

плідного яйця терміну вагітності у 5 (12,2 %). Деструктивні зміни хоріона мали місце у 2 (4,9 %) жінок, гіперплазія у 3 (7,3 %) жінок та гіпоплазія хоріону в 4 (9,8 %) жінок.

Артеріальний кровотік у жовтяничному мішку у 6 (14,6 %) випадках був недостатнім і у 3 (7,3 %) жінок зникав раніше 8 тижнів гестації.

Васкуляризація жовтого тіла оцінювалась як помірно-виражена. PI судин жовтого тіла підвищувався до $0,51 \pm 0,03$, а PI – до $0,89 \pm 0,02$.

Таким чином, у 2-й підгрупі жінок з невиношуванням вагітності має місце більш виражене зниження виробітку гормонів на фоні порушення кровообігу в судинах жовтяничного мішка і жовтого тіла.

Третя підгрупа (39 вагітних) з загрозою переривання відноситься до найбільш несприятливої групи відносно прогнозу перебігу вагітності та утробного розвитку плода. Тут мають місце найбільш ранні і глибокі зміни гормонального фону, виражені у пригніченні виробітку усіх гормонів, які підтримують нормальний розвиток вагітності – естрогенів, прогестерону, ХГ, починаючи з її самих ранніх термінів в 5-6 тижнів. Так, концентрація прогестерону у них становить $23,6 \pm 1,2$ нмоль/л, а естрадіолу $3,7 \pm 0,2$ нмоль/л, у здорових вагітних концентрація прогестерону становить $45,8 \pm 1,1$ нмоль/л ($p < 0,05$) а естрадіолу $6,1 \pm 0,5$ нмоль/л ($p < 0,05$).

Вміст ХГ, починаючи з самих ранніх термінів вагітності, знаходяться за межею нормальних величин, що відображає вираженість деструктивних процесів в синцитіотрофобласті в момент формування плаценти, що підтверджується УЗД. Так, часткове відшарування плідного яйця в цій групі було знайдено у 5 (12,8 %) жінок; аномальне його розташування у 7 (17,9 %) жінок. Невідповідність плідного яйця терміну вагітності була зареєстрована у 6 (15,4 %) жінок. Деструктивні зміни хоріона констатовані у 6 (15,4 %) жінок, гіперплазія хоріона у 7 (17,9 %) випадків. У 13 (33,3 %) випадках було відмічено відсутність артеріального кровотоку в жовтяничному мішку раніше 8 тижнів гестації.

Відомо, що з початком ембріогенезу відбувається становлення первинної системи кровообігу. Гематогенний шлях надходження живильних речовин від ЖМ до ембріона обумовлений відсутністю плацентарного кровообігу. Таким чином наявність артеріального кровотоку в ЖМ з 5 до 8-9 тижнів демонструє особливу роль ЖМ на ранніх термінах вагітності до моменту формування фетоплацентарного кровообігу (6).

Таким чином, зниження артеріального кровотоку в ЖМ раніше 8 тижня вагітності у жінок з загрозою переривання можна розцінювати як маркер порушення живлення плода.

Васкуляризація жовтого тіла у жінок 3-ї підгрупи оцінювалась як слабовиражена.

PI судин жовтого тіла у жінок з невиношуванням вагітності третьої підгрупи дорівнював $0,53 \pm 0,02$ відповідно $0,43 \pm 0,03$ в контролі ($p < 0,05$) PI відповідно становив $0,91 \pm 0,02$ відносно $0,63 \pm 0,02$ у здорових вагітних ($p < 0,05$).

Таким чином, при загрозі переривання вагітності відбувається підвищення PI і PI в артеріях жовтого тіла.

Отримані результати дозволяють припустити, що при загрозі переривання вагітності визначення інтенсивності кровотоку в жовтому тілі може мати прогностичне значення для прогнозування виникнення загрози переривання вагітності, а також для оцінки ефективності застосованої зберігаючої терапії. При формуванні функціонально неповноцінного жовтого тіла PI та PI артерій жовтого тіла підвищуються залежно від недостатності виробітку прогестерону і ХГ в I триместрі вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Писарева С.П. // Журнал практ. врача. – 1996. – №3. – С. 19-24.
2. Каханевич Е.В., Дудка С.В., Писарева С.П. та інші. Сучасна профілактика, діагностика та лікування невиношування вагітності (методичні рекомендації). – Київ, 2001. – 22 с.
3. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2000. – 304 с.
4. Miles R.A., Paulson R.J. Pharmacokinetics and endometrial tissue levels of progesterone after administration by intramuscular and vaginal routes: a comparative study // Fertil. Steril. – 1994. – V.62. – P. 485-490.
5. Товстановская В.А., Писков Г.Г., Мозговая Е.М. // Здоровье женщины – 2003. – №1. – С.129.
6. Shi Q.J. et al. Novel role of human chorionic gonadotropine in differentiation of human cytotrophoblasts // Endocrinology. – 1993. – V.132. – P. 1387.
7. Ren S.G., Braunstein G.D. Human chorionic gonadotropin. // Seminar Reprod. Endocrinol. – 1992. – V.10. – P. 95.
8. Кулаков В.И., Сидельникова В.М К вопросу о патогенезе привычного выкидыша // Акушерство и гинекология. – 1996. – №4. – С. 3-4.
9. Курьяк А., Михайлова А., Купешин С. // Трансвагинальный цветовой доплер: бесплодие, вспомогательная репродукция, акушерство. – С.-Пб.: Издательство "Петрополис", 2001. – 294 с.
10. Апарцин М.С., Флоренцова Е.В. и др. Прикладные аспекты доплерографии сосудов, питающих трофобласт // Эхография. – 2003. – №3. – С. 242.
11. Timor-Tritsch I.E., Rottem S., Blumenfeld Z. Pathology of the early intrauterine pregnancy // Transvaginal Sonography / Eds. Timor-Tritsch I.E., Rottem S. - Elsevier, New - York, 1987. – P. 109-123.
12. Tinkanen H. The role of vascularization of the corpus luteum in the short luteal phase studied by Doppler ultrasound // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 1994. – V.73. – P. 321-323.
13. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology, 3 ed. /Eds Callen P.W. – Philadelphia, W.B.Saunders, 1994.
14. Valentin L., Sladkevicius P., Laurini R. et al Uteroplacental and luteal circulation in normal first trimester pregnancies: Doppler ultrasonographic and morphologic study // Am.J. Obstet. Gynecol. – 1996. – V.174. – P. 768-775.

УДК 618.3:616–009.12–097–084:615.214.22

Дашкевич В.Є., Круть Ю.Я., Мелліна І.М., Тутченко Л.І.

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТУ МАГНЕ-В₆

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТУ МАГНЕ-В₆ – Були проведені дослідження з визначення рівня цитокінів у вагітних з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) та їх ролі в розвитку преєклампсії. Визначали цитокіни – ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-10, ФНП-α. У вагітних з АГ та преєклампсією зміни в імунній системі характеризуються активацією імунологічних показників, а саме збільшенням клітинної та зменшенням гуморальної, супресорної функцій імунної системи. При поєднаному з АГ гестозі рівень прозапальних цитокінів зростає більш як у два рази, в той час як ІЛ-10 залишався низьким. Отримані дані дозволяють прослідкувати динаміку розвитку преєклампсії.

Призначення вагітним з ПАГ Магне-В₆ призводить до нормалізації вмісту магнію в сироватці крові, змінює імунні показники цитокінового профілю, які сприяють більш нормальному перебігу вагітності, сприяє суттєвому зниженню виникнення преєклампсії, особливо ранніх та тяжких її форм.

ІМУНОЛОГІЧЕСКІЕ АСПЕКТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЕКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ – С помощью препарата Магне-В₆ – Были проведены исследования по определению уровня цитокинов у беременных с первичной артериальной гипертензией (ПАГ) и их роли в развитии преэклампсии. Определяли цитокины – ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-10, ФНП-α. У беременных с АГ и преэклампсией

изменения в иммунной системе характеризуются активацией иммунологических показателей, а именно увеличением клеточной и уменьшением гуморальной, супрессорной функций иммунной системы. При объединенном с АГ гестозе уровень провоспалительных цитокинов вырос более чем в два раза, в то время как ИЛ-10 оставался низким. Полученные данные позволяют проследить динамику развития преэклампсии. Назначение беременным с ПАГ Магне-В₆ приводит к нормализации содержания магния в сыворотке крови, изменяет иммунные показатели цитокинового профиля, которые способствуют более нормальному ходу беременности, способствует существенному снижению возникновения преэклампсии, особенно ранних и тяжелых ее форм.

IMMUNOLOGICAL ASPECTS IN PREVENTIVE MAINTENANCE OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN WITH PRIMARY ARTERIAL HYPERTENSION BY MEANS OF MAGNE B₆ PREPARATION – The researches on definition of a cytokines level in pregnant women with a primary arterial hypertension (PAH) and their role in development of preeclampsia are conducted. Cytokines IL-2, IL-6, IL-10, TNF- α were determined in pregnant women with arterial hypertension and preeclampsia the change in immune system are characterized by activation of immunological parameters, namely, increase of cellular and reduction of humoral, suppression functions of immune system. At gestosis combined with arterial hypertension, the level of inflammatory cytokines increased more than twice, while the IL 10 remained low. The obtained data allow to observe the dynamics of preeclampsia development. The prescribing to the pregnant women PAH Magne-B₆ results in normalization of the contents of magnesium in blood plasma, changes immune parameters of cytokine profile, which promote more normal pregnancy flow and significant decrease of preeclampsia arising, especially of its early and severe forms.

Ключові слова: вагітність, імунний статус, первинна артеріальна гіпертензія, преєклампсія, профілактика.

Ключевые слова: беременность, иммунный статус, первичная артериальная гипертензия, преэклампсия, профилактика.

Key words: pregnancy, immune status, primary arterial hypertension, preeclampsia, preventive maintenance.

ВСТУП У жінок з первинною артеріальною гіпертензією (гіпертонічною хворобою) вагітність часто супроводжується такими ускладненнями, як преєклампсія, невиношування, внутрішньоутробна гіпоксія та затримка росту плода [1, 2]. Поєднана з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) преєклампсія є одним з найчастіших та тяжких ускладнень вагітності. Нерідко вона розвивається рано (до 28 тижнів), має тяжкий перебіг, погано піддається лікуванню і може бути причиною тяжких порушень стану матері та дитини [1, 3].

Дослідженнями, які були проведені нами в минулі роки, визначено роль недостатньої кількості магнію в розвитку гестозу у хворих на ПАГ [4]. Було встановлено, що у переважної більшості жінок з гіпертонічною хворобою в II та III триместрах вагітності спостерігається значна гіпомагніємія. Вміст магнію залежить від тяжкості прояву захворювання, наявності гестозу та загрози невиношування вагітності. Найнижчими показники гіпомагніємії є у вагітних з помірною та тяжкою артеріальною гіпертензією (АГ), а також з поєднаною преєклампсією. При порівнянні показників магніємії, наприкінці II – на початку III триместру вагітності, у жінок з відсутнім на момент обстеження гестозом виявлено, що у хворих, у яких преєклампсія в найближчі 2-3 тижні не розвинулась, вміст магнію в сироватці крові був близьким до нормального або нормальним. У вагітних з АГ у яких

преєклампсія приєдналась, згодом, вміст магнію був значно зниженим. Тобто на фоні відносно високих показників магніємії гестоз не виникав, або розвивався після 36 тижнів та був нетяжким.

Призначення вагітним з ПАГ перорального магніймісткого препарату Магне-В₆ в дозі 2 таблетки або 10 мл розчину тричі на добу (300 мг) протягом, якнайменше, трьох тижнів у переважної більшості хворих призводить до нормалізації вмісту магнію в сироватці крові [4].

Дослідження останніх років свідчать про важливу роль імунних процесів в регуляції материнської імунної відповіді під час вагітності [5, 6, 7]. Відповідно з домінуючою теорією, основну роль в регуляції імунної відповіді матері під час нормальної вагітності відіграє зміна диференціювання Т-хелперів в бік потенційно менш небезпечного для плода Th2-залежного типу імунної відповіді. Вважається, що цитокіни Т-хелперів 2 типу (Th2) – інтерлейкіни ІЛ-4, ІЛ-6, ІЛ-10 – стимулюють потужну гуморальну імунну відповідь та забезпечують успішний перебіг вагітності, а цитокіни Т-хелперів 1 типу (Th1) – ІЛ-2, фактор некрозу пухлини- α (ФНП- α) – забезпечують, головним чином, клітинну імунну відповідь та сприяють патологічному перебігу, зокрема розвитку гестозу та перериванню вагітності [6, 7, 8, 9]. Вплив же Магне-В₆ на показники імунного стану вагітних не визначений.

Метою роботи було встановити особливості імунних змін, активації та синтезу цитокинів при використанні препарату Магне-В₆ для профілактики преєклампсії у вагітних з первинною артеріальною гіпертензією.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Дослідження були проведені у 70 вагітних з ПАГ у віці 19-38 років (середній вік – 25,5 \pm 2,8 роки), з них 48 жінок (68,5 %) народжували вперше. Діагноз АГ був встановлений до вагітності та підтверджений медичною документацією. Ступінь АГ визначали за рівнем артеріального тиску (АТ) відповідно до рекомендацій Українського товариства кардіологів. Серед хворих, що спостерігалися, ПАГ 1 ступеня була у 20 (28,5 %) жінок, ПАГ 2 ступеня – у 18 (25,7 %), ПАГ 3 ст. – у 12 (17,3 %). Поєднана з АГ преєклампсія середнього та тяжкого ступенів була виявлена у 20 (28,5 %) жінок. 20 із вказаних вагітних з ПАГ спостерігалися з ранніх термінів вагітності та з метою профілактики гестозу отримували Магне-В₆ з 14-16 тижнів. Контрольну групу склали 20 здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності. Особливості імунного стану вагітних оцінювали за рівнем цитокинів – ФНП- α , інтерлейкінів ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-10 в I та II триместрах вагітності. Концентрацію цитокинів визначали імуноферментним методом. Для визначення рівня ІЛ-6 та ФНП- α використовували тест системи ТОВ “Протеїновий контур”, м. Санкт-Петербург. Для визначення вмісту сироваткових цитокинів ІЛ-2, ІЛ-10, були використані тест-системи “IMMUNOTECH”, Франція.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведені дослідження показали (див. табл.), що рівень ІЛ-2 у здорових вагітних склав 33,89 \pm 4,3, при преєклампсії – зріс, в середньому, до 99,5 \pm 9,1 (p<0,001).

Таблиця. Показники імунної системи цитокинів у вагітних з первинною артеріальною гіпертензією та преєклампсією

Показники	Групи вагітних			Достовірність Р
	1. Здорові з фізіол.вагітністю	2. Вагітні з первинною АГ	3. Поєднана з ПАГ преєклампсія	
ІЛ-2	33,89 \pm 4,3	16,2 \pm 1,2	99,5 \pm 9,1	P1-2<0,01 P2-3<0,001 P1-3<0,001
ІЛ-6	13,9 \pm 1,06	23,7 \pm 2,8	14,9 \pm 2,7	P1-2<0,05 P2-3<0,05
ІЛ-10	6,7 \pm 0,	38,4 \pm 4,1	10,7 \pm 1,4	P1-2<0,001 P2-3<0,001
ФНП- α	50,47 \pm 5,4	89,5 \pm 4,6	129,1 \pm 12,4	P1-2<0,001 P1-3<0,001 P2-3<0,05

Фактор некрозу пухлини ФНП- α при фізіологічній вагітності склав $50,47 \pm 5,4$, при прееклампсії – $129,1 \pm 12,4$ ($p < 0,001$). При ПАГ без проявів гестозу ФНП- α теж зростає, але в меншій мірі – $89,5 \pm 4,6$ ($p < 0,01$). Що стосується показників цитокінів ІЛ-6 та ІЛ-10, то слід відзначити, що при ПАГ 1-2 ступенів їх рівень достовірно зростає, порівняно зі здоровими вагітними. Так, ІЛ-6 при фізіологічній вагітності склав $13,9 \pm 1,06$, при ПАГ без проявів гестозу – $23,7 \pm 2,8$ ($p < 0,05$), ІЛ-10 – $6,7 \pm 0,6$ у здорових та $38,4 \pm 4,1$ при ПАГ ($p < 0,001$). При поєднанні з ПАГ тяжкої прееклампсії показники ІЛ-6 та ІЛ-10 знижувались і не відрізнялись від контролю. Це, очевидно, можна пояснити тим, що при вираженому гестозі відбувається зрив компенсаторних можливостей захистної ланки імунної системи – цитокінів Т-хелперів 2 типу (Th2) і значного зросту запальної імунної відповіді – цитокінів Т-хелперів 1 типу (Th1).

У хворих з ПАГ, які приймали Магне-В₆, починаючи з 14-16 тижнів вагітності, рівень прозапальних цитокінів був низьким протягом вагітності. Зокрема, ФНП- α складав в середньому $43,5 \pm 3,6$, а ІЛ-2 $26,2 \pm 1,2$. Рівень ІЛ-10 був достатньо високим і складав в середньому $38,4 \pm 4,1$ пкг/мл. Це свідчить, що гуморальний, супресорний вплив імунної системи у вагітних з ПАГ, які приймали Магне-В₆, переважав над клітинним. Як показали наші дослідження, розвиток прееклампсії у вагітних з ПАГ слід прогнозувати при зростанні інтерлейкіну 2 більш як 30 пкг/мл, ФНП- α – 50,5 пкг/мл та вище, зменшенні інтерлейкіну-10 нижче 12,0 пкг/мл. Прееклампсія при ПАГ 1 ступеня розвинулась лише в 11,4 % випадків, після 36-38 тижнів вагітності і мала нетяжкий перебіг. При АГ 2-3 ступенів гестоз виникав у 45,7 % випадків в термінах 35-37 тижнів. Отримані нами дані свідчать про те, що лікування Магне-В₆ з ранніх термінів вагітності позитивно впливає на імунні процеси в організмі жінок з ПАГ. Результати закінчення у них вагітності є суттєво кращими, порівняно з даними за минулі роки [1].

ВИСНОВКИ Тривале лікування пероральним магній-вмісним препаратом Магне-В₆ з ранніх термінів вагітності позитивно впливає на показники імунного стану вагітних з ПАГ та сприяє зниженню частоти прееклампсії, особливо ранніх та тяжких її форм. Таким чином, один з механізмів профілактичної дії препарату Магне-В₆ пов'язаний з впливом на імунний стан вагітної, а саме змінює імунні показники цитокінового профілю, які сприяють більш нормальному перебігу вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мелліна І.М. Ускладнення вагітності у жінок з гіпертонічною хворобою: фактори ризику і профілактика // Вісник наукових досліджень. – 2003. – №1. – С. 50-51.
2. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.; Триада, 2003. – 816 с.
3. Савельева Г. М., Шалина Р. И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов // Акуш. и гинек. – 1998. – №5. – С. 6-9.
4. Мелліна І.М., Павловська Т.Л., Владимиров О.А., Тофан Н.І. Досвід використання Магне-В₆ в акушерській практиці // ПАГ. – 2002. – №2. – С. 119-123.
5. Vince G. S., Starkey P.M., Austgulen R., Kwiatowski D, Redman C.W.G. Interleukin-6, tumor necrosis factor and soluble tumor necrosis factor receptors in women with preeclampsia // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1995. – Vol. 102. – P. 20-25.
6. Sargent I.L., Sacks G.P., Knight M., Smarason A. Kr., Redman C.W.G.. Immunomodulation in Normal Pregnancy and Pre-Eclampsia // J.Reprod. Immunol. – 1999. – Vol. 15. – P. 198-204.
7. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. – К.: – Астро Принт, – 1999. – 465 с.
8. Астраух Н.В., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В., Кудряшова А.В. Характеристика иммунного ответа в интерфазе мать-плод при гестозе. // Медицинская иммунология. Сб. "Дни иммунологии в С.-Пб.2002". – 2002. – С. 272.
9. Pijnenborg R., McLaughlin P.J., Vercruysse L., Hanssens M., Johnson P.M., Keith Jr. J.C., Van Assche F.A. Immunolocalization of tumour necrosis factor- α (TNF- α) in the placental bed of normotensive and hypertensive human pregnancies // Placenta. – 1998. – Vol. 19. – P. 231-239.

УДК 618.39-053.8-055.25-08-059

Беседін В.М., Дорошенко-Кравчик М.В.

СТАН ГОРМОНАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У НЕМОЛОДИХ ПЕРШОРОДЯЧИХ. МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра акушерства і гінекології № 1

СТАН ГОРМОНАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У НЕМОЛОДИХ ПЕРШОРОДЯЧИХ. МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ – Дослідження проводилися у трьох групах жінок під час вагітності. I – основна група, сформована з 36 вагітних у віці 27 років і старших, що одержували протягом вагітності, поряд із традиційним лікуванням, системну ензимотерапію відповідно до рекомендованої схеми. II – контрольна, складалась із 38 немолодих першородячих, що одержували традиційне лікування без вазоактивних препаратів. III – порівняльна, у яку входило 35 вагітних жінок 27 років і старших з фізіологічним перебігом вагітності. Таким чином, проведені дослідження показали, що застосування системної ензимотерапії з лікувальною метою має кращий позитивний ефект, ніж традиційне лікування, про що свідчить нормалізація параметрів КТГ та підвищення біосинтезу естріолу.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ У НЕМОЛОДЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ. ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – Обследования проводились в трех группах беременных женщин на протяжении беременности. I – основная группа, сформированная из 36 беременных в возрасте 27 лет и старше, которая получала на протяжении беременности, наряду с традиционным лечением, системную энзимотерапию соответственно рекомендуемой схеме. II – контрольная, состояла из 38 немолодых первородящих, которая получала традиционное лечение без вазоактивных препаратов. III – сравнительная, в которую входило 35 беременных женщин 27 лет и старше с физиологическим течением беременности. Таким образом, проведенные

исследования показали, что применение системной энзимотерапии с лечебной целью имеет лучший позитивный эффект, чем традиционное лечение, о чем свидетельствует нормализация параметров КТГ и повышение биосинтеза эстриола.

STATUS OF HORMONAL FUNCTION OF PLACENTA IN ELDERLY PRIMIPARAS. POSIBILITIES OF COMPLEX THERAPY OF FETOPLANCENTAL INSUFFICIENCY – Investigations have been carried out on three groups of pregnant women during the gestation period. I – the main group, consisted of 36 pregnant women in age of 27 and over, who during their pregnancy received along with the traditional treatment a system enzymotherapy in accordance with the recommended scheme. II – control group, consisted of 38 elderly primiparas, who received traditional treatment without vasoactive preparations. III – comparative group, consisted of 35 pregnant women in age of 27 and over with physiological course of pregnancy. Thus, the investigations have shown, that application of system enzymotherapy for prophylaxis and treatment purposes produces a better positive effect than traditional treatment, which is testified by normalization of cardiocytography parameters and increased biosynthesis of estriol.

Ключові слова: немолоді першородячі, естріол, прогестерон, плацентарний лактоген, пролактин, вобензим.

Ключевые слова: немолодые первородящие, эстриол, прогестерон, плацентарный лактоген, пролактин, вобензим.

Key words: elderly primiparas, estriol, progesterone, placental lactigene, prolactin, wobenzyme.