

Література

1. Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство / Под ред. Проф. В.К. Чайки. – Донецк: ООО "Алматео", 2006. – С. 508-517.
2. Пирогова В.І., Склярова В.О. Ефективність та безпечність застосування місцевої терапії для корекції дисбіозу нижніх відділів статевих шляхів у вагітних // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №4/24. – С. 105-108.
3. Компендіум – 2006 – лікарські препарати: В 2 т./ за ред. В.М.Коваленка, О.П.Вікторова. – К.: МОПІОН, 2006. – 1126 с.
4. Наказ МОЗ України №906 "Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги "Перинатальні інфекції" від 27.12.2006.
5. WHO drug information, 1988, Т. 2, № 4, Р. 200-205.
6. Congenital and Perinatal Infections: Prevention, Diagnosis and Treatment / Mari-Louise Newell. – Cambridge University Press, 2000. – 343 p.

УДК 618.3:618.621.31

О.В. Кравченко, Є.С. Карлійчук

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РЕПРОДУКТИВНИХ ГОРМОНІВ ПРИ ВИКИДНІ,
ЩО НЕ ВІДБУВСЯ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РЕПРОДУКТИВНИХ ГОРМОНІВ ПРИ ВИКИДНІ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ. Обстежено 138 жінок з викиднем, що не відбувся. Визначали вміст гормонів: естрадіолу, прогестерону, пролактину, хоріонічного гонадотропіну. Встановлено, що при викидні, що не відбувся в ранні терміни гестації відмічається достовірне зниження рівнів хоріонічного гонадотропіну, прогестерону, естрадіолу. Найбільш значущим було зниження рівня хоріонічного гонадотропіну на 47,45% в 5-6 тижнів гестації та на 40,28% в 7-8 тижнів гестації. Особливо вираженим є зниження рівнів репродуктивних гормонів в терміні гестації 5-6 тижнів.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ НЕСОСТОЯВШЕМСЯ ВЫКИДЫШЕ. Обследовано 138 женщин с несостоявшимся выкидышем. Определяли состав гормонов: эстрадиола, прогестерона, пролактина, хорионического гонадотропина. Установлено, что при несостоявшемся выкидыше в ранние сроки гестации наблюдается достоверное понижение уровней хорионического гонадотропина, прогестерона, эстрадиола. Наиболее ощутимым было понижение уровня хорионического гонадотропина на 47,45 % в 5-6 недель гестации и на 40,28 % в 7-8 недель гестации. Особенно выраженным есть понижение уровней репродуктивных гормонов в сроке гестации 5-6 недель.

PECULIARITIES OF CHANGES OF REPRODUCTIVE HORMONES IN CASE OF MISSED 138 women with missed abortion were examined. The content of hormones was determined: estradiole, progesteron, prolactine, chorionic gonadotropine. The reduction of the levels of chorionic gonadotropine, progesteron, estradiole was found to take place in case of missed abortion in the early terms of gestation. The reduction of the level of chorionic gonadotropine was the most marked on 47,45 % in the 5-6 weeks of gestation and on 40,28 % in the 7-8 weeks of gestations. The reduction of levels of reproductive hormones is especially marked during the 5-6 weeks of gestation.

Ключові слова: репродуктивні гормони, викидень, що не відбувся.

Ключевые слова: репродуктивные гормоны, несостоявшийся выкидыш.

Key words: reproductive hormones, missed abortion.

ВСТУП. Серед акушерських ускладнень, що не мають тенденції до зниження, велику частку займає невиношування (10-26%), а в його структурі – викидень, що не відбувся (8-12%). Затримка в матці плідного яйця, що не розвивається негативно впливає на стан здоров'я жінки і, навіть загрожує її життю, частіше всього внаслідок важких гемостазіологічних порушень. До 75% репродуктивних втрат при викидні, що не відбувся припадає на ембріональний період.

Мета дослідження – вивчити особливості функціонального стану децидуально-трофобластичної системи за рахунок змін рівнів репродуктивних гормонів у здорових вагітних та жінок із викиднем, що не відбувся саме в I триместрі гестації.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Нами проаналізовано особливості перебігу вагітності у 138 жінок з викиднем, що не відбувся в терміні 5-8 тижнів. Жінки з важкою екстрагенітальною патологією

були виключені з дослідження. Нами було визначено вміст гормонів: естрадіолу, прогестерону, пролактину, хоріонічного гонадотропіну у крові 60 жінок, довільно обраних з основної групи вагітних (138 осіб). До контрольної групи входили 60 вагітних із неускладненим перебігом гестації.

Визначали рівні гормонів методом радіоімунного аналізу. Дослідження виконувались на радіоімунному комплексі "Гамма-1" згідно інструкцій до тест-систем. Всі дані були занесені в спеціально розроблені карти. Статистичний матеріал оброблено за допомогою програмного пакету Microsoft Excel for Office 2000.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік вагітних основної групи становив $26 \pm 1,1$ року, з них від 18 до 35 років було 116 (84,06%) жінки. Першовагітні склали 41,30% (57), повторно вагітні 58,70% (81). З них нормальні пологи в анамнезі мала 51 (36,95%) жінка, патологічні – 8 (5,80%) пацієнток. В анамнезі одні пологи були у 34 (26,64%) жінок, двоє пологів у 12 (8,70%), а 3 і більше пологів у 15 (10,78%). У 27 (19,57%) пацієнток анамнез ускладнився мимовільними викиднями, у 39 (28,26%) штучними абортми, у 3 (2,17) викиднем, що не відбувся, у 2 (1,45%) жінок спостерігались перинатальні втрати.

Гінекологічні захворювання мали 37 (26,81%) жінок, з них порушення оваріально – менструального циклу констатовані у 21 (15,21%) пацієнтки, запальні захворювання у 16 (11,60%). Екстрагенітальна патологія діагностована у 62 (44,93%) жінок основної групи: захворювання серцево – судинної системи складала 10 (7,25%) випадків, дихальної – 7 (5,07%), ШКТ у 18 (13,04%), сечостатевої системи – 20 (14,50%), ендокринної патології у 7 (5,07 %) жінок.

Аналіз гормонального статусу вагітних із викиднем, що не відбувся показав, що вміст прогестерону у плазмі крові вагітних основної групи був вірогідно нижчим порівняно з контролем на 17,6% в терміні 5-6 тижнів вагітності та на 15,56% в терміні 7-8 тижнів ($p < 0,05$) (таб.1) Це свідчить про недостатність гормональної функції як жовтого тіла, так і децидуально-трофобластичного комплексу, що формується.

Таблиця 1. Рівень прогестерону в сироватці крові вагітних основної та контрольної груп у I триместрі гестації, нмоль/л ($M \pm m$)

Показники, що вивчалися	Основна група n=60	Контрольна група n=60
Термін вагітності 5-6 тиж.	$79,36 \pm 3,87^*$	$96,31 \pm 2,12$
Термін вагітності 7-8 тиж.	$84,56 \pm 3,88^*$	$100,14 \pm 3,48$

Примітка. * – $p < 0,05$ в порівнянні з контролем.

Вміст пролактину в крові жінок основної групи складав $25,20 \pm 3,83$ нмоль/л в 5-6 тижнів гестації, в контролі – $18,51 \pm 1,47$ нмоль/л ($p < 0,05$); в 7-8 тижнів – $25,21 \pm 2,37$ нмоль/л, в контролі – $18,66 \pm 1,90$ нмоль/л ($p < 0,05$). Таким чином, вміст пролактину у жінок досліджуваних нами груп (5-6 та 7-8 тижнів вагітності) різнився в межах 28,50% та 27% відповідно. За даними результатів лабораторних обстежень, концентрація хоріонічного гонадотропіну в плазмі крові вагітних основної групи в 5-6 тижнів складала $45,62 \pm 1,42$ мМО/мл, в контролі $96,14 \pm 3,24$ мМО/мл ($p < 0,05$); в терміні 7-8 тижнів відповідно $59,71 \pm 2,27$ мМО/мл, $148,22 \pm 9,21$ мМО/мл ($p < 0,05$). Нами також виявлено, що концентрація естрадіолу в сироватці крові вагітних основної групи була нижчою на момент обстеження в I триместрі, що відрізнялось від контрольної групи відповідно на 26,18% у 5-6 тижнів гестації, і на 20,43% – у 7-8 тижнів ($p < 0,05$) (табл. 2).

При вивченні взаємозв'язків гормональних показників в основній групі було встановлено, що рівень естрадіолу в 5-6 тижнів гестації помірно корелював із рівнем цього ж гормону в 7-8 тижнів ($r = 0,47$; $p < 0,05$). Рівень пролактину в 5-6 тижнів вагітності корелював із концентрацією естрадіолу в 7-8 тижнів ($r = 0,62$; $p < 0,05$), та – із концентрацією пролактину, виміряною в терміні 7-8 тижнів вагітності ($r = 0,48$; $p < 0,05$). Порушення гормональної функції трофобластично-децидуального комплексу, які оцінюються по зміні рівня гормонів, що продукуються ним, лежать в основі патогенезу різноманітних ускладнень вагітності, в тому числі викидня, що не відбувся.

ВИСНОВКИ. 1. При викидні, що не відбувся в ранні терміни гестації нами діагностовано достовірне зниження рівнів хоріонічного гонадотропіну, прогестерону, естрадіолу.

2. Найбільш значущим було зниження рівня хоріонічного гонадотропіну на 47,45% в 5-6 тижнів гестації та на 40,28% в 7-8 тижнів гестації.

3. Особливо вираженим є зниження рівнів репродуктивних гормонів в терміні гестації 5-6 тижнів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Продовжувати роботу із пошуку кореляції між показниками гормонів трофобластично-децидуального комплексу для прогнозу розвитку ускладнень вагітності, в тому числі викидня, що не відбувся.

Таблиця 2. Рівень естрадіолу в сироватці крові вагітних основної та контрольної груп, нмоль/л ($M \pm m$)

Показники, що вивчалися	Основна група n=60	Контрольна група n=60
Термін вагітності 5-6 тиж.	$6,54 \pm 0,62^*$	$8,86 \pm 0,32$
Термін вагітності 7-8 тиж.	$7,83 \pm 1,78^*$	$9,84 \pm 0,24$

Примітка. * – $p < 0,05$ в порівнянні з контролем.

Література

1. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности. – М., 2007
2. Несяева Е.В. Неразвивающаяся беременность: этиология, патогенез, клиника, диагностика // Акушерство и гинекология – 2005. – №2. – С. 3-7.
3. Буткова О.И., Хоминская З.Б. Характеристика гормонального статуса у женщин с наличием погибшего плода в матке в зависимости от срока беременности // Репродуктивное здоровье женщины – 2003. – №1. – С. 35-37.
4. Доброхотова Ю.Э., Савченко Т.Н. Неразвивающаяся беременность: Учебно-методическое пособие. Под ред. О.В. Макарова. – М: РГМУ, 2002. – С. 5-10.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М., 2002.

УДК 618.5-0846618.5-036.3

О.П. Гнатко, Н.О. Захаренко

**ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЖІНОК
З ПАТОЛОГІЧНИМ ПРЕЛІМІНАРНИМ ПЕРІОДОМ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЧНИМ ПРЕЛІМІНАРНИМ ПЕРІОДОМ
Проведена зрівняльна оцінка ефективності застосування при лікуванні патологічного прелімінарного періоду гініпралу та інстенону в залежності від ступеня зрілості шийки матки і характеру скорочувальної функції матки. У жінок з "незрілою" шийкою матки доцільне проведення тривалого токолізу гініпралом, з "недостатньо зрілою" – лікування інстеноном. Використання даних препаратів дозволило знизити частоту розвитку аномалій пологової діяльності.

ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ РОДОВОЇ ДЕЯТЕЛЬНОСТІ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕЛИМИНАРНЫМ ПЕРИОДОМ. Проведена сравнительная оценка эффективности применения при лечении патологического прелиминарного периода гинипралом и инстеноном в зависимости от степени зрелости шейки матки и характера сократительной функции матки. У женщин с "незрелой" шейкой матки целесообразно проведение продолжительного токолиза гинипралом, с "недостаточно зрелой" – лечение инстеноном. Использование данных препаратов разрешило снизить частоту развития аномалий родовой деятельности.

ANOMALY PROPHYLAXIS OF LABOR FUNCTION IN WOMEN WITH PATHOLOGIC PRELIMINARY PERIOD Comparative effectiveness evaluation of ginipral and instenon administration in treatment of pathologic preliminary period, depending on maturity of cervix of uterus and character of contractive function of uterus was held. For women with "not mature" cervix of uterus it is more appropriate to do a long term tocolytic therapy with the use of ginipral, and treatment by instenon in women with "not enough mature" cervix of uterus. Use of listed drugs led to decrease of anomaly frequency in labor functions.

Ключові слова: патологічний прелімінарний період, аномалії пологової діяльності, профілактика.

Ключевые слова: патологический прелиминарный период, аномалии родовой деятельности, профилактика.

Key words: pathologic preliminary period, anomaly of labor function, prophylaxis.

ВСТУП. Проблема порушень скорочувальної діяльності матки в пологах залишається однією з найважливіших в акушерстві, тому що вони є провідною причиною перинатальної захворюваності і смертності та сприяють виникненню значного спектра ускладнень у матері [1, 2, 3, 4].

В наш час аномалії скорочувальної діяльності розглядають як одну з форм порушення інтеграції між пусковим механізмом пологів і станом органу-мішені (готовністю матки та шийки до пологів [5, 6, 7, 8]. Випередження готовності матки до пологів в співставленні з уповільненням процесу "дозрівання" шийки матки формують в подальшому своєрідну скоротливу діяльність матки, що

тракується як патологічний прелімінарний період (ППП). ППП є найбільше частим ускладненням, що передує розвитку аномалій пологової діяльності. При клінічно вираженому підготовчому періоді відмічають порушення добового ритму сну і психоемоційного стану вагітної, дискоординовані тривалі скорочення міометрія з підвищенням його базального тону, що не сприяють структурним змінам шийки матки [1, 4, 8, 9].

Пологи при "незрілій" шийці матки супроводжуються більшою частотою виникнення слабкої та дискоординованої пологової діяльності, несвоєчасним розривом плідного міхура, високим відсотком оперативних втручань, насамперед кесарсь-