

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

CORRECTION OF HORMONAL DISORDERS IN INFERTILE WOMEN AFTER ENDOSCOPIC THERAPY

L.I. Ivanyuta, I.I. Raksha, O.D. Dubenko, V.M. Andreyeva

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of AMS of Ukraine, Kyiv

SUMMARY. This article shows the influence of laparoscopic method on hormonal status of infertile women. We can make the conclusion that in any case hormonal status of the women improved after laparoscopy. In some cases after laparoscopic surgery the normalization of menstrual took place. Other women, who didn't have dublfase basal temperature after laparoscopic surgery use stimulation ovulation took place with more effect, because their ovaries were more sensitive than in the past.

KEY WORDS: laparoscopy, infertility, hormonal status.

УДК:618.33-07+618.3:616.8-009.24+618.3-008.6

ПРОГНОЗУВАННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО СТАНУ У ВАГІТНИХ С ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ВАГІТНИХ

©І. І. Іванов, А. А. Стефанович

Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського

РЕЗЮМЕ. На сьогодні у сучасному акушерстві гостро обговорюється питання прогнозування стану дітей, народжених від матерів, які перенесли під час вагітності прееклампсію різного ступеня тяжкості.

Проведено дослідження сурфактант-асоційованих ліпідів та модифікованого альбуміну в амніотичній рідині у вагітних в 3 триместрі вагітності. Встановлено, що між вмістом сурфактант-асоційованих ліпідів та кількістю модифікованого альбуміну існує прямий кореляційний зв'язок, що підтверджує клінічні показники внутрішньоутробного стану плода при прееклампсії різного ступеня тяжкості.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сурфактант, модифікований альбумін, прееклампсія вагітних, амніотична рідина.

Вступ. На сьогодні у сучасному акушерстві гостро обговорюється питання прогнозування внутрішньоутробного стану плода в жінок із прееклампсією різного ступеня тяжкості [4, 5].

Одним з найбільш достовірних показників внутрішньоутробного стану й новонародженої дитини є наявність сурфактанта легенів і його компонентів в амніотичній рідині (АР) і змивах трахеобронхіального дерева. Визначення співвідношення фосфотиділхоліну (ФХ), лецитину (Л) та сфінгомієліну (СМ) має діагностичне значення. Співвідношення цих фракцій дорівнює двом і більше та характеризує легені плода, як зрілі, здатні до здійснення першого вдиху. Співвідношення ФХ/СМ менше 2 в АР і аспіратах характеризує легеню плода як незрілу. У цьому випадку можливий розвиток СДР [4, 2].

Багатьма дослідженнями відзначається виражений системний оксидантний стрес протягом всієї вагітності, яка фізіологічно протікає. З моменту свого виникнення симптоми гестозу є компонентом захисної реакції материнського організму.

У жінок, вагітність яких у другій половині ускладнюється клінічно й лабораторно верифікованим гестозом, напруженість оксидантного стресу, а також збільшення кількості модифікованого

альбуміну (МА) за всіма показниками прогресивно наростає з максимумом в III триместрі. При різних патологічних станах у крові одночасно присутні дві форми альбуміну - нативна та модифікована. Поява в крові МА пов'язана з його комплексуванням із продуктами метаболізму. Як наслідок, у крові хворої людини циркулюють або денатурований альбумін, або комплекс альбуміну з патологічним метаболітом (МА). У здоровому організмі продукти модифікації віддаляються, а у хворому - їхній зміст збільшується, і, можливо, змінюється якісно [1, 7].

Мета дослідження. Метою даного дослідження стало вивчення внутрішньоутробного стану плода при різному ступені прееклампсії вагітних.

Нами у попередніх роботах було доведено, що в АР не тільки визначається МА, але і його показники вірогідно збільшуються при зростанні ступеня тяжкості гестозу.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням перебувало 65 вагітних у терміні гестації 32-35 тижнів. Усі обстежувані були поділені на групи: 21 вагітна з фізіологічним перебігом вагітності, 16 вагітних з набряками, 12 із прееклампсією (ПЕ) легкого ступеня тяжкості, 9 із середнім ступенем ПЕ, 7 вагітних склали групу ПЕ тяжкого ступеня.

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

Матеріалом для дослідження було обрано АР як "дзеркало" внутрішньоутробного стану плода, а також як одна з найважливіших середовищ для дослідження та аналізу стану даної вагітності. АР було отримано шляхом трансабдомінального і трансцервікального амніоцентезу.

Критерієм оцінки наявності сурфактанта були сурфактант-асоційовані ліпіди, які було отримано за допомогою методики розподілу ліпідів сурфактанта легенів методом тонкошарової хроматографії в амніотичній рідині.

Ступінь тяжкості гестозу оцінювали за модифікованою шкалою Г.М. Савельєвої. За основу взяли методику інвертованого методу обробки

електрофореграм для виявлення модифікованих форм альбуміну в АР [1, 6, 8].

Дані дослідження оцінювали методом варіаційної статистики з визначенням коефіцієнтів Стьюдента.

Результати й обговорення. Наші дослідження встановили достовірні зміни кількісного вмісту модифікованого альбуміну, сурфактант-асоційованих ліпідів в амніотичній рідині здорових жінок і групи жінок із прееклампсією вагітних. Результати проведених досліджень представлено в таблиці 1.

З даних, наведених у таблиці, видно, що кількість МА вірогідно збільшується при більш тяжкому ступені тяжкості прееклампсії.

Таблиця 1. Показники модифікованого альбуміну та сурфактант-асоційованих ліпідів в амніотичній рідині при прееклампсії різних ступенів тяжкості

	Здорові вагітні n=21	Набряки у вагітних n=16	ПЕ легкого ступеня тяжкості n=12	ПЕ середнього ступеня тяжкості n=9	ПЕ важкого ступеня n=7
МА(%)	11,07±1,04	25,71±2,1	49,24±0,74	75,62±2,58	88,33±3,04
Фосфотидилхолін (%)	9,5±1,02	12,2±0,62	10,9±0,45	8,9±1,01	6,75±2,32
Лецитин (%)	7,5±1,10	5,91±0,48	4,58±0,16	6,69±0,51	3,2±0,20
Сфінгомиелін (%)	2,4±0,52	2,0±0,23	2,55±0,33	3,8±0,84	4,15±0,05
P	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Примітка: P - достовірність різниць між групами, які досліджуються, та контрольною.

Рівень модифікованого альбуміну в групі вагітних з набряками збільшується в 2 рази порівняно з контрольною групою та складає (25,71±1,60) % (P<0,05). При визначенні даного показника в групі досліджуваних з легким ступенем тяжкості прееклампсії відмічається збільшення кількості модифікованих форм альбуміну порівняно з контрольною групою в амніотичній рідині в 4 рази, порівняно з групою вагітних з набряками ? в 2,5 рази і складає 49,24±2,60 (P<0,05). У групі вагітних із середнім ступенем прееклампсією цей показник збільшується відносно контрольної групи в 6,8 рази, порівняно з групою легкого ступеня тяжкості в 1,5 рази і склав 75,62±2,40 (P<0,05). У групі важкого ступеня прееклампсії визначається значне збільшення кількості модифікованого альбуміну, що відповідно вище показників контрольної групи в 7,9 рази, порівняно з групою середнього ступеня прееклампсією в 1,17 рази та склав 88,33±1,12 (P<0,05).

Кількість сурфактант-асоційованих ліпідів вірогідно зростає в групах вагітних з набряками, прееклампсії легкого та середнього ступенів

тяжкості. Так, показники ФХ, лецитина, СМ склали в контрольній групі 9,5±1,02; 7,5±1,10; 2,4±0,52 (P<0,05) відповідно. В групі набряків вагітних - 12,2±0,62; 5,91±0,48; 2,0±0,23 (P<0,05), що підтверджує запуск компенсаторних механізмів з ранніх проявів прееклампсії, в тому числі й при моносимптомному перебігу. У вагітних з прееклампсією легкого ступеня тяжкості показники основних сурфактант-асоційованих ліпідів склали: ФХ - 49,24±0,74; лецитин - 4,58±0,16; СМ - 2,55±0,33 (P<0,05), а також відмічається значне збільшення показників, що досліджуються, у вагітних з прееклампсією середнього ступеня тяжкості, які склали 8,9±1,01; 6,69±0,51; 3,8±0,84 (P<0,05). Але кількість даних показників у групі жінок з тяжким ступенем прееклампсії вірогідно знижується: ФХ - 6,75±2,32; лецитин - 3,2±0,20; СМ - 4,15±0,05 (P<0,05), що, можливо, підтверджує факт народження дітей з РДС у даній групі жінок набагато частіше, ніж при прееклампсії більш легкого ступеня тяжкості.

Висновки. 1.Зростаюча кількість МА в амніотичній рідині є підтвердженням ступеня прееклампсії;

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

2. Процеси періокислення при преєклампсії вагітних можливо є пусковим механізмом більш раннього дозрівання елементів сурфактанта у плода, що є адаптаційною реакцією.

3. Наявність сурфактант-асоційованих ліпідів у недостатніх кількостях при преєклампсії тяжкого ступеня є, можливо, підтвердженням зриву

адаптаційних механізмів, що клінічно проявляється в погіршенні стану плода.

Перспективи подальших досліджень. Ми вважаємо, що дані дослідження є перспективними у вивченні внутрішньоутробного стану плода при преєклампсії та мають практичне й наукове майбутнє.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Багдасарьян С.Н., Малый К.Д., Заречная И.П. и др. Характеристика изоэлектрических фракций сывороточного альбумина человека // Укр. биохим. журн. - 1981. - № 4. - С. 15-18.

2. Василенко Л. В., Михайлов А. В., Сидорова Л. Д. Роль комплексной диагностики и терапии субклинических форм гестозов для снижения перинатальных осложнений // Патология беременности и родов : Тез. докл. III межобл. науч.-практ. конф. (Саратов, 26-27 июня 1997 г.). - Саратов, 1997. - С. 37-38.

3. Венцовский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы. - М.: МИА, 2005. - С.19.

4. Диденко Л. В., Коломийцева А. Г. Состояние внутриутробного плода у рожениц с поздним гестозом // Материалы республиканской научно-практической конференции "Актуальные вопросы перинатологии", (Россия, г. Екатеринбург, 15-17 апр. 1996 г.). -

Екатеринбург, 1996. - С. 60-62.

5. Зотова, Н. В. Комплексная оценка состояния беременной и плода при гестозе : Автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.01/ Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. -М., 1997. - 23 с.

6. Иванов И.И., Стефанович А.А., Головская Г.Г. // Репродуктивное здоровье женщины. - 2006. - № 2 (27) - С. 49-51.

7. Иванов И.И., Черипко М.В. // Содержание модифицированных форм альбумина при преэклампсиях беременных // Здоровье женщины. - 2004. - № 4 (20). - С. 26-27.

8. Троицкий Г.В., Борисенко С.Н., Касимова Г.А. Инвертированный метод обработки электрофорграмм для выявления модифицированных форм альбумина // Лаборатор. дело. - 1986. - № 4. - С. 229-231.

PREDICTION OF INTRAUTERINE CONDITION IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

©I. I. Ivanov, A. A. Stefanovych

Crimean State Medical University by S. I. Heorhievsky

SUMMARY. Problem of prediction of children condition who were born by mothers with different degree of preeclampsia severity during the pregnancy is critically discussed by modern obstetricians in present time.

The investigation of surfactant-associated lipids and modified albumin in amniotic fluid of women in the third trimester of pregnancy was carried out. It was established direct correlatixe dependence between level of surfactant-associated lipids and quantity of modified albumin. It confirms clinical manifestations of fetus intrauterine condition in case of different degrees of preeclampsia severity.

KEY WORDS: surfactant, modified albumin, preeclampsia gravidarum, amniotic fluid.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЛАЦЕНТИ, ДЕЦИДУАЛЬНОЇ І АМНІОНАЛЬНОЇ ОБОЛОНОК ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

©Т.М. Лизин

Івано-Франківський державний медичний університет

РЕЗЮМЕ. Проведено дослідження плаценти у жінок з передчасними пологами. Основну групу склали 19 породілей з фізіологічними пологами і 21 породілля з передчасними пологами. Це дозволило нам встановити наявність продуктивних та дистрофічних змін у якірних ворсинах плаценти. У зв'язку з цим це дослідження вимагає детального вивчення макро- і мікроскопічних змін плаценти та її судинного русла у жінок з передчасними пологами. Таким чином, при вагітності створюються всі умови досконалого кровопостачання у плаценті з відповідним дозріванням судин та капілярів у термінальних ворсинах.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, плацента, плідні оболонки, морфологічні зміни, передчасні пологи.

Вступ. У структурі антенатальної захворюваності і смертності гіпоксія плода займає чільне місце [1, 2]. Роль плаценти і плідних оболонок надзвичайно велика як при фізіологічній вагітності, так і при загрозі передчасних пологів, що сприяє розвитку хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода. Проведені дослідження кровоплину у міжворсинчастому просторі дозволяють визначити кардинальну функцію морфологічних змін плаценти та плідних оболонок, як одну із важливих причин впливу на перебіг вагітності на тлі екстрагенітальної патології, що є причиною виникнення гіпоксії та гіпотрофії плода [1, 3]. В даний час це є основною причиною антенатальної охорони плода з метою зниження перинатальної захворюваності та смертності [2, 4, 5].

Мета дослідження. Дослідження плаценти і плідних оболонок у жінок з передчасними пологами.

Матеріал і методи дослідження. Ми провели морфологічні спостереження плаценти і плідних оболонок у породілей з передчасними пологами у терміні 28 - 36 тижнів вагітності. При цьому ми використовували клініко-лабораторні обстеження. Для вивчення цієї проблеми шматочки плаценти та плідних оболонок забирали з окремих ділянок котиледонів і виготовляли гістологічні препарати, які фарбували гематоксилін-еозином, азур-еозином та триколюровим методом за Маллорі і розглядали у звичайному світловому та стереомікроскопі. Отриманий цифровий матеріал проходив статистичну обробку.

Результати й обговорення. При дослідженні гістопрепаратів плаценти у жінок з передчасними пологами в стромі майже у половини кінцевих ворсин зустрічається понижена кількість капілярів, в окремих ворсинах відсутні синусоїдні капіляри. Ядра симпластотрофобласта розміщені в один ряд, рівномірно розподілені навколо всієї ворсинки. В сполучнотканних прошарках спостерігається значна кількість фібробластів з вакуолізованою цитоплазмою і

ядром, розміщеним на периферії клітини. Між окремими клітинами розміщуються клітини Кащенко-Гофбауера. Спостерігається підвищена кількість клітин цитотрофобласта. Збільшується відстань між окремими кінцевими ворсинами і кількість фібриноїду на їх поверхні. В поодиноких ворсинах спостерігалось значне розростання колагенових волокон і низький вміст клітинних елементів. Просвіт капілярів в таких ворсинах значно звужений, нерівномірний. Збільшувалась метахромазія в стромі стовбурових і поодиноких кінцевих ворсинах. Поряд з цим з'являється більша кількість функціонально активних синцитіальних вузликів і термінальних ворсин з синцитіально-капілярними мембранами.

Окремі кінцеві ворсини досягають дуже великих розмірів, що в 3-5 разів перевищували розміри нормальних ворсин. Контури таких ворсин фестончасті. Симпластотрофобласт у більшості з них витончений на всьому протязі з нерівномірним розподілом ядер. Цитоплазма слабобазофільна. В сполучнотканних прошарках спостерігається нерівномірний розподіл клітинноволокнистих структур. Цитоплазма фібробластів різко вакуолізована. Ядра окремих з них збільшені в розмірах, овальної форми. Спостерігається фрагментація волокнистих елементів. В значній кількості збережені клітини цитотрофобласта. Збільшувалась кількість ворсинок, які містять колагенові волокна. При цьому визначається мала кількість капілярів, просвіт їх звужений. Капіляри, як правило, розміщені в центральній частині ворсинки. Практично не зустрічається капілярів синусоїдного типу. На поверхні ворсинки спостерігаються масивні відкладення фібриноїду. Поряд із склеротично зміненими ворсинами локально спостерігаються ворсини з явищами компенсаторної гіперплазії капілярів. Їх кількість значно зростає, що особливо чітко виявляється на тлі патологічно змінених ворсин з запустілими капілярами.