вания в акушерско-гинекологической практике // Акуш. и гин. - 1976. - № 12. - С. 65-68.

7. Кирилова Е.А., Курбанова А.Г., Трепаков Е.А. Клинико-генетические исследования при пороках развития мочеполовой системы у женщин // Акуш. и гин. - 1973. - № 5. - С. 41-43.

8. Кривич И.П. Особенности дерматоглифических показателей у девочек и девушек с гиперандрогенией неясного генеза // Акуш. и гин. - 1987. - № 9. - С. 57-58.

9. Особенности дерматоглифики при внутриутробной гипотрофии / Е.В. Неудахин, С.В. Лукянова, Н.А. Борисова, В.Г. Солониченко // Вопр. акуш. и перинат. медицины. - 1992. - № 2-3. - С. 33-34.

10. Акопян Г.Р. Деконденсація конструктивного гетерохроматину як вірогідна причина формування генокопій С-поліморфних варіантів хромосом // ПАГ. - 2005. - № 6. - С. 37-43.

11. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.П. Грипин, Т.Н. Сенчакова // Акуш. и гин. - 2001. - № 3. - С. 39-43.

12. Никитин Ю.П., Лисиченко О.В., Коробкова Е.Н. Клинико-гениалогический метод в медицинской генетике. - Новосибирск: Наука, 1983. - 102 с.

13. Кулешов Н.П. Современньїе проблеми клинической цитогенетики. - М., 1991. - 164 с.

14. Caspersson T., Lomkka G. Lech J. 24 fluorescence patterns of human metaphase chromosome hereditas. - 1971. - V. 67. - P. 89-102.

15. Цитогенетический метод в диагностике репродуктивных потерь / О.Н. Андрушенко, В.Т.Германов, Е.В. Сорокина, О.С. Кузюбердина // Зб. наукових праць, вип. 13. - Київ - Луганськ, 2006. - С. 197-205.

16. Возрастная зависимость частоты хромосомных аберраций, определяемых методом FJSH в лимфоцитах здоровых доноров и лиц, подвергшихся неконтролируемому облучению в малых дозах / А.Н. Воробцова, Н.М. Тимофеева, А.Н. Богомазова, А.В. Семенов // Успехи геронтологии. - 2003. - № 4. - С. 125-129.

GENETIC ASPECTS AT WOMEN WITH PELVIC ORGAN PROLAPSE

©A.P. Hryhorenko, O.H. Shymanska, N.I. Karpekina

Vinnytsia National Medical University by M. Pyrohov

SUMMARY. The influence of genetic factors at the women with pelvic organ prolapse has been investigated. It has been established that the genetic part consists by the data of dermatoglyphics - 48,8 %, genealogy - 73,3 % and cytogenetics - 24,0 %.

KEY WORDS: pelvic organ prolapse, dermatoglyphics, gen

УДК: 618.3-06:616.147-007.64]:618.14+618.34/.36]-005-07

ОСОБЛИВОСТІ КРОВОТОКУ СИСТЕМИ „МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД” У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ ПОЯВИ ЇЇ СИМПТОМІВ

©А.В. Жарких, В.Г. Сюсюка, Д.Є. Барковський, К.Ю. Нерянов, С.П. Онопченко

Запорізький державний медичний університет

РЕЗЮМЕ. В результаті проведеного доплерометричного дослідження у вагітних з варикозною хворобою виявлені гемодинамічні порушення матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу. Такі зміни мали більш виражений характер у жінок, симптоми варикозної хвороби у яких виникли під час теперішньої вагітності. Вищезазначені зміни обумовлені зниженням діастолічного компонента кровотоку та є наслідком підвищення судинного опору у системі „мати-плацента-плід”.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, варикозна хвороба, доплерометрія.

Вступ. Варикозна хвороба являє собою захворювання усієї судинної системи, що має різноманітні клінічні прояви та часто сприяє ускладненому перебігу гестації [2]. Високий ризик виникнення акушерських і перинатальних ускладнень передусім пов’язаний з варикозною хворобою (ВХ), коли мають місце більш виражені зміни кровопостачання органів репродуктивної системи [3]. Наявність екстрагенітальних захворювань та ускладнень вагітності, що можуть бути обумовлені нею, часто спричиняється до змін у плаценті, тим самим порушуючи її функцію з негативним впливом на стан утробного плода. Гемодинамічні процеси у системі „мати-плацента-плід” є одним з провідних чинників, які забезпечують фізіологічний перебіг вагітності, ріст та розвиток плода [4].

Мета дослідження. Вивчити стан матково-плацентарної та плодово-плацентарної гемодинаміки у вагітних з варикозною хворобою і залежно від терміну появи її симптомів.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено обстеження 58 жінок у пізньому терміні вагітності: I – 16 вагітних з варикозною хворобою, прояви якої обумовлені теперішньою вагітністю; II – 19 вагітних з варикозною хворобою, симптоми якої виникли під час попередньої вагітності або не обумовлені вагітністю взагалі; контрольна група – 23 соматично здорові вагітні жінки. Достовірної різниці за віком та соціальним складом встановлено не було. Дослідження стану матково-плацентарної та плодово-плацентарної гемодинаміки здійснювалось на ультразвуковому апараті „Logiq 400 CL" (США). При цьому здійснене доплерівське кольорове картування маткових артерій (МА), артерії пуповини (АП) та середньої мозкової артерії плода (СМА) з визначенням середньої швидкості кровотоку. Оцінку кривих швидкостей кровотоку здійснювали шляхом визначення систоло-діастолічного відношення (СДВ), пульсаційного індексу (ПІ), індексу резистентності (РІ). Критеріями порушення кровообігу у судинах системи „мати-плацента-плід" вважали значення СДВ у маткових артеріях - 2,4 і вище, в артерії пуповини – 3,0 і вище та в середній мозковій артерії – 2,3 і вище [1, 6, 7]. Для статистичної обробки використовувалась програма „Microsoft Excel".

Результати й обговорення. На підставі дослідження кровотоку у матковій артерії встановлено достовірне збільшення показників, які характеризують систоло-діастолічне відношення (СДВ), індекс резистентності (РІ) та пульсаційний індекс (ПІ) у вагітних з варикозною хворобою (2,24±0,07, 1,0±0,05 та 0,54±0,02) порівняно з відповідними показниками контрольної групи (1,75±0,05, 0,67±0,04 та 0,42±0,01). При дослідженні кровоплину у артерії пуповини встановлено достовірне ($p<0,001$) збільшення СДВ (2,62±0,09) та РІ (1,18±0,04) у вагітних з варикозною хворобою у порівнянні з відповідними показниками контрольної групи (1,97±0,02 та 0,82±0,01). Виявлені зміни кровоплину в артерії пуповини у вагітних з варикозною хворобою свідчать про зростання судинного опору плацентарного русла. Середню мозкову артерію вважають оптимальною судиною для доплерометричного дослідження головного мозку плода [5]. При її дослідженні нами встановлено достовірне ($p<0,02$) зростання СДВ (2,24±0,02) та РІ (1,08±0,02) у вагітних з ВХ порівняно з вагітними у контрольній групі (2,18±0,02 та 1,0±0,02). Результати дослідження СДВ у групах дослідження залежно від терміну появи симптомів варикозного розширення вен представлені на рисунку 1. Дослідивши стан гемодинаміки у матковій артерії та артерії пуповини, ми встановили достовірне збільшення СДВ та ПІ у вагітних I групи порівняно з відповідними показниками контрольної ($p<0,03$) та II груп ($p<0,03$). Порушення кровотоку у матковій артерії, що характеризувалися зростанням СДВ вище 2,4, мали місце у 63 % вагітних з ВХ.

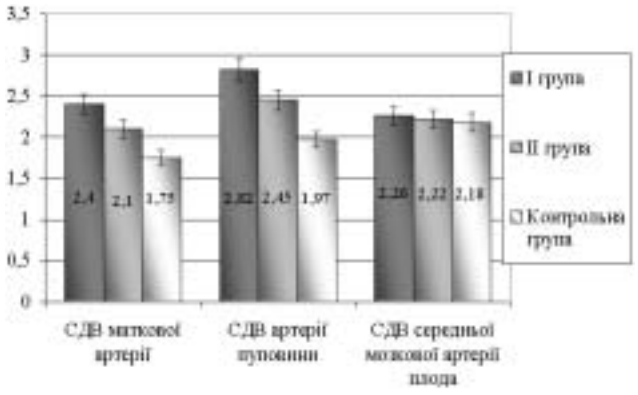

Рис.1. Результати дослідження СДВ у матковій артерії, артерії пуповини та середній мозковій артерії плода у групах спостереження.

Вищезазначені зміни СДВ у матковій артерії були діагностовані у 81,3 % вагітних I групи та у 47,4 % II групи. У контрольній групі порушення кровотоку у матковій артерії діагностовано у 2 (8,7 %) вагітних. У 10 (28,6 %) вагітних з ВХ, на тлі змін у матковій артерії, виявлені порушення в артерії пуповини зі зростанням показника СДВ вище 3,0. Так, зростання СДВ у I групі були діагностовані у 43,7 % вагітних та у 15,8 % вагітних II групи. При дослідженні середньої мозкової артерії плода ми не встановили достовірної різниці між групами спостереження. Однак у 28,6 % вагітних встановлена компенсаторна централізація кровообігу плода зі зростанням СДВ вище 2,3. Порушення кровотоку у середній мозковій артерії плода у I групі виявлені у 37,5 % вагітних та у 21,1 % - у II групі. У контрольній групі порушень в артерії пуповини та середній мозковій артерії виявлено не було. Слід зауважити, що збільшення вищезазначених показників у матковій артерії, артерії пуповини та середній мозковій артерії плода обумовлено саме зниженням діастолічного компонента кровотоку.

Висновки. 1. На підставі проведеного дослідження встановлено, що у вагітних з варикозною хворобою мають місце порушення кровоплину у системі „мати-плацента-плід", які характеризуються станом судинної резистентності і зниженням плацентарної перфузії у 63 % вагітних як наслідок порушення кровотоку у матковій артерії.

2. У жінок, у яких симптоми ВХ обумовлені теперішньою вагітністю, порушення кровотоку у

матковій артерії сприяло зниженню плацентарної перфузії у 81,3 % вагітних, що у 1,7 раза вище, ніж у жінок, у яких симптоми ВХ не пов'язані з теперішньою вагітністю. Відповідно, у 2,8 раза частіше діагностовані гемодинамічні порушення при дослідженні кровотоку в артерії пуповини та у 1,8 раза частіше при дослідженні середньої мозкової артерії плода.

3. Високу частоту гемодинамічних порушень у системі „мати-плацента-плід" слід враховувати при спостереженні за вагітними з варикозною хворобою, а своєчасно проведена корекція порушень дозволить знизити перинатальну захворюваність.

Перспективи подальших досліджень. Широке використання доплерометрії у визначенні стану матково-плацентарного кровотоку у вагітних із варикозною хворобою дасть можливість проведення корекції порушень та зниження перинатальної захворюваності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. – М.: Видар, 2000. – 112 с.

2. Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин с варикозным расширением вен нижних конечностей / Б.М. Венцковский, А.Я. Сенчук, А.В. Титов и др.: Методические рекомендации. – К., 2004. – 23 с.

3. Золотухин Н.С., Шемякова М.А. Профилактика и лечение осложнений варикозной болезни у беременных и рожениц: Методич. рекомендации. – Донецк: Новый мир, 2000. – 33 с.

4. Лук'янова І.С., Жабченко І.А., Дзюба О.М. Стан фетоплацентарного кровообігу у практично здорових вагітних // Медичні перспективи. – 2003. – Т.VIII, №1. – С.91-94.

5. Плацентарна недостатність: сучасні аспекти патогенезу, діагностики, профілактики та лікування / В.Є. - Дашкевич, С.М. Янюта, Т.В. Коломійченко, М.П. Двуліт // Мистецтво лікування. – 2004. – № 4. – С.22-25.

6. Современные методы оценки плодово-плацентарного кровообращения при неосложненной беременности / А.Н. Стрижаков, А.Т. Бунин, М.В. Медведев // Акушерство и гинекология. – 1987. – № 12. – С. 8-11.

7. Тимошенко Л.В., Хаща І.І., Лущик У.Б. Оцінка стану фетоплацентарної системи за допомогою ультразвукової доплерографії у жінок із залізодефіцитною анемією у III триместрі вагітності // Ехографія в перинатології, гінекології та педіатрії: Зб. наук. пр. – Дніпропетровськ: Січ, 1997. – С.93-96.

PECULIARITIES OF BLOOD FLOW OF THE SYSTEM MOTHER – PLACENTA – FETUS AMONG PREGNANT WOMEN WITH VARICOSE DISEASE DEPENDING ON THE PERIOD OF APPEARANCE OF ITS SYMPTOMS

©A.V. Zharkykh, V.G. Syusyuka, D.Ye.Barkovsky, K.Yu. Neryanov, S.P. Onopchenko

Zaporizhzhian State Medical University

SUMMARY. Doppler metric investigation was carried out on pregnant women with varicose disease. As a result of it there were determined hemodynamic disturbances of uteroplacental and fetoplacental circulation. These disturbances were caused by decrease of circulative diastolic component. Such changes were more common for the women among whom the symptoms of varicose disease appeared during the present pregnancy. They are also considered to be the result of vessel resistance increase in "pregnant woman-placenta-fetus" system.

KEY WORDS: pregnancy, varicose disease, Doppler metric diagnostics.

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

УДК 618.1-053.6:616.441:616.15:612.621.31:615.252+615.834

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ У ДІВЧАТ З ДИФУЗНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

©І. І. Іванов, Н. В. Косолапова

Кримський державний медичний університет

імені С. І. Георгієвського

РЕЗЮМЕ. Проведено дослідження ефективності санаторно-курортного лікування затримки статевого розвитку та порушень менструального циклу в пубертатному періоді у дівчаток із дифузною еутиреоїдною гіперплазією щитоподібної залози. Встановлено, що запропонований комплекс лікування є високоефективним при різній патології пубертатного періоду. Одночасне призначення препаратів йоду дозволяє більш ефективно коригувати функцію щитоподібної залози.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пубертатний період, затримка статевого розвитку, порушення менструального циклу, гормони крові, дифузна гіперплазія щитоподібної залози, еутиреоз, санаторно-курортне лікування, йодомарин.

Вступ. Пубертатний період – найважливіший етап у житті кожної жінки. У цьому віковому періоді формується тло й структура ускладнень вагітності й перинатальної патології в майбутньому, у значній мірі визначаючи здоров'я наступних поколінь. За напруженстю процесів, що перебігають в організмі, підлітковий вік посідає друге місце після періоду новонародженості [1,3,5].

За останні десятиріччя в Україні відзначається збільшення числа захворювань щитоподібної залози більш ніж утричі, причому найпоширенішим є дифузний нетоксичний зоб, який клінічно проявляється в період гормональної перебудови й підвищеної потреби в тиреоїдних гормонах, наприклад, у пубертатному періоді, під час вагітності та годування грудьми. Дифузне збільшення щитоподібної залози значно поширене серед дітей, особливо пре- і пубертатного віку [1, 2, 5].

Нестача або надлишок тиреоїдних гормонів позначається практично на всіх процесах життєдіяльності, тому що вони впливають на клітинному або навіть на молекулярному рівнях на всі органи і системи організму. Значення щитоподібної залози особливо велике для дитячого організму, тому що тиреоїдні гормони впливають на всі види обміну, на нагромадження імунних тіл, що забезпечують резистентність до факторів навколишнього середовища, обумовлюють його регулюючу дію на нервову систему, формування мозку дитини [8].

Взаємозв'язок між репродуктивною та гіпоталамо-гіпофізарно- тиреоїдною системами як у нормі, так і при патології доведений. Між тиреоїдними гормонами та естрогенами існує складний взаємозв'язок, естрогени підсилюють зв'язок трийодтироніну та тироксину з білками плазми крові. Естрогени підвищують чутливість тиреотрофів гіпофіза до тиреоліберину, що сприяє збільшенню секреції тиреотропного гормону. Таким чином, в умовах тривалої гіпоестрогенії знижується чутливість тиреотрофів гіпофіза до тиреоліберину, що можна розглядати як один з можливих механізмів розвитку вторинного гіпотиреозу в дівчаток і жінок з патологією, що супроводжується дефіцитом естрогенів.

При гіпотиреозі спостерігається зниження рівнів гонадотропін-рилізинг-гормону гіпоталамуса, лютеїнізуючого та фолікулостимулюючого гормонів гіпофіза. Вважають, що при цьому порушується дофамін- серотонінергічний механізм гіпоталамічної регуляції секреції тропних гормонів, що призводить до зниження виробітку гонадотропін-рилізинг- гормону, і як результат – до зменшення концентрації фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів гіпофіза в крові. Крім того, у літературі є дані про зміну продукції лютеїнізуючого гормону гіпофіза при збереженні секреції фолікулостимулюючого гормону в межах норми [7].

Встановлено, що захворювання щитоподібної залози можуть призводити до різних порушень менструального циклу, безпліддя, невиношування, а порушення в репродуктивній системі – до зміни функціонального стану щитоподібної залози. Патологія щитоподібної залози може бути причиною передчасного або пізнього статевого дозрівання, аменореї, олігоменореї, ановуляції, безпліддя, галактореї, невиношування вагітності [5].

Реабілітація дітей і підлітків, що проживають в умовах постійно зростаючого забруднення навколишнього середовища, має велике медичне й соціальне значення. Роль санаторно-курортних факторів в реабілітації дітей безперечна; вони мають ряд особливостей, обумовлених тим, що їх основу складають природні фактори, дія яких спрямована на вдосконалення адаптаційно-компенсаційних можливостей організму, усу-