

($7,31 \pm 0,12$ ммоль/л) та ЛП($1,06 \pm 0,03$ мкмоль/л)) у хворих на РТБЛ при зрівнянні до лікування. Показник ТК у хворих був недостовірний у зрівнянні з 1 групою, що свідчить про відновлення приведенного показника. При дослідженні ЛП у хворих через два місяці терапії показник був достовірно вище, ніж у практично здорових донорів, що свідчить про не достаток відновлення приведенного показника на протязі двохмісячного лікування.

Висновки. Результати дослідження дозволяють констатувати, що у хворих на РТБЛ спостерігаються помітні зміни у функціонуванні продуктів ПОЛ. Відмічається достовірне підвищення показників ПОЛ у зрівнянні з практично здоровими донорами. Приведені показники після застосованої стандартної терапії продовж двох місяців свідчать про достовірне пригнічення показників ПОЛ. Активність продуктів ПОЛ є патогенетичним обґрунтуванням застосування у комплексній терапії хворих на РТБЛ антиоксидантних препаратів.

ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ МЕЛАТОНИНА И ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Проскурова Т.А., Любимова Л.П., Горбач Т.В.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – многофакторное заболевание, в формировании которого принимают участие в различной степени практически все гормонопродуцирующие органы. Роль мелатонина в регуляции репродуктивной системы всё ещё остается загадочной до настоящего времени. Высказывается мнение, что роль мелатонина в регуляции менструального цикла может быть косвенной, поскольку в регуляции этого процесса мелатонин связан с секрецией пролактина (ПРЛ). В настоящее время доказано существование циркадных ритмов продукции мела тонина и ПРЛ эпифизом. Ни возрастных, ни половых различий в циркадном ритме ПРЛ не выявлено. В литературе имеются только единичные сообщения о секреции мелатонина и его взаимосвязи с ПРЛ у женщин с гиперандрогенией. Однако, данные литературы неоднозначны, а в некоторых случаях противоречивы и не дают чёткой картины состояния суточных ритмов мелатонина и ПРЛ у больных СПКЯ. Поэтому **целью** нашего исследования было изучение циркадных ритмов мелатонина и пролактина у женщин с синдромом поликистозных яичников при нормо- и гиперпролактинемии.

Материалы и методы. В исследование были включены 36 женщин в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст $22,1 \pm 0,3$ лет). Двадцати шести обследованным поставлен диагноз СПКЯ на основании следующих критериев: нарушение овуляции, клинические и гормональные проявления гиперандрогении, ультразвуковые признаки кистозной дегенерации яичников.

В зависимости от содержания в крови ПРЛ в утренние часы больные СПКЯ были разделены на две группы:

1 группа – 14 больных СПКЯ, у которых уровень ПРЛ в утренние часы находился в пределах нормы;

2 группа – 12 больных СПКЯ, у которых ПРЛ в утренние часы был выше показателей контрольной группы и верхних значений нормальных величин.

С целью исключения структурных изменений в гипофизе всем больным этой группы проводилась магнитнорезонансная томография, изучалось состояние

глазного дна. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин с сохранённым менструальным циклом и нормальным содержанием ПРЛ в крови.

Взятие крови для определения ПРЛ и мелатонина проводили на 5–8 день после начала самопроизвольной или менструальноподобной реакции в 8 часов утра и 2 часа ночи (при красном свете), в летний период. Концентрацию ПРЛ в сыворотке крови определяли с использованием наборов для иммуноферментного анализа, уровень мелатонина в крови – с использованием набора Melatonin ELISA (Германия) на иммуноферментном анализаторе STAT-FAX (США).

Результаты. Полученные данные подтвердили наличие выраженной амплитуды суточных колебаний секреции мелатонина и ПРЛ в крови с минимальной концентрацией утром и максимальной ночью. Результаты гормонального обследования пациенток с СПКЯ и нормопролактинемией показали повышение содержания в крови мелатонина в утренние часы и снижение ночного пика, относительно показателей здоровых женщин. Кроме этого у пациенток с СПКЯ выявлена инверсия ритма мелатонина, что проявлялось уменьшением секреции мелатонина в ночное время суток относительно утренних показателей.

Учитывая снижение ночного уровня мелатонина, нами был проведен индивидуальный анализ его изменения в ночное время, который позволил больным СПКЯ с нормопролактинемией разделить на две подгруппы:

– первую составили шесть пациенток, у которых циркадный ритм мелатонина не был нарушен;

– во вторую подгруппу вошли восемь женщин, у которых выявлена инверсия циркадного ритма секреции мелатонина, проявляющаяся снижением его содержания в ночное время. При этом у них мелатонин в утренние часы был выше, а в ночное время суток ниже, чем в контроле.

В обеих подгруппах больных СПКЯ с нормопролактинемией, как с нормальным, так и нарушенным суточным ритмом мелатонина, был сохранён циркадный ритм ПРЛ с высокой суточной амплитудой, то есть в ночное время происходило значительное повышение секреции ПРЛ.

В группе больных СПКЯ с гиперпролактинемией происходит нивелирование циркадного ритма секреции мелатонина и ПРЛ. Однако, индивидуальный анализ мелатонинпродуцирующей функции эпифиза позволил выделить две подгруппы обследованных с разной концентрацией мелатонина в утренние и ночные часы. Выявлено, что у шести обследованных происходила инверсия ритма этого гормона. Концентрация мелатонина в ночное время снижалась относительно дневной. У шести женщин сохранялся циркадный ритм мелатонина, а его содержание в крови утром и ночью не отличалось от показателей контрольной группы.

У всех больных СПКЯ с гиперпролактинемией, как с нарушенным, так и сохранённым суточным ритмом мелатонина, отсутствует циркадный ритм ПРЛ.

Исходя из проведенного исследования, можно сделать **выводы**:

1. Эпифизарный гормон мелатонин имеет патогенетическое значение в развитии СПКЯ. Нарушения циркадного ритма мелатонина выявлено у 57,1% больных СПКЯ с нормопролактинемией и у 50% больных СПКЯ с гиперпролактинемией.

2. У больных СПКЯ с нормопролактинемией циркадный ритм пролактина сохраняется, а при наличии гиперпролактинемии суточное колебание этого гипофизарного гормона отсутствует.