

анализа биологической жидкости далеко не исчерпаны. Поэтому дальнейший поиск методов диагностики и прогнозирования патологических состояний во время беременности представляется перспективным, что является существенным резервом в снижении материнской и детской заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: влагалищная жидкость, микробиоценоз влагалища, лейкоциты, микроорганизмы

FEATURES VAGINAL FLUID IN WOMEN WITH VIOLATION OF SEX TRACT MICROBIOTA

Astakhov V.M, Aussy Marvan, Zhulkovsky V.V.

Summary. In the article presents the results of biochemical study vaginal fluid, which provides important information about the functional condition vagina microbiocenosis. However, diagnostic abilities biological fluid analysis is not exhausted. Further search methods of diagnosis and prediction of pathological states of pregnancy during is promising, which is a substantial reserve in reducing maternal and child morbidity and mortality.

Key words: vaginal fluid, vaginal microbiocenosis, leukocytes, microorganisms

Отримано до редакції 12.12.12

УДК 618.3-06:616.12-008.331.1-036.8

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бабенко О.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Целью проведенного исследования было изучение возможностей коррекции артериального давления у беременных с гестационной гипертензией. Для этого была проведена оценка эффективности разработанного профилактического комплекса у 42 женщин с гестационной гипертензией. Оценка показателей центральной гемодинамики проводили при помощи системы суточного мониторирования артериального давления. Внедрение разработанных профилактических мероприятий привело к стабилизации артериального давления у женщин с гестационной гипертензией, удлинению периода его ночного снижения, замедлению его утреннего подъема, уменьшению его перепадов и вариабельности, снижению количества эпизодов повышения систолического и диастолического давления, повышению систолического индекса и снижению индекса нагрузки давлением.

Ключевые слова: беременность, артериальная гипертензия, гестационная гипертензия

Гипертензивные расстройства встречаются у 6-10% беременных и до настоящего времени занимают лидирующее место среди причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1, 2, 3]. В структуре причин материнской смертности по Украине преэклампсия стабильно занимает второе-третье место и составляет от 11,8 до 14,8% [4].

Гестационная гипертензия (ГГ) — изолированное неосложненное повышение АД у беременных, впервые выявленное во второй половине беременности. В соответствии с Европейскими Рекомендациями-2007 индуцированная беременностью гипертензия после 20 недель без протеинурии – это гестационная гипертензия, с протеинурией – преэклампсия [4].

Имеется более 40 теорий развития преэклампсии, но большинство авторов сходятся в том, что ведущая роль в ее патофизиологии принадлежит эндотелиальной дисфункции. В то время как патофизиология гестационной гипертензии не известна. Некоторые исследователи высказывают предположения о фундаментальных различиях в патофизиологии гестационной гипертензии и преэклампсии [6, 7].

Исходя из неясности патогенеза гестационной гипертензии, не разработаны подходы к ее терапии и профилактике развития на ее фоне преэклампсии.

Целью данного исследования было изучить возможности коррекции артериального давления у беременных с гестационной гипертензией.

Материал и методы

В исследование были включены 82 женщины с гестационной гипертензией. Они методом случайной выборки с использованием компьютерной программы разделены на две подгруппы. У женщин подгруппы А профилактика проводилась согласно разработанному подходу (n=42), а подгруппы В (n=40) – согласно рекомендациям национального протокола.

Оценку центральной гемодинамики проводили при помощи системы суточного мониторинга артериального давления «Кардиотехника 4000-АД» каждые 15 минут днем и 30 минут ночью. Автоматически регистрировалось систолическое (САД), диастолическое (ДАД), среднее (СрАД) и пульсовое артериальное давление, частота сердечных сокращений (ЧСС), минимальные, максимальные и средние значения за дневной и ночной промежутки времени и сутки, индекс нагрузки давлением (ИНД). Амплитуду САД,

ДАД, СрАД определяли как разницу между максимальными и минимальными их значениями за дневной, ночной и весь период осуществления измерений. Оценивали также скорость утреннего повышения САД и ДАД, которую рассчитывали как разницу между минимальными и максимальными их значениями в период с 4 до 10 часов утра. Для изучения кратковременных колебаний артериального давления на протяжении суток оценивали показатель вариабельности артериального давления, который является гемодинамическим ответом на физическое и эмоциональное напряжение.

Разработанные профилактические мероприятия включали: рационализацию питания, легкие аэробные физические нагрузки, прием препаратов фолиевой кислоты и магния.

Статистическая обработка данных выполнялась на ПК с использованием пакетов программ Word и Excel. Рассчитывались средние величины, ошибка средней и доли. Данные считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ динамики основных показателей АД у обследованных женщин показал, что, если при первоначальном обследовании они достоверно не отличались между подгруппами А и В ($p > 0,05$), то к концу беременности выявлены достоверные различия по большинству параметров. Исключение составили такие показатели, как АСАД во время сна и ДАД во время бодрствования, статистической разницы между которыми не выявлено ($p > 0,05$).

Сравнение динамики внутри подгрупп показало, что у женщин с гестационной гипертензией после проведения разработанной профилактики (подгруппа А) достоверно снизились СрАД (на 6 %), АСрАД (на 19 %), САД (на 5 %) во время сна и АДАД (на 13 %) во время бодрствования ($p < 0,05$). У беременных с ГГ, которым была назначена традиционная профилактика (подгруппа В), зарегистрированы достоверные изменения по следующим показателям: повышение САД (на 9%) и ДАД (на 13 %) и снижение АСАД (на 21 %) во время сна, повышение АДАД (на 15 %) за сутки и снижение АДАД (на 25 %) во время сна ($p < 0,05$).

Анализ суточного профиля САД выявил те же тенденции, а именно: в подгруппе А систолическое АД начинало снижаться примерно на час раньше, а подниматься – на час позже, чем в подгруппе В. То есть период снижения САД составил в среднем 5 часов, что в 1,6 раза больше, чем в подгруппе В. Картина суточного профиля ДАД в данной подгруппе практически не изменилась. В

подгруппе В динамика суточного профиля как САД, так и ДАД выражалась в снижении глубины их ночного падения.

Величина утреннего подъема САД и ДАД в подгруппе А достоверно не изменилась, тогда как его скорость статистически значимо снизилась (на 30 и 45 % соответственно) ($p < 0,05$). Тогда как в подгруппе В зарегистрирована обратная тенденция: при не изменившейся скорости подъема САД и ДАД снизилась величина подъема (на 9 % и на 8 % соответственно) ($p < 0,05$). Сравнение показателей между подгруппами показал, что после проведения разработанных профилактических мероприятий они достоверно отличались как по величине, так и по скорости САД и ДАД. А именно: величина утреннего подъема САД и ДАД в подгруппе А была выше (на 8 % и на 11 % соответственно), а его скорость – ниже (на 45 % и на 65 % соответственно) ($p < 0,05$).

Оценка вариабельности САД и ДАД показала, что в III-м триместре подгруппы достоверно не отличались, за исключением вариабельности САД во время сна (в подгруппе В она была на 45 % выше) ($p < 0,05$). При сравнении с исходными показателями изменилась только вариабельность ДАД во время сна в подгруппе В (повысилась на 33 %) ($p < 0,05$).

Суточный индекс САД в процессе беременности в подгруппе А увеличился на 14 %, а в подгруппе В – уменьшился на 18% ($p < 0,05$). Сходные тенденции зарегистрированы и относительно СИДАД, а именно: в подгруппе А он увеличился (на 10 %), а подгруппе В – снизился (на 21 %).

У беременных подгруппы А ИНСАД за сутки снизился на 14 %, а за день – на 15 %, а ИНДАД на 9 % и 13 % соответственно. В подгруппе В данные индексы наоборот увеличились: ИНСАД на 20 % и 10 % соответственно временным периодам, а ИНДАД – на 7 % и 10 %. Кроме того у женщин данной подгруппы стали регистрироваться периодические подъемы САД ночью, чего не наблюдалось изначально.

Выводы

Таким образом, внедрение разработанных профилактических мероприятий привело к стабилизации артериального давления у женщин с гестационной гипертензией, удлинению периода его ночного снижения, замедлению его утреннего подъема, уменьшению его перепадов и вариабельности, снижению количества эпизодов повышения систолического и диастолического давления, повышению СИСАД и СИДАД, снижению индекса нагрузки давлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в России. – М. : Издательство Рашин Продакшн, 2007. – 136 с.
2. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз? / О. В. Макаров, Н. Н. Николаев, Е. В. Волкова. – М. : Гэотар-Медиа, 2006. – 176 с.
3. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и фармакотерапии артериальной гипертензии у беременных / О. Н. Ткачева, А. В. Барабашкина. – М. : Пагри, 2006. – 140 с.
4. Медведь В. И. Артериальная гипертензия при беременности в Европейских рекомендациях – 2007. Комментарий специалиста / В. И. Медведь // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 6 (15). – С. 23–28.
5. Report of national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy // Am. J. Obstet.Gynecol. – 2000. – Vol. 183. – S. 1–22.
6. Imbalance of serum T helper 1- and 2-type cytokines in preeclampsia and gestational hypertension / M. Y. Dong, X. L. Shi, J. He [et al.] // Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. – 2005. – Vol. 34(6). – P. 488–491.
7. Comparative assessment of matrix metalloproteinase (MMP)-2 and MMP-9, and their inhibitors, tissue inhibitors of metalloproteinase (TIMP)-1 and TIMP-2 in preeclampsia and gestational hypertension / A. C. Palei, V. C. Sandrim, R. C. Cavalli [et al.] // Clin Biochem. – 2008. – Vol. 41(10-11). – P. 875–880.

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ВАГІТНИХ З ГЕСТАЦІЙНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Бабенко О.М.

Резюме. Метою проведеного дослідження було вивчення можливостей корекції артеріального тиску у вагітних з гестаційною гіпертензією. Для цього була проведена оцінка ефективності розробленого профілактичного комплексу у 42 жінок з гестаційною гіпертензією. Оцінка показників центральної гемодинаміки проводили за допомогою системи добового моніторингу артеріального тиску. Впровадження розроблених профілактичних заходів привело до стабілізації артеріального тиску у жінок з гестаційною гіпертензією, подовженню періоду його нічного зниження, уповільненню його ранкового підйому, зменшенню його перепадів і варіабельності, зниженню кількості епізодів підвищення систолічного і діастолічного тиску, підвищенню систолічного індексу та зниженню індексу навантаження тиском.

Ключові слова: вагітність, артеріальна гіпертензія, гестаційна гіпертензія

POSSIBILITY OF BLOOD PRESSURE CORRECTION IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL HYPERTENSION

Babenko O.M.

Summary. The objective of this study was to explore the possibilities of correction of blood pressure in pregnant women with gestational hypertension. For this purpose we

assessed the effectiveness of the developed preventive complex in 42 women with gestational hypertension. Evaluation of central hemodynamic parameters was performed using a system of daily monitoring of blood pressure. Implementation of the developed preventive measures led to stabilization of blood pressure in women with gestational hypertension, lengthening the period of its night-time decreasing, slowing its morning surge, reducing its fluctuations and variability, reducing the number of episodes of diastolic and systolic pressure, increasing of systolic index and decreasing of the pressure load index.

Key words: pregnancy, hypertension, gestational hypertension

Отримано до редакції 25.02.13

УДК 618.3-008.64:577.17]-018.74+616.13.16

ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛЯТАЦИЯ, КАК МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЙОДНЫМ ДЕФИЦИТОМ

Мацынин А.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Для определения функции эндотелия произведена оценка эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) у 78 беременных с йодным дефицитом и 20 беременных с нормальным уровнем потребления йода. Установлено наличие эндотелиальной дисфункции у 76,9% (60) беременных с йодным дефицитом. У 28,2 % (22) беременных этой группы ЭЗВД выявилась парадоксальной. ЭЗВД не зависит от степени йодурии, однако зависит от степени компенсации функции щитовидной железы (уровень и соотношение гормонов fT_3 и fT_4).

Ключевые слова: эндотелий-зависимая вазодилатация, дисфункция эндотелия, йодный дефицит, беременность

В последнее десятилетие большое значение в развитии различных осложнений беременности, родов и состояния внутриутробного плода уделяется роли эндотелиальной функции. На данном этапе именно с дисфункцией эндотелия все чаще ассоциируются такие осложнения беременности, как плацентарная недостаточность и гестоз [1; 2]. По данным литературы [3], наиболее частой причиной гестационных и перинатальных осложнений является патология щитовидной железы у беременных, основная причина которой – нарушение йодного обеспечения, сопровождающееся дислипидемией, что определяет изменения деформируемости эндотелиоцитов [4], снижение их механочувствительности и