

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

регуляції, переважно на центральному, в першу чергу, лімбіко-ретикулярному та гіпоталамічному рівнях [3].

Сама лейоміома – це пухлина, залежна від гормонемії. Гіперестрогенія, яка має місце при лейоміомі, викликає гіпертонус матки, який обумовлює порушення кровопостачання в матці; порушується капілярний кровотік, мікроциркуляція в міометрії, утруднюється венозний відтік, що призводить до морфофункціональних змін стану плаценти, викликає її неповноцінність [4].

За даними дослідників, загроза переривання вагітності складає 20-25 % [5]. За нашими даними, при спостереженні 125 вагітних з лейоміомою матки, загрозу викидня відмічали у 57,6 % обстежених. Ці достатньо вражаючі цифри обумовили необхідність розробки та застосування нових методів лікування невиношування у вагітних з лейоміомою. Практика показала, що у досить великої кількості вагітних на ранніх строках гестації при відсутності клінічних проявів загрози переривання вагітності, має місце зниження рівня прогестерону в крові, підвищення рівня естрогенних гормонів, що підтверджується також і кольпоцитологічними дослідженнями, які теж вказують на прогестеронову недостатність.

Поряд з цим, є вагітні з лейоміомою матки, які мають клініку загрози переривання вагітності, підтвержену показниками кольпоцитогам і гормональним дослідженням крові, у яких при призначенні прогестерону не було значного клінічного ефекту від терапії. Кольпоцитограми та рівень статевих стероїдних гормонів в них не змінювалися. Упередженість вагітних стосовно прийому великої кількості медикаментів, матеріальна неспроможність деякої частини жінок забезпечити себе необхідними препаратами протягом всієї вагітності продиктували необхідність пошуку нових підходів до лікування вагітних з лейоміомою. Таким вагітним доцільно призначати ще і гомеопатичні препарати з прогестероновою дією.

Гомеопатія – це терапевтична система, яка має єдиний принцип призначення ліків, – принцип подібності, наслідком якого є застосування речовин у малих дозах. Сенс принципу подібності (“similia similibus curantur”) полягає в тому, що при гомеопатичному лікуванні застосовуються малі дози тих лікарських засобів, які у великих дозах викликають у чутливої здорової людини подібні симптоми [6, 7].

Завданням гомеопатії є не протистояння алопатичному підходу, а пошуки можливості максимально широко використання переваг і того й іншого методів для більш ефективної допомоги хворому.

Одним з механізмів дії гомеопатичних засобів є вплив їх на вищі нервові центри. Вважається, що гомеопатичні дози препаратів є слабкими подразниками і їх сигнали без перешкод проходять в нервові центри, не загальмовують їх і не пригнічують захисних сил організму. Під їх дією відбувається трансформація патологічної домінанті і відновлення адекватної роботи регулюючих структур [8].

Однак центральні регуляторні механізми не єдина точка дії гомеопатичних препаратів. Гомеопатія підвищує енергетичний потенціал органів і систем, що захоплені в патологічний процес.

У літературі останніх років з'явилися окремі публікації, які присвячені гомеотерапії загрозового невиношування вагітності [9]. Автори рекомендують застосовувати агнус кастус (авраамове дерево) – засіб, який впливає на гіпоталамо-гіпофізарну систему, стимулює синтез прогестерону, магніум муріатікум, який має антиестрогенну дію, вібурнум опулюс, що є спазмолітиком.

Слід зазначити, що вищевказані препарати вітчизняного виробництва, недорогі і достатньо ефективні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Нами обстежено 60 вагітних з лейоміомою матки та 30 здорових вагітних (контроль). Вагітні з лейоміомою були розділені на 2 групи: 1-а група – 30 вагітних з загрозою переривання, які отримували препарати прогестерону, спазмолітики та гомеопатичні засоби, 2-а група – 30 вагітних з наявністю клініки загрози переривання вагітності, які не отримували в комплексі лікування гомеопатичних препаратів. В нашій роботі ми призначали такі гомеопатичні засоби: агнус кастус 30СН 5 гранул 2-3 рази на день, вібурнум опулюс 30СН 5 гранул 2-3 рази на день та магніум муріатікум 30СН 5 гранул 2-3 рази в тиждень, наприклад, у понеділок, середу та п'ятницю або у понеділок та четвер вранці.

У обстежених вагітних визначали до і після лікування концентрацію естрадіолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну (ХГЧ) та пролактину (ПРЛ) в крові радіологічним та імуноферментним методами з використанням лічильника гама-12, фотометра (рідер) – MSR-1000 та стандартних тест-систем виробництва ХОП ІБОХ АНБ (Білорусь) для визначення гормонів у сироватці крові радіоімунологічним методом та UBI MAGIWEL (USA)-імуноферментним методами. Разом з цим проводились кольпоцитологічні дослідження. Фарбування піхвових мазків для гормонального кольпоцитологічного аналізу виконане за методом Шорра.

Дослідження проводились до і після лікування. Тривалість терапії складала не менше 2 тижнів. В той же час, прийом гомеопатичних препаратів продовжували призначати тривало, при необхідності, до 35-36 тижнів вагітності. Групи вагітних були репрезентативними. Вік обстежених вагітних коливався від 20 до 30 років. Першовагітних було до 50 % в кожній групі. Близько 30 % вагітних обох груп мали не менше двох штучних абортів в анамнезі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ
Під впливом терапії в обох групах вагітних загальне самопочуття поліпшилося. Зменшилися скарги на біль внизу живота, нормалізувався тонус матки. Достатньо істотні зміни відбулися і в гормонемії у обстежених вагітних. Вміст статевих гормонів відображає таблиця 1.

Таблиця 1. Концентрація статевих гормонів в крові вагітних з лейоміомою матки нмоль/л

Групи вагітних	n	Естрадіол		Прогестерон	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
1	30	8,1±0,8	23,5±2,0	76,3±7,1*	119,4±6,8
2	30	5,5±0,5* **	32,4±3,6* **	74,0±5,9*	103,1±9,8
3 (контроль)	30	8,0±1,2	21,7±4,3	49,9±8,4	104,1±6,3

Примітка: * – достовірність показників до 3-ї групи, ** – достовірність показників до 1-ї групи.

З таблиці 1 видно, що призначення гомеопатичних засобів (1 група) привело до зниження концентрації естрадіолу: він знизився до показників здорових вагітних (23,5±2,0 і 21,7±4,3 відповідно) (p>0,1). В той же час слід зазначити, що у жінок, які лікувались без призначення гомеопатичних препаратів (2 група) концентрація естрадіолу була достовірно вищою, ніж у здорових вагітних (32,4±3,6 і 21,7±4,3 відповідно) (p<0,05) і жінок 1 групи (32,4±3,6 і 23,5±2,0 відповідно) (p<0,05).

Зміни гормонального статусу під впливом впровадженої терапії достатньо виражені і в кольпоцитологічних показниках у жінок з лейоміомою матки (табл. 2).

Слід зазначити, що при аналізі кольпоцитологічних показників нами не відмічено достовірної різниці в показниках поверхневих клітин (Пв), індексу каріопікнозу (ІК), індексу еозинофілії (ІЕ) під впливом лікування, достовірна різниця мала місце тільки порівняно з групою здорових вагітних (3 група). Але, в той же час, слід відмітити, що

достовірно зменшилась кількість парабазальних клітин після лікування в 1-й групі порівняно з 2-ю групою, ($p < 0,01$). Такі зміни свідчать, що призначення гомеопатичних засобів сприяють більш ефективному лікуванню

загрози переривання вагітності.

Ефективність запропонованої терапії для вагітних з лейоміомою відображає і вміст хоріонічного гонадотропіну (ХГЧ) та пролактину (ПРЛ) (табл. 3).

Таблиця 2. Показники кольпоцитологічних досліджень в процесі лікування, %

	Група	n	Пв	ІК	ІЕ	Пб
До лікування	1	30	30,9±3,2*	28,0±2,8*	27,3±3,0*	0,30±0,04
	2	30	42,1±6,3*	37,6±6,2*	36,0±6,1*	0,37±0,04
	3	30	9,3±0,8	8,6±0,6	8,3±0,4	0
Після лікування	1	30	30,3±1,4*	27,4±1,5*	28,3±2,1*	0,26±0,05
	2	30	29,8±4,4*	24,8±4,7*	26,8±4,6*	0,73±0,05**
	3	30	7,2±0,4	6,9±0,3	6,5±0,5	0

Примітка: * – достовірність показників до 3-ї групи, ** – достовірність показників до 1-ї групи.

Таблиця 3. Концентрація білкових гормонів вагітності в крові жінок із лейоміомою матки після лікування

Група	n	ХГЧ МО/л	ПРЛ нг/мл
1	30	12904,6±3079,4	102,0±10,9
2	30	9629,0±677,3* **	133,9±4,4* **
3	30	15735±1945,5	51,4±13,4

Примітка: * – достовірність показників до 3-ї групи, ** – достовірність показників до 1-ї групи.

З таблиці 3 видно, що впроваджувана терапія сприяла зниженню концентрації пролактину у вагітних з лейоміомою матки, які отримували гомеопатичну терапію. Хоч вона і достовірно відрізняється від норми ($p < 0,01$), але є достовірно меншою відносно показника у жінок 2-ї групи, ($p < 0,001$).

Відомо, що підвищення концентрації пролактину підвищує скоротливу активність міометрія і стимулює гіперпластичні процеси в міометрії, особливо у II триместрі. Якщо жінки поступали до стаціонару після 12 тижнів вагітності, і гомеопатичний комплекс призначався не з I триместру, то пролактин у цих жінок не знижувався достовірно відносно показника 2-ї групи, але у 50 % таких вагітних він зменшувався із збільшенням строку гестації.

Також відомо, що низькі концентрації ХГЧ сприяють посиленню загрози переривання вагітності. У жінок 1-ї групи показник ХГЧ вдалося нормалізувати: він став достовірно вищим, ніж у вагітних, які не отримували гомеопатичного лікування ($p < 0,05$) і не відрізнявся від рівня ХГЧ у здорових вагітних ($p > 0,05$).

Отже, призначення гомеопатичних засобів дозволяє істотно зменшити загрозу переривання вагітності, зменшити кількість ін'єкцій та перебування в стаціонарі. Проведення терапії, яка включала гомеопатичні засоби, дозволило зменшити кількість ліжко-днів на $2,6 \pm 0,4$ за рахунок того, що клінічні прояви загрози переривання швидше проходили, відчуття захисту медикаментами (гомеопатичними засобами) знижувало страх перед загрозою викидня і жінки виписувались для продовження лікування в амбулаторних умовах.

ВИСНОВКИ Вагітним з лейоміомою матки та загрозою переривання вагітності доцільно призначати гомеопатичні

засоби, які зарекомендували себе достатньо ефективними. Призначення їх з ранніх термінів вагітності, при появі клініки загрози переривання, одночасно з препаратами прогестеронової дії, дало змогу знизити дозу симптоматичних та гормональних препаратів і поліпшити ефект від терапії. Гомеопатичні засоби можна призначати при необхідності в тривалому режимі до 36 тижнів вагітності. Як монотерапія ці препарати призначаються з метою профілактики загрози переривання вагітності у жінок з високим ризиком невиношування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чайка В.К., Демина Т.Н. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения. – Донецк, 2003г. – 261 с.
2. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Лейоміома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) // Діагностика та лікування. – 2002. – №3. – С. 44-48.
3. Трифонова Е.Ф., Акімова І.К., Турбинист С.В. Течение беременности и родов у женщин с лейомиомой матки // Збірник наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ, 1999 – С. 434-437.
4. Сидорова І.С., Макаров І.О. Фетоплацентарная недостаточность. – М.: Знание – М, 2000. – 127 с.
5. Шмаков Г.С., Миомэктомия во время беременности: Автореферат дис... докт.наук. – М. – 1997. – 39 с.
6. Линде В.А. Гомеопатия в акушерстве и гинекологии. – Санкт-Петербург, 1997. – 325 с.
7. Симеонова Н.К. Тайны гомеопатии. Руководство по гомеопатии в диалогах. – К.: Академпресс, 1998. – 383 с.
8. Крылов А.А., Песонина С.П., Крылова Г.С. Гомеопатия для врачей общей практики. – Санкт-Петербург, Москва – Харьков – Минск. – С.Пб.: Питер, 1997. – 403 с.
9. James G. Homeopathy: an energy level therapy // Prof. Nurse. – 1993. – Oct. 9(1). – P. 54-7.

УДК 618.39:618.112.2

Писарева С.П., Лук'янова І.С., Воробйова І.І., Сопко Я.О., Рудакова Н.В.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖОВТОГО ТІЛА ПРИ ЗАГРОЗІ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖОВТОГО ТІЛА ПРИ ЗАГРОЗІ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ – Вивчення функціонального стану жовтого тіла та гормонального фону проведено у 136 жінок з загрозою переривання вагітності в I триместрі. Контрольну групу склали 20 жінок з фізіологічним перебігом вагітності, які дали узгоду на дослідження проведенням артифіціального аборт. Виявлено, що у жінок з загрозою переривання має місце порушення кровообігу у судинах жовтого тіла,

що виражається в підвищенні РІ та ПІ, а також порушення кровотоку в жовтяничному мішку. Виявлені зміни залежать від рівня прогестерону та хоріонічного гонадотропіну в крові обстежених вагітних. Таким чином, порушення кровопостачання жовтого тіла і жовтяничного мішка викликає функціональні порушення виробітку гормонів жовтим тілом і трофобластом, що призводить до передчасного переривання вагітності.