проведено клініко-лабораторне обстеження 52 жінок репродуктивного віку, хворих опійною наркоманією. Отримані результати свідчать, що порушення менструального циклу у цих хворих виникає в 83% випадків, при цьому в 56,8% має місце аменорея; в 22,7% - гіпоменструальний синдром і в 18,2% - меннорегії. У жінок, хворих наркоманією, виявлені виражені гормональні порушення функції яєчників і гіпофіза, тяжкість яких залежить від давності захворювання. Отримані дані вказують на необхідність включення в комплекс лікувально-профілактичних заходів у хворих наркоманією гормональної корекції порушень менструального циклу.

## SUMMARY

### The peculiarities of the disorders in a menstrual cycle in patients with opium narcotism

**Ya.S. Yakim**

Clinical-laboratory investigations of 52 women of a reproductive age suffering from opium narcotism has been carried out. The obtained results showed that the disorders of a menstrual cycle in patients with narcotism appears in 83% of cases, in 56,8% amenorea takes place, in 22.7% - hypomenstrual syndrome and in 18.2% - menneragies. In these patients distinct hormonal disorders of the function of the ovaries was found and hypophysis, the severety of which depends on the term of illness.