

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

УДК 618.3/4:616.441-006-63

Паращук Ю.С., Афанасьєв І.В.

СТАН ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Харківський державний медичний університет

СТАН ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З ТИРЕОТОКСИКОЗОМ – Гіперфункція щитоподібної залози у вагітних призводить до різноманітних обмінних розладів, які проявляються, в тому числі, порушенням гормонального статусу фетоплацентарного комплексу. Метою дослідження було поліпшення ендокринної функції фетоплацентарного комплексу у вагітних з тиреотоксикозом.

Зроблено висновок, що підвищений вміст у крові вільних Т3 і Т4 при тиреотоксикозі призводить до пригнічення виробітку гормонів фетоплацентарного комплексу, а додаткова комплексна терапія дозволяє нормалізувати його функцію у жінок з гіперфункцією щитоподібної залози.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ – Гиперфункция щитовидной железы у беременных приводит к разнообразным обменным расстройствам, которые проявляются, в том числе, нарушением гормонального статуса фетоплацентарного комплекса. Целью исследования было улучшение эндокринной функции фетоплацентарного комплекса у беременных с тиреотоксикозом.

Сделан вывод, что повышенное содержание в крови свободных Т3 и Т4 при тиреотоксикозе приводит к угнетению выработки гормонов фетоплацентарного комплекса, а дополнительная комплексная терапия позволяет нормализовать его функцию у женщин с гиперфункцией щитовидной железы.

STATE OF ENDOCRINE FUNCTION OF FETOPLACENTAL COMPLEX AT PREGNANT WITH THYREOTOXICOSIS – Thyroid hyperfunction during pregnancy leads to different metabolic changes such as hormonal dysfunction of fetoplacental complex. The aim of research was improvement of endocrine function of fetoplacental complex in women with thyreotoxicosis.

It was concluded that the increased level of free T3 and T4 at thyreotoxicosis leads to decrease in production of fetoplacental complex hormones and improved complex treatment allows to normalize its functioning in women with hyperfunction of thyroid gland.

Ключові слова: тиреотоксикоз, фетоплацентарний комплекс, комплексна терапія ендокринних порушень.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, фетоплацентарний комплекс, комплексная терапия эндокринных нарушений.

Key words: thyreotoxicosis, fetoplacental complex, complex therapy of endocrine violations.

ВСТУП Тиреотоксикоз, обумовлений дифузним токсичним зобом, відноситься до найбільш розповсюджених станів, які ускладнюють перебіг вагітності і пологів. Проблема тиреотоксикозу вагітних набула особливої значимості в Україні в зв'язку із ситуацією, що склалася після аварії на Чорнобильській АЕС (1). Переривання вагітності в терміні до 12 тижнів або субтотальна резекція щитоподібної залози (ЩЗ) не є оптимальними варіантами вирішення даної

проблеми. В той же час вагітність накладає певні обмеження на проведення медикаментозної терапії тиреотоксикозу, зокрема на призначення тиреостатиків і β-блокаторів (2).

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ В даний час численними дослідженнями показано, що гіперфункція ЩЗ у вагітних веде до різноманітних обмінних розладів, які проявляються, в тому числі, порушенням гормонального статусу фетоплацентарного комплексу (ФПК) (3, 4). З огляду на ту обставину, що при вагітності є протипоказання до призначення цілого ряду препаратів, доцільно вивчити можливість додаткової фармакологічної корекції ендокринних порушень у даного контингенту вагітних.

Метою дослідження було поліпшення ендокринної функції ФПК у вагітних з тиреотоксикозом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено обстеження 160 вагітних: 30 з нормальною функцією ЩЗ (I контрольна група) і 130 – з гіперфункцією ЩЗ. Вагітні з гіперфункцією ЩЗ розділені на дві групи: група II – 30 вагітних, котрим проводилася загальноприйнята при гіперфункції ЩЗ терапія і III група – 100 вагітних, котрим призначалася розроблена комплексна терапія.

Жінкам II і III груп, починаючи з 7-й тижня вагітності, призначалася базисна терапія – 15-20 мг мерказолілу на добу 3-4 прийоми, а також полівітамінний препарат “Мульти-табс” по 1 драже в день. Лікування продовжувалося до 36-го тижня вагітності.

В якості додаткової комплексної терапії в ті ж терміни жінкам III групи призначали α-токоферолу ацетат 100 мг на добу, есенціале 6 капсул на добу у 3 прийоми і препарат γ-аміномасляної кислоти – аміналон по 200 мг на добу у 3 прийоми, мілдронат по 0,25 2 рази на добу і настойка валеріани по 20 капель 3 рази на добу.

Для підтвердження клінічного діагнозу тиреотоксикозу на початку лікування у вагітних досліджувалися рівні тиреотропного гормону гіпофіза (ТТГ), трийодтироніну (Т3) і тетраіодтироніну (Т4).

В процесі лікування в терміни 6-13 і 29-36 тижнів у вагітних досліджувалися рівні естріолу, естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену (ПЛ) і хоріонічного гонадотропіну (ХГ).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Рівні тиреоїдних гормонів представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Показники ТТГ, Т3 і Т4 у сироватці крові вагітних

Групи обстежених	Показники		
	ТТГ, мМО/л	Т3, нмоль/л	Т4, нмоль/л
I контрольна група (нормальна функція ЩЗ) (n = 30)	2,31±0,20	2,23±0,14	155,2±16,1
Група II (n = 30)	1,43±0,12**	2,91±0,21*	191,4±13,1*
Група III (n = 100)	1,43±0,12**	2,91±0,21*	191,4±13,1*

Примітка: * – p<0,05 порівняно з вагітними I контрольної групи; ** – p<0,01 порівняно з вагітними I контрольної групи.

Як видно з таблиці 1, результати лабораторного дослідження цілком підтвердили клінічний діагноз тиреотоксикозу.

Дані, наведені в таблиці 2 показують, що у вагітних I контрольної групи в першому триместрі вагітності співвідно-

шення між рівнями гормонів ФПК мало типовий характер (естріол – 21,3±2,0 нмоль/л, естрадіол – 3,06±0,20 нмоль/л, прогестерон – 10,04±0,16 нмоль/л, ПЛ – 3,20 (0,86 мкг/мол і ХГ – 80,47±4,20 нмоль/л).

Таблиця 2. Рівні естріолу, естрадіолу, прогестерону, ПЛ і ХГ у крові вагітних I, II і III груп

Групи обстежених	Показники		
	ТТГ, мМО/л	Т3, нмоль/л	Т4, нмоль/л
I контрольна група (нормальна функція ЩЗ) (n = 30)	2,31±0,20	2,23±0,14	155,2±16,1
Група II (n = 30)	1,43±0,12**	2,91±0,21*	191,4±13,1*
Група III (n = 100)	1,43±0,12**	2,91±0,21*	191,4±13,1*

Примітка: * – p<0,05 порівняно з вагітними контрольної групи II у терміни вагітності 29-30 тижнів.

На початку третього триместру вагітності у вагітних відзначалося фізіологічне зниження рівня ХГ до 35,12±4,30 нмоль/л і підвищення рівнів естріолу, естрадіолу, прогестерону і ПЛ до 36,2±3,10 нмоль/л, 12,04±0,32 нмоль/л, 14,11±1,22 нмоль/л і 6,34±0,19 мкг/мол відповідно.

Звертало на себе увагу, що у жінок II групи вже в першому триместрі вагітності мала місце тенденція до гіпоестрогенемії (рівні естріолу і естрадіолу 19,3±1,90 нмоль/л і 2,87±0,20 нмоль/л відповідно).

Крім того, мала місце тенденція до зниження змісту прогестерону, ПЛ і ХГ вже в першому триместрі вагітності (9,87±0,34 нмоль/л, 79,86±5,12 нмоль/л і 2,86±1,2 мкг/мол відповідно).

У терміни 29-36 тижнів вагітності у жінок II групи рівні естріолу, естрадіолу, ПЛ і прогестерону були вірогідно нижчі, ніж у вагітних з нормальною функцією ЩЗ, а рівень ХГ – вірогідно вищий.

Результати визначення рівнів гормонів у крові вагітних III групи наведені у таблиці 2.

Помітно, що вже в першому триместрі вагітності у жінок III групи мала місце гіпоестрогенемія (рівні естріолу та естрадіолу 18,1±2,03 нмоль/л і 2,67±0,13 нмоль/л відповідно). Крім того, мала місце тенденція до зниження вмісту прогестерону, ПЛ і ХГ вже в першому триместрі вагітності (8,43±0,12 нмоль/л, 2,91±0,75 мкг/мол і 75,26±3,95 нмоль/л відповідно).

У третьому триместрі вагітності показники гормонів ФПК склали: естріол – 39,3±1,98 нмоль/л, естрадіол – 13,47±0,56 нмоль/л, прогестерон – 15,45±0,67 нмоль/л, ПЛ – 5,98±0,23 мкг/мол, ХГ – 40,12±6,16 нмоль/л і не відрізнялися від таких у групі жінок з нормальною функцією ЩЗ.

ВИСНОВКИ Підвищений вміст у крові вільних Т3 і Т4 при тиреотоксикозі призводить до пригнічення виробітку гормонів ФПК.

Зміна рівнів гормонів ФПК у крові від першого до третього триместрів у жінок з нормальною функцією ЩЗ відображає природну адаптацію організму вагітної до гестації та пологової діяльності.

Додаткова комплексна терапія дозволяє нормалізувати функцію ФПК у жінок з гіперфункцією ЩЗ у третьому триместрі вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурмукулова Ф.Ф., Герасимов Г.А. Заболевания щитовидной железы и беременность // Пробл. эндокринологии. – 1998. – № 2. – С. 27-32.
2. Нелаева А.А., Трошина И.А., Полякова В.А. Тактика ведения беременных с патологией щитовидной железы // Науч. вестн. Тюмен. мед. акад. – 2000. – № 2. – С. 34-37.
3. Великолуг К.А., Шацова Е.Н. Динамика содержания эстрадиола, плацентарного лактогена и тиреоидных гормонов у беременных женщин с тиреопатиями в условиях европейского Севера // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 4. – С. 47-49.
4. Искрицкий А.М., Сорокина С.Э. Функциональное состояние тиреоидной системы у беременных женщин, рожениц и родильниц Беларуси // Пробл. эндокринологии. – 1997. – № 6. – С. 20-22.

УДК 618.39:616–006.36:615.015.32

Коломійцева А.Г., Хомінська З.Б., Гурська М.В., Черненко Т.С., Скрипченко Н.Я., Бондаренко О.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ГОМЕОПАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ЗАСТОСУВАННЯ ГОМЕОПАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ – Обстежено 30 вагітних з лейоміомою матки, які отримували в комплексній терапії загрози переривання гомеопатичні препарати. Під впливом впроваджуваної терапії покращились показники кольпоцитологічного дослідження та показники концентрацій статевих гормонів сироватки крові. Призначення гомеопатичних засобів дало змогу знизити дозу симптоматичних та гормональних препаратів та поліпшити ефект від терапії.

ПРИМЕНЕНИЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРОЗЫ ПЕРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ – Обследовано 30 беременных с лейомиомой матки, которые получали в комплексной терапии угрозы прерывания гомеопатические препараты. Под воздействием внедряемой терапии улучшились показатели кольпоцитологического исследования и показатели концентраций половых гормонов сыворотки крови. Назначение гомеопатических средств дало возможность снизить дозу симптоматических и гормональных препаратов и улучшить эффект от терапии.

APPLICATION OF HOMEOPATHIC MEDICINES IN COMPLEX THERAPY OF THREATENED ABORTION AT THE PREGNANT WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA – 30 pregnant women with uterine leiomyoma who have received homeopathic medicines in complex therapy of threatened abortion were examined. Under the influence of recommended therapy colpocytological indices and hormonal investigation of blood serum data improved. Using of

homeopathic medicines allowed to decrease the dosage of symptomatic and hormonal medicines and improve therapeutical effect.

Ключові слова: вагітність, лейоміома матки, загроза переривання, гомеопатичні препарати.

Ключевые слова: беременность, лейомиома матки, угроза прерывания, гомеопатические препараты.

Key words: pregnancy, uterine leiomyomas, threatened abortion, homeopathic medicines.

ВСТУП Лікування невиношування вагітності є найважливішою частиною акушерської допомоги [1]. І якщо взяти до уваги той факт, що реалізація репродуктивної функції у жінок з лейоміомою дуже складна, здебільшого супроводжується неплідністю, то необхідно докласти всіх зусиль, щоб вагітність, яка настала, закінчилась народженням здорового немовляти [2].

Загроза переривання вагітності у цієї категорії жінок виникає в результаті впливу і дії різних чинників, які викликають дизадаптацію на різних рівнях системи мати-плацента-плід внаслідок порушення процесів нейрогуморальної