

Перспективи подальших досліджень. Вивчення рівня гіпоталамо-гіпофізарних гормонів вагітних, роділь, породіль та їх новонароджених в умовах природної йодної недостатності.

Висновки. Вагітні, які вказують в анамнезі на порушення оваріально-менструального циклу, ускладнений перебіг попередніх вагітностей та невиношування при наявності збільшення щитоподібної залози, потребують обов'язкового визначення її функції.

Одержані дані засвідчують негативний вплив навіть початкових стадій ендемічного зоба на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених.

З метою зменшення частоти акушерських ускладнень протягом вагітності і пологів, а також покращення стану новонароджених за умов природної йодної недостатності необхідне обов'язкове вживання йодовмісних препаратів жінками до настання вагітності та впродовж гестаційного періоду.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боднар П.М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема // Лікарська справа. – 2001. – №3. – С.8–10.
2. Олійник В.А. Патологія щитовидної залози в Україні (епідеміологія та регіональні особливості) // Ж. практ. лікаря. – 2001. – №2. – С.5-7.
3. Подольский В.В., Хоминская З.Б., Козарь В.Я. Репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста и дефицит йода как фактор риска его нарушения // Здоровье женщины. – 2004. – 3(19). – С.165-171.
4. Тітенко Т.М. Порушення репродуктивної функції у жінок з йододефіцитними захворюваннями // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 2. – С.65–68.
5. Туряница И.М., Фабри З.Й., Пашенко А.Е. и др. Йодно-тиреоидный статус организма в условиях йодного дефицита. – Ужгород: Патент, 1996. – 143 с.
6. Bernal J., Nunez J. Thyroid hormones and brain development // Eur. J. Endocrinol. – 1995. – Vol. 133. – P.390–398.
7. Glinoe D. Maternal and neonatal thyroid function in mild iodine deficiency // The Thyroid and Iodine / Eds. J. Nauman, D. Glinoe, L.E. Braverman, U. Hostalek. – Schattauer, Stuttgart, New York, 1996. – P.129–143.
8. World Health Organization and International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders. Recommended normative values for thyroid volume in children aged 6-15 etars // Bull. WHO – 1997. – Vol.75. – P.95-98.

SUMMARY

THE PARTICULARITY OF GESTATIONAL PROCESS AND THE STATE OF NEWBORNS IN FOOT-HILL DISTRICT OF TRANSCARPATHIAN REGION

Bobik Y.Y., Kemin I.B., Senina I.I.

The data assure the negative influence of even mild stages of endemic goiter on the course of pregnancy, delivery, postpartum and the state of newborns. The course of pregnancy, delivery and early neonatal period under natural iodine deficiency is accompanied by a significant frequency of complications. In order to reduce the frequency of obstetric complications in the course of pregnancy and delivery and in order to improve the state of newborns it is necessary to take iodine supplement by women before pregnancy and during the gestational period.

Key words: iodine deficiency, pregnancy, delivery, foetus

УДК 016: 618.3-008.6: 616-084+616-073

ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ПІЗЬОГО ГЕСТОЗУ

Качала Т.М., Маляр В.А., Маляр В.В.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: у статті приведені дані про зміни в гемодинаміці та метаболічні зсуви в системі триптофан-серотонін-НАДФ при прогресуванні пізнього гестозу.

Ключові слова: прееклампсія, прогнозування, спектрлюмінесценція

Вступ. Адаптація жінки до вагітності в деяких випадках може призвести до дизрегуляції в системі мати-плацента-плід, що проявляється у вигляді пізнього гестозу. Подібний перебіг вагітності в акушерській практиці залишається частою патологією: пізній гестоз складає 1,5 – 23,3% від усіх вагітностей, а в останні десятиліття – незмінно продовжує визначати показники материнської та перинатальної захворюваності і смертності [1, 2, 4, 7].

Виявлення системних змін в організмі вагітної при пізньому гестозі дозволяє проводити їх пра-

вильну діагностичну інтерпретацію та своєчасне патогенетично виправдане лікування. Це потребує комплексу діагностичних підходів для оцінки й прогнозування патофізіологічних процесів у системі «мати-плід» із метою раннього виявлення та попередження незворотних материнських уражень та плацентарних порушень [3, 4, 7]. Особливо це стосується, коли захворювання прогресує до тяжких форм: прееклампсії II-III ст. тяжкості, еклампсії, HELLP-синдрому та при стертих й атипівих формах перебігу. Небезпечні наслідки для матері та плода й поширеність пізнього гестозу спонука-

ють сповна відшукувати нові можливості медичної науки в боротьбі з цим тяжким ускладненням вагітності.

Метою дослідження було вивчити ранні критерії оцінки ступеня тяжкості гестозу та резервні можливості у боротьбі з тяжкими ускладненнями при пізньому гестозі.

Матеріали та методи. Нами вивчено в динаміці перебіг вагітності у 112 жінок віком від 19 до 24 років. Фізіологічний перебіг спостерігався у 54 жінок, а в 58 жінок вагітність ускладнилася пізнім гестозом різного ступеня тяжкості: 28 – прееклампсією легкого ступеня тяжкості; 22 – прееклампсією середнього ступеня; 8 – прееклампсією тяжкого перебігу.

Крім загальноновизнаного рутинного клініко-лабораторного обстеження, відповідно до Протоколів МОЗ, вказаним вагітним проводився аналіз спектрів фотолюмінесценції сироватки крові та сечі в діапазоні 300–600 нм удосконаленою автоматизованою експериментальною установкою [5].

Паралельно вивчалася центральна та матково-плацентарно-плодова геодинаміка. Оцінювалося середнє значення середнього артеріального тиску за весь день: вранці (6–12 год.), вдень (12–18 год.) та ввечері (18–24 год.). Стан системи кровообігу вагітних досліджували методом доплерокардіографії (пристрій “Acuson 128”, Японія). Стан матково-плацентарно-плодового кровотоку оцінювався доплерометрично на приладі “Toshiba 250AA, Японія”.

Зміни у системі триптофан-серотонін-НАДФ у вагітних вивчалися автоматизованою інформаційно-вимірною системою діагностики захворювань за показниками люмінесцентних властивостей біологічних рідин людини із газорозрядною дейтерієвою лампою ДДС-30 в діапазоні 300–600 нм. При цьому, використовувалась запатентована кювета, щоб унеможливити спотворення результатів досліджень через велику оптичну густину молекул [6]. Аналіз спектра фотолюмінесценції сироватки крові проводився визначенням довжини хвилі емісії найбільшого максимуму кривої світіння серотоніну (340 нм), триптофану (360 нм) та величиною піку світіння молекули НАДФ в діапазоні 445–450 нм.

Матеріали оброблені методом варіаційної статистики на програмі Excell-2003. Оцінка значимості відмінностей у величинах параметрів між групами проводилася t-критерієм Стьюдента ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні епідеміологічного аналізу за 2006–2007 у місті Ужгород привертає увагу той факт, що кількість жіночого населення в складає 61,6 тисячі, що становить 49% усіх мешканців міста. Із них, жінок фертильного віку (15–49 років) – 49%. При цьому, за рік вагітніють всередньому 2000 жінок (6,6%). Народжують – близько 1500 щороку. Близько 200 вагітних щороку мають гіпертензивні розлади, набряки чи протеїнурію. Таким чином, практично кожна десята вагітна жінка має в тій чи іншій мірі виражену дизадаптацію до вагітності,

що в кінцевому прояві може виражатися тяжкими формами гестозу та іншими поліорганными та полісистемними ускладненнями, що складає 2,5%.

Комплексне консервативне патогенетичне лікування проводилося згідно із Протоколами МОЗ України, але воно не завжди було достатньо ефективним, що потребувало розродження шляхом кесарева розтину (2%).

Вважається, що рання діагностика та виявлення факторів ризику на етапі прееклампсії, а також своєчасне оздоровлення вагітних жінок є патогенетично виправданою методикою попередження прогресування гестозу до тяжких форм [3].

За нашими даними, слід вважати ранніми ознаками дизадаптації організму жінки добові коливання середнього артеріального тиску як прояв кінетизації центральної гемодинаміки, яка веде до погіршення умов перфузії матково-плацентарно-плодового комплексу. Так, в основній групі середнє значення середнього артеріального тиску за весь день був вищим на 13,6% за показник контрольної групи ($p < 0,05$). В абсолютних значеннях це складало $100 \pm 2,3$ мм рт. ст. і в середньому становило $130/85$ мм рт.ст. Окрім цього, при тяжких формах гестозу виявлені суттєві зрушення в системі триптофан-серотонін-НАДФ у вагітних (рис. 1, рис. 2).

Серед рутинних лабораторних показників статистично значимим виявилися завищені концентрації гемоглобіну крові у жінок основної групи $120 \pm 3,5$ г/л на противагу рівня гемоглобіну у жінок контрольної групи $109 \pm 2,8$ г/л ($p < 0,05$). Це вказує на зменшення об'єму циркуляційної плазми, що вже на ранніх етапах веде до зниження гемодилуції та порушення мікроциркуляції [3, 4].

Стан центральної гемодинаміки вказує на активацію циркуляції крові у вагітних основної групи, що веде до гіперкінетичного типу кровообігу. Так, при вивченні показників центрального кровотоку в динаміці у групі вагітних із прееклампсією виявлено навантаження на роботу серця за рахунок зростання загального периферійного судинного опору, що проявляється: приростом серцевого індексу у вагітних основної групи на 13,4% ($p < 0,05$), відповідно: основна група – $4,06 \pm 0,05$ л/хв·м², контрольна група – $3,52 \pm 0,11$ л/хв·м²; хвилинного об'єму серця на 11,6 % ($p < 0,05$), відповідно: основна група – $6,9 \pm 0,1$ л/хв, контрольна – $6,1 \pm 0,2$ л/хв; загального периферійного судинного опору на 11,3 % ($p < 0,05$), відповідно: основна група – $1143 \pm 14,6$ дин·см⁻¹·с⁻⁵, контрольна – $1015 \pm 22,4$ дин·см⁻¹·с⁻⁵. Встановлено, що підвищення загального периферійного судинного опору і зростання навантаження на серцевий м'яз пропорційне ступеню тяжкості пізнього гестозу та виявляється вже на ранніх стадіях захворювання.

При цьому змінюються гемодинамічні показники плодово-плацентарного кровотоку: спостерігалася зниження систоло-діастолічного співвідношення в артерії пуповини плода на 4,6% (основна група – $3,06 \pm 0,03$, контрольна група – $3,21 \pm 0,08$,

$p < 0,05$). Одержані дані свідчать про зниження плацентарної перфузії у вагітних із преєклампсією.

При прогресуванні гестозу й виникнення тяжких форм спостерігаються метаболічні зсуви в обміні речовин, що веде до порушень у метаболізмі триптофану-серотоніну-НАДФ. Причому, при до-

слідженні люмінесценції проб сироватки крові і сечі вагітних вони помітні з ранніх стадій патологічного процесу при гестозі. Особливості кривих люмінесценції сироватки крові та сечі в обстежених представлені, відповідно, на рис. 1 і 2 ($p < 0,05$).

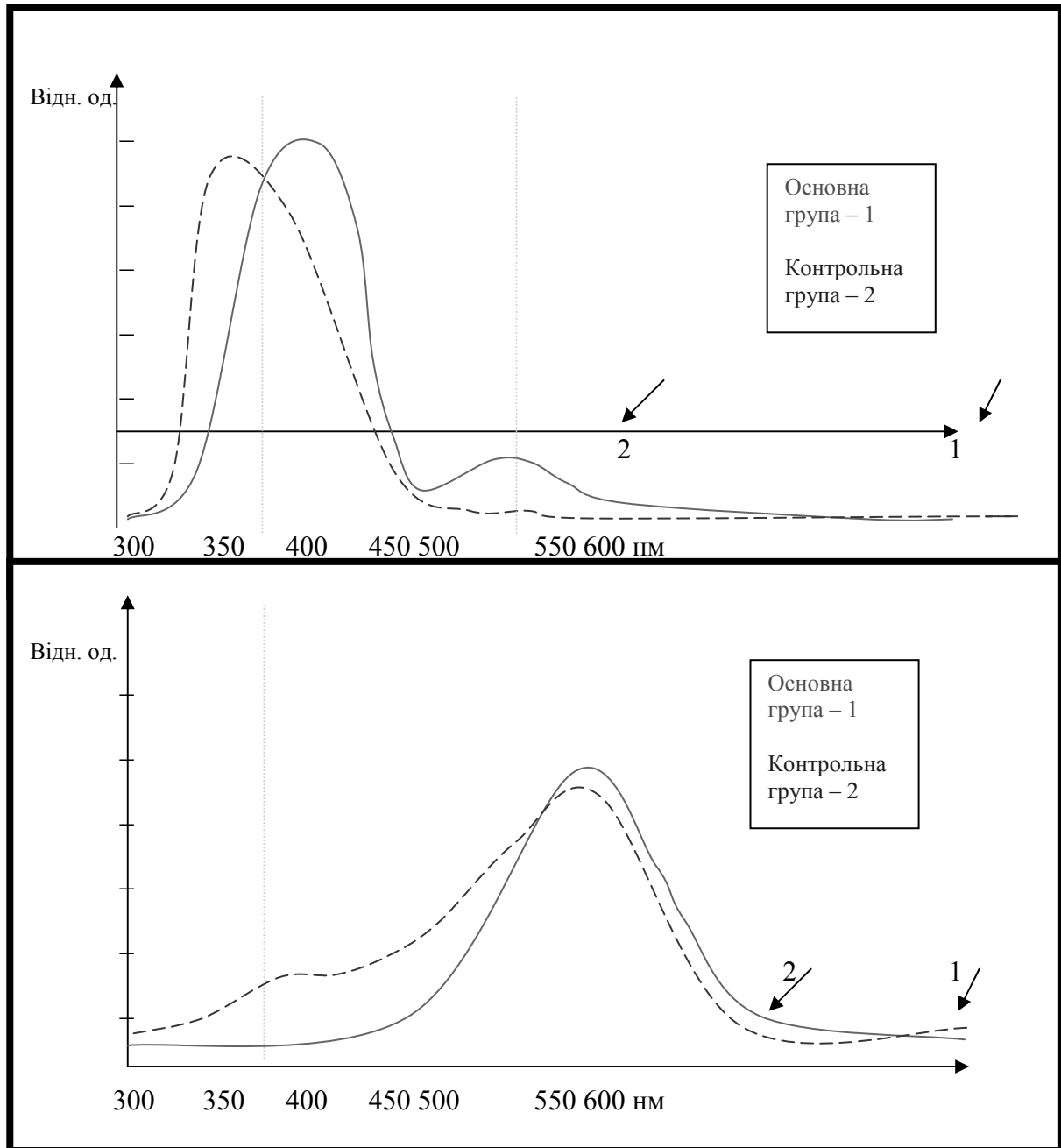


Рис. 2. Спектри фотолюмінесценції сечі обстежених вагітних.

Висновки. На основі проведеного дослідження встановлено, що при дизадаптації при гестозі відбуваються зміни як із боку центральної, так і периферійної гемодинаміки, а зміни в системі триптофану-серотоніну-НАДФ свідчать про глибокі порушення метаболічних процесів в організмі вагітної, що являє собою передумовою виникнення

тяжких форм захворювання. Вказані обстеження вагітних можуть слугувати як метод моніторингу й прогнозування пізнього гестозу. У перспективі подальші дослідження у цьому напрямку включатимуть вагітних груп ризику з виникнення пізнього гестозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богатирьова Р.М. Ведення вагітності та пологів при пізніх гестозах, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика: Методичні рекомендації / Р.М. Богатирьова, Б.М. Венцківський, В.Є. Дашкевич та ін. – К., 1999. – 42 с.
2. Венцківський Б.М. Гестози вагітних. / Б.М. Венцківський, В.М. Запорожан, А.Я. Сенчук. // Навчальний посібник. – К.: Аконт, 2002. – 112 с.
3. Грищенко В.И. Современный взгляд на патогенез и лечение преэклампсии / В.И. Грищенко, О.П. Липко // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 2 (11). – С. 4-7.
4. Серов В.Н. Эклампсия / В.Н. Серов, С.А. Маркин, А.Ю. Лубнин – М.: МИА, 2004. – 462 с.
5. Чаварга М.М. Люмінесцентний контроль дії фітотерапевтичних засобів. / М.М. Чаварга, Л.Л. Шимон, Т.М. Ганич, М.М. Ганич. // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Оздоровлює природне харчування, розвантажувальна терапія”. – Ужгород – Поляна, 2000. – С. 200 – 203.
6. Чаварга М.М. Кювета для оптичних досліджень / М.М. Чаварга, Л.Л. Шимон. // Деклараційний патент України № 54044А від 17.02.2003.
7. Baker N. Pre-eclampsia. Current Perspectives on Management. / Ph. N. Baker, J. C. P. Kingdom. – New York: The Parthenon Publishing Group, 2004. – 280 p.

SUMMARY

PROGNOSTICATION OF SEVERAL FORMS OF LATE GESTOSIS

Kachala T.M., Maljar V.A., Maljar V.V.

In the articles resulted information about the changes of hemodynamics and metabolic changes in the system tryptophan-serotonin-NADP at progress of late gestosis.

Key words: preeclampsia, prognostication, spectroluminescence

УДК: 616.61-002.3:616.441-008.61

МІКРОБІОЦЕНОЗ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Цмур О.В., Маляр В.В.

Ужгородський національний університет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: аналіз 50 випадків вагітностей у жінок із гіпотиреозом показав, що для даної патології характерним є спектр інфекційної інвазії в порівнянні з групою соматично-здорових вагітних.

Ключові слова: вагітність, гіпотиреоз, мікробіоценоз піхви

Вступ. Щитоподібна залоза при вагітності особливо чутлива до недостатньої кількості йоду в раціоні, що може у даному випадку викликати відносну гіпотироксинемію, пригнічуючи секрецію T_3 , та стимулювати секрецію ТТГ, а також вести до збільшення залози в об'ємі [1, 3]. В більшості випадків, ендемічний зоб залишається безсимптомним і еутиреоїдним, не викликаючи суттєвих змін із боку перебігу гестаційного процесу [3, 6]. Через пригнічення обмінних процесів, що зустрічаються навіть при еутиреоїдному гіпотиреозі, виникають патологічні зміни із боку крові: збільшується швидкість осідання еритроцитів, спостерігається лімфоцитоз, розвивається анемія та простежується схильність до затримки рідини в підшкірній клітковині, шкірі та слизових оболонках, зокрема у стінці піхви та шийці матки, що не може не вплинути на мікробіоценоз статевих шляхів.

Відомо, що зміни мікробіоценозу статевих шляхів протягом гестаційного періоду відображають рівень інфекційного неблагополуччя й у ряді випадків є маркерами розвитку плацентарної недостатності і ризику інфікування плода.

За даними різних авторів транссексуальні інфекції у вагітних складають від 50-85%, а вперше виявлені під час вагітності від 1 до 11% [2, 4, 7, 8].

Наукових праць, які б торкалися вивчення мікробіоценозу статевих шляхів у динаміці гестаційного процесу при гіпотиреозі ми в доступній літературі не зустрічали.

Мета дослідження: з'ясувати роль гіпотиреозу в ланці порушень мікро-біоценозу статевих шляхів у період гестаційного процесу.

Матеріал і методи дослідження. Клініко-функціональне, лабораторне і мікробіологічне дослідження проведено у 100 вагітних жінок. Із них 50 жінок із гіпотиреозом, які спостерігались сумісно з лікарем-ендокринологом (І група).

Контрольну групу склали 50 першородячих без акушерської і соматичної патології.

Визначення тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну (T_3) і тироксину (T_4) проводили радіоімунологічним методом. Ультразвукова оцінка стану щитоподібної залози проводилася за допомогою ультразвукового апарату «Toshiba» (Японія).

Вибір проб для мікробіологічного дослідження здійснювали з використанням правил асептики та антисептики. Матеріалом для мікробіологічних досліджень були мазки зі слизової піхви та зскрібки – відбитки зі стінок піхви. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження здійснювався з використанням піхвних змивів за загальноприйнятою методикою [5].