

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

заднього розміру матки в ранньому пубертаті й відсутність їх зростання, починаючи з 16-літнього віку, може бути критерієм необхідності призначення коригувальної терапії дівчатам з аменореями центрального генезу з метою профілактики виникнення порушень репродуктивної системи в подальшому та лікування по-

рушень репродуктивної функції в підлітковому віці.

Перспективи подальших досліджень.

Визначення функціонального стану гіпофізарно-яєчникової системи дасть можливість проводити регуляцію менструальної функції у дівчаток-підлітків з гіпоестрогенемією.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М., 2000. – С. 205-259.
2. Богданова Е.А. Половое созревание здоровых девочек // Профилактика, раннее выявление и лечение нарушений полового развития у девочек и девушек. – М., 1989. – С. 3-11.
3. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. – С.-Пб., 1993. – С. 20-21.
4. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. – М.: Медицина, 1990. – С. 12-15.
5. Мартыш Н.С., Кузнецова М.Н., Кулаков В.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста. – М.: Медицина, 1994.

6. Е.М. Вихляева. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Мед. информац. агенство. – 2002.
7. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – С. 227-238.
8. Apter D., Butzow T.L., Laughlin G.A., Yen S.S.C. Gonadotropin-releasing hormone pulse generator activity during pubertal transition in girls: pulsatile and diurnal patterns of circulating gonadotropins // J. Clin. Endocrinol. Metab.: 940. – 1993. – P. 76
9. Kerrigan J.R., Rogol A.D., The impact of gonadal steroid hormone action on growth hormone secretion during childhood and adolescence // Endocr. Rev. – 1992. – 13: -P. 281, 1992.

MODERN METHODS OF AMENORRHEA DIAGNOSTIC AT ADOLESCENT GIRLS

©Н.М. АВАВКОВА

Ukrainian Children Specialized Hospital "OKHMATDYT", Kyiv

SUMMARY. The results of examination 168 adolescent girls with primary and secondary amenorrhea of a central genesis are introduced. The contents of gonadotropic and sexual hormones in blood, as well as morphological and functional condition of internal genitals have been studied. The received data make it possible to evaluate the condition of reproductive function of the adolescent girls, to reveal opportunely the dismissals of their puberty and necessity of administration of correcting therapy.

KEY WORDS: amenorrhea, adolescent girls.

УДК:618.3-06:616.441-008.61]0.92:612.0/5.11

СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЗАХИСТУ І ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ВАГІТНИХ ПРИ ГІПЕРФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

©І.В. Афанасьєв

Харківський державний медичний університет

РЕЗЮМЕ. Проведено обстеження 160 вагітних жінок, з них 130 жінок з гіперфункцією щитоподібної залози (ЩЗ), з них 30 вагітних отримували базисну терапію, 100 вагітних отримували додаткову комплексну терапію. Визначена роль зростання активності перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантної системи (АОС) захисту у виникненні ускладнень вагітності та пологів при гіперфункції ЩЗ. Доведено, що впровадження розробленої комплексної терапії сприяє нормалізації процесів ПОЛ і АОС захисту у вагітних з гіперфункцією ЩЗ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, гіперфункція щитоподібної залози, перекисне окислення ліпідів.

Вступ. Екстрагенітальні захворювання займають важливе місце у структурі ускладнень вагітності та пологів [1,3]. Тиреотоксикоз, обумовлений дифузним токсичним зобом або

автоімунним тиреоїдитом, належить до найпоширеніших станів, що ускладнюють перебіг вагітності та пологів [2]. Проблема тиреотоксикозу у вагітних набула особливої значимості в Україні

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

у зв'язку з ситуацією, що склалася після аварії на Чорнобильській АЕС. На сьогодні відомо, що тиреотоксикоз під час вагітності підвищує ризик передчасного переривання вагітності, настання передчасних пологів та розвитку прееклампсії. Також помічено підвищення частоти неонатальної смертності та народження дітей із дефіцитом маси тіла. Декомпенсований тиреотоксикоз може спричинити серцево-судинну недостатність, розвиток тиреотоксичного кризу під час пологів [4].

Переривання вагітності в терміни до 12 тижнів або субтотальна резекція ЩЗ не є оптимальними варіантами вирішення цієї проблеми. Наявні на сьогодні дані про застосування тиреостатиків (мерказолілу) при тиреотоксикозі у вагітних не дозволяють оцінити вплив цього стану на перебіг вагітності та пологів.

З огляду на ту обставину, що вагітність є протипоказанням до призначення цілої низки препаратів, вважаємо за доцільне вивчити частоту й тяжкість ускладнень перебігу вагітності та пологів у жінок з гіперфункцією ЩЗ та механізм їх виникнення. Це дасть можливість удосконалити фармакологічну корекцію ендокринних й обмінних порушень у даного контингенту вагітних.

Мета дослідження. Удосконалити методи ранньої діагностики та лікування вагітних з гіперфункцією ЩЗ на підставі вивчення патогенетичних механізмів розвитку ускладнень перебігу процесу гестації та пологів.

Матеріал і методи дослідження. Для вирішення поставленої мети обстежено 160 вагітних у віці від 20 до 39 років. Спостереження проводили із 6 тижнів вагітності до пологів включно. Умовою проведення досліджень була відсутність вираженої екстрагенітальної патології до настання вагітності, яка передбачає призначення додаткового лікування, за винятком гіперфункції ЩЗ.

Всі вагітні були розподілені на три групи. Контрольну групу (I) склали 30 жінок з нормаль-

ною функцією ЩЗ і фізіологічним перебігом вагітності, пологів.

У 130 вагітних мала місце гіперфункція ЩЗ за клінічними даними й гіпертрофія ЩЗ за даними УЗД. Вони склали основну групу, яка залежно від проведеної терапії була розподілена на дві групи: II група – 30 вагітних з гіперфункцією ЩЗ, яким, починаючи з 7-го тижня гестації, призначалась базисна терапія - 15-20 мг мерказолілу за добу на 3-4 прийоми, а також полівітамінний препарат "Мультитабс" по 1 драже на день. Лікування тривало до 36-го тижня вагітності. III група – 100 вагітних, які, крім базисної терапії, отримували препарат "Мілдронат" в дозі 500 мг на добу, α -токоферолу ацетат 100 мг на добу, есенціале 3 капсули на добу на 3 прийоми, настойку валеріани по 20 капель 3 рази на добу.

Верифікація клінічного діагнозу проводилася за даними УЗД ЩЗ і зміни рівнів тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну (Т3) і тетрайодтироніну (Т4) у сироватці крові вагітних за допомогою імуноферментного аналізатора "Multiscan". Дослідження проводилося однократно при встановленні діагнозу тиреотоксикозу.

Для УЗД жінок був використаний ультразвуковий апарат "SIEMENS" SonoLine Si-1450 (Франція).

Вивчення стану ПОЛ та АОС проводилося шляхом визначення рівня дієнового кон'югату, малонового діальдегіду, гідроперекисів ліпідів і супероксиддисмутази (СОД). Визначення проводилося в термінах 6-12 та 29-36 тижнів вагітності.

Статистичну обробку матеріалу здійснювали на комп'ютері "Pentium IV" за допомогою програми "MS Excel 2003".

Результати й обговорення. При вивченні стану ПОЛ АОС захисту у жінок з нормальною і підвищеною функцією ЩЗ було встановлено, що у вагітних II групи спостерігалась активація процесів ПОЛ в сироватці крові порівняно з нор-

Таблиця 1. Значення показників ПОЛ і АОС захисту в обстежених вагітних у терміні 29 - 36 тижнів

Біохімічні показники	I (контрольна група)	II група	III група
Дієнові кон'югати (мкмоль/л)	0,095 ± 0,002	0,127 ± 0,003*	0,097 ± 0,004
Гідроперекиси ліпідів (умов. од.)	0,214 ± 0,023	0,298 ± 0,014*	0,212 ± 0,017
Малоновий діальдегід (мкмоль/л)	0,044 ± 0,008	0,064 ± 0,002*	0,046 ± 0,005
СОД (% блок.)	13,02 ± 0,95	6,28 ± 0,78*	12,59 ± 0,87

Примітка: * - $p < 0,01$ порівняно з вагітними I контрольної групи.

мою (табл. 1).

Отримані результати вказують на пригноблення АОС захисту і порушення рівноваги між ПОЛ і АОС захисту.

Кореляційного аналіз між рівнями тиреоїдних гормонів і значеннями показників ПОЛ і АОС виявив їх чіткий взаємозв'язок (табл. 2). За результатами кореляційного аналізу видно, що

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

підвищений рівень Т4 і знижений рівень ТТГ у вагітних II групи спричиняє активацію процесів ПОЛ і недостатність АОС захисту організму.

Результати вивчення стану АОС захисту і ПОЛ у жінок III групи свідчать, що розширення об'єму комплексної терапії дає можливість пригнічувати утворення початкових- дієвих кон'югатів, проміжних- гідроперекисів ліпідів і кінцевих - малонового діальдегіду продуктів ПОЛ до рівня

вагітних з нормальною функцією ЩЗ (табл. 1).

Крім того, застосування додаткової комплексної терапії дало можливість підвищити активність СОД до рівня вагітних із нормальною функцією ЩЗ.

Додаткова комплексна терапія у вагітних з гіперфункцією ЩЗ істотно впливає на першу ланку АОС захисту від супероксидних іонів кисню - найбільш токсичних сполук ПОЛ. Розширення за-

Таблиця 2. Значення коефіцієнта кореляції (r) між рівнями тиреоїдних гормонів і показниками ПОЛ і АОС захисту у вагітних II групи в терміні 29-36 тижнів

Тиреоїдні гормони	Показники ПОЛ і АОС захисту			
	Дієнові кон'югати	Гідроперекиси ліпідів	Малоновий діальдегід	СОД
ТТГ	- 0,38*	- 0,42*	- 0,51*	0,05
Т3	0,02	0,01	0,02	- 0,03
Т4	0,49*	0,56*	0,57*	- 0,49*

Примітка: * - p < 0,05.

гальноприйнятої терапії за рахунок запропонованого комплексу дозволяє підвищити активність біоантиоксидантів, які існують в організмі вагітної, до рівня вагітних з нормальною функцією ЩЗ.

Методом кореляційного аналізу виявлено негативний зв'язок між нормальним рівнем ТТГ і зниженим вмістом дієнових кон'югатів, гідропе-

рекисів ліпідів і малонового діальдегіду, а також позитивний зв'язок з підвищенням рівня СОД.

Разом з тим, мав місце позитивний зв'язок між зниженим рівнем Т4 і зниженим вмістом дієнових кон'югатів, гідроперекисів ліпідів і малонового діальдегіду, а також негативний зв'язок з підвищенням рівня СОД (табл. 3).

Таблиця 3. Значення коефіцієнта кореляції (r) між рівнями тиреоїдних гормонів (ТТГ, Т3 і Т4) і показниками ПОЛ й АОС захисту у жінок III групи в терміні 29-36 тижнів

Тиреоїдні гормони	Показники ПОЛ і АОС захисту			
	Дієнові кон'югати	Гідроперекиси ліпідів	Малоновий діальдегід	СОД
ТТГ	- 0,41*	- 0,54*	- 0,52*	0,59*
Т3	0,05	0,04	0,07	- 0,09
Т4	0,57*	0,62*	0,71*	- 0,68*

Примітка * - p < 0,05

Це вказує на те, що комплексна терапія нормалізує як вміст тиреоїдних гормонів, так і функцію АОС захисту організму, за рахунок чого в терміні 29-36 тижнів вагітності досягається фізіологічний перебіг процесів ПОЛ.

Висновки. 1. Впровадження розробленої комплексної терапії вагітних з гіперфункцією ЩЗ сприяє зменшенню числа ускладнень процесу гестації та пологів.

2. В генезі ускладнень перебігу вагітності у жінок з гіперфункцією ЩЗ провідну роль відігра-

ють мембранодестабілізуючі процеси та їхні реалізуючі фактори. Серед механізмів дестабілізації клітинних мембран значне місце належить процесам пероксидації мембранних ліпідів, абсолютному та відносному дефіциту активності першої ланки АОС захисту організму.

Перспективи подальших досліджень. Будуть отримані нові наукові факти, які дадуть змогу покращити результати лікування вагітних при гіперфункції щитоподібної залози.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Щитовидная железа и беременность / Л.Е. Мурашко, Г.А. Мельниченко, Н.И. Клименченко и др. // Пробл. беременности. - 2000.- № 1.- С. 4-11.
2. Щербак А.Ю. Патогенетичне обґрунтування

- лікування невиношування вагітності при захворюваннях щитовидної залози // Педіатрія, акушерство та гінекологія.- 2001.- № 3.- С. 76-79.

3. Течение беременности и исходы родов у жен-

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

щин с диффузным токсическим зобом / Н.В. Шидловская, Ф.Ф. Бурумкулова, В.А. Петрухин и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога.- 2003.- Т. 3, № 3.- С. 35-38.

4. Варламова Т.М., Шехтман М.М. Профилактика и лечение тиреоидной патологии во время беременности //Акушерство и гинекология.- 2002.- № 3. - С. 57-58.

CONDITION OF ANTIOXIDANT PROTECTION SYSTEM AND LIPID PEROXIDATION IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERFUNCTION OF THYROID GLAND

©I.V. Afanasyev

Kharkiv State Medical University.

SUMMARY. There have been examined 160 pregnant women, 130 of those with hyperfunction of thyroid, 30 of them received the basic therapy, and 100 pregnant women received the additional complex therapy. The role of the increasing activity of lipid peroxidation and antioxidant protection system in occurrence the pregnancy and delivery complications due to thyroid hyperfunction has been determined. It has been proved that introduction of the developed complex therapy promotes the normalization of lipid peroxidation and antioxidant protection system processes in the pregnant women with thyroid hyperfunction.

KEY WORDS: pregnancy, hyperfunction of thyroid gland, lipid peroxidation.

УДК 618.346 - 007.25/:614.47

ІМУНІЗАЦІЯ ЛІМФОЦИТАМИ ЧОЛОВІКА ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНОГО РОЗРИВУ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ

©Л.В. Бегаль, Т.А. Юзько

Буковинський державний медичний університет

РЕЗЮМЕ. Проведено аналіз перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених від жінок з групи ризику виникнення передчасного розриву плодових оболонок, яким під час вагітності проводили імунізацію лімфоцитами чоловіка. Встановлено позитивний вплив даного методу на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду. Відмічено зниження частоти ПРПО при строкових пологах, а найбільш суттєво – при передчасних. Впровадження методу дало можливість знизити частоту передчасних пологів у загальній популяції. Доведено відсутність негативного впливу запропонованого методу на плід та новонародженого. КЛЮЧОВІ СЛОВА: передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, імунізація лімфоцитами чоловіка.

Вступ. Передчасний розрив плодових оболонок був і залишається важливою проблемою сучасного акушерства [6]. Досить сказати, що саме він у кожному третьому випадку є причиною передчасних пологів [4]. А останні – це народження немовлят з малою вагою та розвиток респіраторного дистрес-синдрому у зв'язку з незрілістю легеневої тканини. Крім того, доповне відходження навколоплідних вод спричиняє інфікування як організму плода, так і організму матері, внаслідок чого виникає проблема гнійно-септичних ускладнень.

Актуальність проблеми полягає ще й у тому, що, незважаючи на широке впровадження в клінічну практику нових діагностичних та лікувальних засобів, частота передчасного розриву плодових оболонок не має тенденції до зниження [1, 3].

На попередньому етапі нашого дослідження ми вивчили особливості імунного статусу жінок з ПРПО та імуносупресивних властивостей пло-

дових оболонок. Однозначно дійшли висновку про вирішальну роль імунологічних змін у системі "мати-плід" у генезі передчасного розриву плодових оболонок.

Мета дослідження. Вивчити клінічну ефективність запропонованого методу профілактики передчасного розриву плодових оболонок під час вагітності.

Матеріал і методи дослідження. Для проведення дослідження нами відібрані 256 вагітних, які знаходилися на початку третього триместру вагітності й були віднесені до групи ризику виникнення ПРПО згідно з бальною оцінкою ступеня ризику ускладнення, розробленою проф. О.М. Юзьком (1991) [5].

Вагітні були поділені на дві групи: I – основна, до якої ввійшли 126 жінок з групи ризику виникнення ПРПО і яким під час вагітності, а саме на 30-31 тижні, провели профілактику даного ускладнення шляхом імунізації лімфоцитами чоловіка. До II групи (контроль) було відне-