

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Перспективи подальшого дослідження у хворих з дисгормональними захворюваннями молочних залоз та безплідністю різного ґенезу пов'язані з вивченням рецепторів до прогестерону та естрадіолу в крові та виділеннях із молочних залоз та удосконалення на цій основі методів лікування.

зани з вивченням рецепторів до прогестерону та естрадіолу в крові та виділеннях із молочних залоз та удосконалення на цій основі методів лікування.

Література

1. Бурець І.В. Состояние репродуктивной системы у женщин с доброкачественными гиперпластическими изменениями молочной железы: Дис. ...канд. мед. наук. – М., 2001.

2. Кулаков В.И. и соавт. Заболеваемость молочных желез у гинекологических больных: Материалы Всерос. конф. «Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии». – М., 2003. – С.72-73.

3. Зелінська Н.Б. Фіброміома матки, мастопатія та полікістоз яєчників у хворих на гіпотиреоз //Ендок-

ринологія. – 2001-т.6 (додаток). – С.106.

4. Бурдина Л.М. и соавт. Современные аспекты изучения гиперпластических процессов репродуктивной системы женщины М., 1987. – С.23-31

5. Серов В.Н. и соавт. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии. – М.: «Русфарма-мед», 1995.-С.427.

Наумкина Н.Г. Новые подходы к диагностике и лечению фиброзно-кистозной болезни молочной железы. Дисс. ...канд. мед. наук. – М., 1999.

УДК 618.7:616-009.24-036.3-036.17]:616-005.1-08:616-003.93

Я.М Вітовський., І.Б. Венкцівська, О.С. Загородня

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТЕЙ ВІДНОВЛЕННЯ ГЕМОСТАЗУ ПОРОДІЛЬ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ТЯЖКУ ПРЕЕКЛАМПСІЮ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТЕЙ ВІДНОВЛЕННЯ ГЕМОСТАЗУ ПОРОДІЛЬ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ТЯЖКУ ПРЕЕКЛАМПСІЮ. В статті надано результати обстеження стану здоров'я жінок, вагітність яких ускладнилась преєкламписією тяжкого ступеня. Показано високу частоту функціональних розладів серцево-судинної, нервової та гепатобіліарної систем та їх залежність від тривалості лікування гестозу.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВОССТАНОВЛЕННЯ ГЕМОСТАЗА РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ПРЕЕКЛАМПСІЮ. В статті представлені результати обстеження здоров'я жінок, вагітність яких ускладнилась преєкламписією тяжкого ступеня. Показана висока частота функціональних розладів серцево-судинної, нервової та гепатобіліарної систем, а також їх залежність від тривалості лікування гестозу.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF HEMOSTASIS RESTORATION POSSIBILITIES BY WOMEN AFTER SEVERE PREECLAMPSIA. In the article the results of health investigation of women, whose pregnancies were complicated by severe preeclampsia, are considered. The high frequency of functional disorders in cardiovascular, nerve and hepatobiliary systems and their dependence on disease continuation.

Ключеві слова: преєкламписія тяжкого ступеня, есенціальна гіпертензія, функціональні розлади нервової системи, дисфункція гепатобіліарної системи.

Ключевые слова: преєкламписія тяжелой степени, эссенциальная гипертензия, функциональные расстройства нервной системы, дисфункция гепатобилиарной системы.

Key words: severe preeclampsia, essential hypertension, functional disorders of nervous system, dysfunction of hepato-biliary system.

ВСТУП. За даними літератури, частота пізнього гестозу залежно від ступеня тяжкості коливається від 16 до 35%, в 8-10% гестоз має тяжкий перебіг [1]. Крім високої частоти, актуальність пізнього гестозу зумовлена значною роллю в структурі материнської смертності (ча-

стка складає 5-13% в різних країнах), негативними наслідками для плода (синдром затримки росту, гостра плацентарна недостатність, субстратом якої є передчасне відшарування плаценти, внутрішньоутробна загибель плода). Проте не менше значення мають віддалені на-

слідки перенесеного гестозу для материнського організму.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Обстежено 35 жінок, яких було розроджено в умовах Київського міського пологового будинку № 7 протягом 2007-2009 років з приводу преєклампсії тяжкого ступеня. Критеріями встановлення діагнозу тяжкого гестозу були вказані у Клінічному протоколі «Гіпертензивні розлади при вагітності» (наказ МОЗ України № 676), а саме: генералізовані набряки, діастолічний артеріальний тиск понад 110 мм. рт.ст., добова протеїнурия понад 5 г/л, головний біль, порушення зору, біль в епігастрії, гіперрефлексія, олігурія, тромбоцитопенія [2]. До дослідження не включено роділь, у яких пізній гестоз розвинувся на тлі гіпертонічної хвороби або гіпертензії іншого походження, органічних уражень нервової системи, хронічного гепатиту інфекційного або неінфекційного походження, тобто жінок із поєднаним гестозом. Нас цікавили саме функціональні зміни, що залишаються в регуляції серцевого тону, нервовій та гепатобіліарній системах після перенесеного тяжкого гестозу.

28 жінок було розроджено шляхом кесарського розтину, 7 жінок, що народжували повторно – через природні пологові шляхи з адекватним знеболюванням та контрольованою гіпотензією. У жодної із включених до дослідження жінок не було нападів еклампсії та лабораторних критеріїв HELLP-синдрому.

Всіх жінок поділено на 2 групи. I групу утворили 19 жінок, у яких діагноз тяжкої преєклампсії було встановлено при госпіталізації та час до розродження не перевищував 12 годин, II групу – 16 жінок, тривалість лікування у яких перевищувала 12 годин, що було пов'язано із недоношеністю плода, попереднім встановленням діагнозу преєклампсії середнього ступеня тяжкості, відсутністю ефекту від лікування останньої.

Досліджувались лабільність гемодинаміки, наявність неврологічних розладів, порушення ферментного та пігментного обмінів на рівні гепатобіліарної системи протягом 2-3 років від пологів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Жінки обох груп за віковим, професійним складом, кількістю вагітностей та пологів істотно не відрізнялись.

Таблиця 1. Прояви дисфункцій серцево-судинної, нервової та гепатобіліарної систем у обстежених жінок

р хвз, зн	Показник бієсн		Показник бітсн	
	з%пн	ен	з%пн	ен
йяїтмгкд-ввзнд-гїмвцун	чн	(т/н	іін	т)/чн
Пяяїтмвцвзн2мом%ан	4н	±т/(н	4н	(і/±н
53м9ц0взнРз%4Р7вці7н	іьн	і88н	ітн	і88н
6яїтмд- .взнПяяїтмвцвзн	і8н	4±т/н	і±н	ч4н
6ц2-т явзнаіР-2ці7н	і>н	ч(/тн	і4н	ь(/чн
<цїяв7н	іін	4ч)/н	ьн	4т/±н
С-г,цвяхцунНм2.м2-2цв-1нмРу1цн	і4н	ч)/ьн	і(н)і/±н
<-вктзїцїяїтмвцвзнРцк%ввз3цн	>н	±і/8н	тн	(ч/4н
Пяяїтмвцвзн	тн	(і/4н	ьн	4т/±н

Серед 35 обстежених жінок у 28 (80%) протягом першого року після завершення вагітності було виявлено гіпертонічні розлади, у 18 із них (54%) – вегетосудинну дистонію за гіпертонічним типом, у 10 (28,5%) встановлено діагноз есенціальної гіпертензії. Згідно з сучасними уявленнями, в основі патогенезу гіпертонічної хвороби та інших порушень регуляції судинного тону лежить явище ендотеліальної дисфункції. Внаслідок останньої зменшується виділення гуморальних речовин з локальною антиагрегантною та судинодилатуючою дією, в першу чергу простагліцину та ендотеліального чинника релаксації. Основи гестозу також закладаються на рівні ендотелію, полягаючи у порушенні синтезу NO саме ендотелієм судин плацентарного комплексу. На тлі збереженої здатності судин трофобласта до вазоконстрикції, вказані зміни ведуть до генералізованого вазоспазму та системної гіпертензії [3].

Схильність породіль, що перенесли тяжкий гестоз, до розвитку гіпертонічних розладів відома давно, за даними Akins et al. (1996) гіпертонічна хвороба у таких жінок розвивається у 60%, необхідний для цього час коливається від 1 до 11 років.

Всім породіллям, яких виписано із акушерського стаціонару після перенесеного тяжкого гестозу, рекомендують спостереження невропатолога [2]. Ми з'ясували, що лише 5 із 35 обстежених (14,2%) виконали цю рекомендацію. При активному огляді невропатолога встановлено, що всі 35 жінок мали неврологічні скарги, що полягали в емоційній лабільності (100%), підвищеній пітливості (82,8%), періодичному підвищенні температури тіла без лабораторних ознак запального процесу (62,8%), мігреноподібному головному болю (57,1%). В неврологічному статусі визначалась розсіяна органічна мікросимптоматика: легкий ністагм, розлади чутливості (гіпостезія за гемітипом), патологічні стопні знаки згинальної групи,

субкортикальні рефлекси, незначні координаторні розлади. Виявлена симптоматика не була показанням до проведення додаткових нейровізуалізаційних методів дослідження (комп'ютерна або магніто-резонансна терапія).

На особливу увагу заслуговує поширеність серед обстежених жінок мігреноподібного головного болю. Згідно з сучасними уявленнями [5], в основі патогенезу мігрени лежить порушення обміну серотоніну, головними учасниками якого є ендотелій та тромбоцити. Розглядаючи гестоз як хворобу ендотелію, можна пов'язати розвиток мігрени із перенесеною прееклампсією.

Із 35 обстежених жінок 30 відмічають періодичну появу диспепсичних розладів – нудоти, гіркоти, тяжкості та болю в епігастрії тощо. При обстеженні у 28 (80%) жінок виявлено порушення кінетичної функції біліарної системи, у 10 (28,5%) – незначну, минущу гіпербілірубінемію, у 15 (42,8%) – підвищений рівень ферментів цитолізу. Рівень продуктів азотного обміну був нормальним у всіх обстежених. Серед обстежених із функціональними ураженнями гепатобіліарної системи переважали розроджені шляхом кесарського розтину, що можна пояснити більш інтенсивною травмою та медикаментозним навантаженням (включаючи комбіновану антибактеріальну терапію) при такому методі розродження.

Звичайно, наше дослідження не претендує на статус баготоцентрового та широкомасштабного, маючи невисокий рівень доказовості С (метод випадок-спостереження). Проте виявлені тенденції, які підтверджуються даними світової літератури, покликані посилити увагу до здоров'я жінок, яких було розроджено на тлі тяжкого гестозу. Недоношеність плода, що часто знаходиться на межі екстремального терміну, необхідність проведення профілактики СДР-синдрому, часто заважає прийняти рішення про негайне розродження, що негативно впливає на стан новонародженого та подальше здоров'я роділлі. Як з'ясовано, чим довше триває вагітність на тлі тяжкого гестозу, тим більш тривалими та тяжкими є зміни гемостазу. Перервавши

вагітність, виключивши основну причину гестозу, ми часто обмежуємося задовільним перебігом післяпологового періоду, забуваючи акцентувати увагу на подальшому стані судин, нервової системи, печінкового гомеостазу. Щодо впливу методу розродження на подальший стан здоров'я жінок, то відносно невелика кількість обстежених не дає змоги робити остаточні висновки. Серед жінок, що в подальшому страждають на гіпертонічні розлади, вегетативну дисфункцію, не відмічено переважання таких, що розроджені оперативно або шляхом кесарського розтину. Значна частка хворих із гепатобіліарною дисфункцією, також переважання серед них жінок, розроджених оперативно, вимагає також більш ретельного ставлення до визначення кількості використаних в лікуванні препаратів. Тяжкість та ургентність патології часто призводить до вираженої поліпрагмазії при виборі препаратів. За даними Лазебника та співавт. (2007), у випадку комбінації 2 препаратів їх негативна лікарська взаємодія спостерігається у 6% хворих, при призначенні 5 лікарських препаратів – у 50%, 10 препаратів – у 100 % хворих.

ВИСНОВКИ. 1. Жінки, що перенесли тяжкий гестоз, протягом перших двох років після пологів мають підвищений ризик розвитку гіпертонічної хвороби, функціональних неврологічних розладів, дисфункції гепатобіліарної системи.

2. На вираженість та тяжкість описаних функціональних змін виплаває час від встановлення діагнозу до розродження.

3. Більш ретельне спостереження за такими жінками дозволить рано виявляти та коректувати вказані функціональні розлади, запобігаючи переходу їх на органічний рівень та підвищуючи таким чином загальний рівень здоров'я жіночого населення пізнього репродуктивного, тобто найбільш соціально активного віку.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальше вивчення катамнезу обстежених жінок дозволить оцінити динаміку розвитку вказаних функціональних розладів та розробити алгоритм спостереження у терапевта та невропатолога.

Література

1. Б.М.Венцовский, В.Н.Запоржан, А.Я.Сенчук, Б.Г. Скачко. Гестозы. Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 312 с.
2. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
3. Greer J.A., Leask R., Hobson B.A. et al. Endothelin, elastase and endothelial dysfunction in pregnancy-induced hypertension. *Lancet* 1991. – N337. – p.558-562.

4. Akins P.T., Levy K.J., Cross A.H., Goldberg M.P., Schieber M.H. Postpartum cerebral vasospasm treated with hypervolemic therapy//*Am.J.Obstet.Gynecol.*- 1996. – V.175. – N5. – P.1386-1389.\
5. Иззати-Заде К.Ф., Шугтов А.А. Мигрень – болезнь тромбоцитов периферической крови // *Новости медицины и фармации.* – 2007. – №10. – С.16-17.
6. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.Н. и др. / *Consillium medicum.* – 2007. – № 9(12). – С. 29-34.