

IV/2008

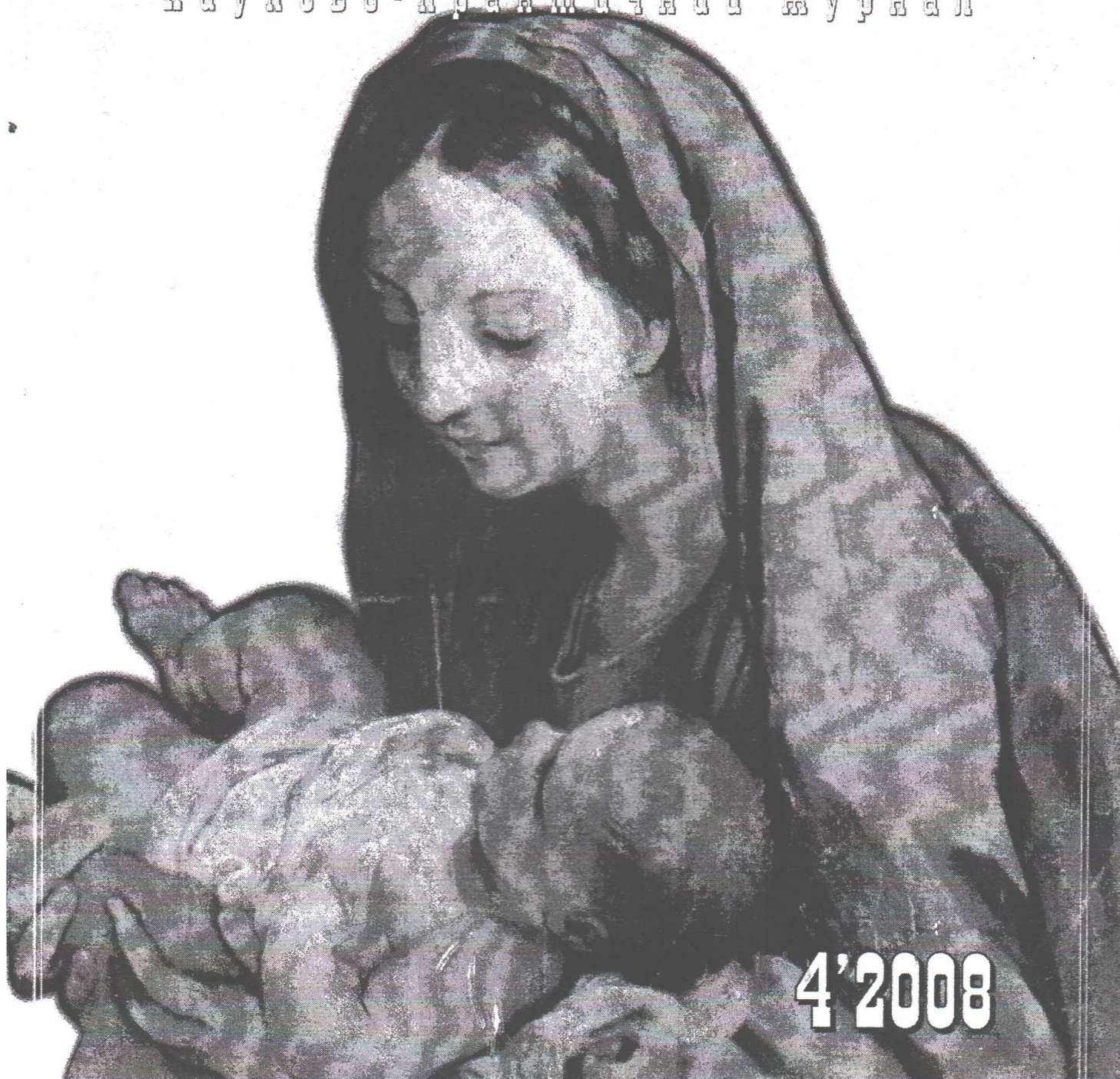
Наук. сервіс
Дисейн, проф.
Великий сервіс
Юлія

В.В. Мавро
Гуменасія
ISSN 0031-4048



ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Науково-практичний журнал



4'2008

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Оригінальні дослідження

✓ *Маляр В.А., Віраг М.В.*

Особливості перебігу пологів та перинатальні наслідки у жінок з невиношуванням і патологією щитовидної залози

136

✓ *Корчинська О.О., Маляр В.В.*

Клініко-морфологічні аспекти маловоддя і багатоводдя при цитомегаловірусно-хламідійному інфікуванні вагітних жінок

140

Веропотвелян П.М., Дубоссарська Ю.О., Веропотвелян М.П., Панасенко О.М., Тарасова Л.О.

Гіперпластичні процеси ендометрія в жінок репродуктивного віку з урахуванням рецепторного фону ендометрія

143

Кондратиук В.К.

Оцінка стану системного та локального імунітету в біологічних середовищах у жінок репродуктивного віку з пухлиноподібними ураженнями яєчників в динаміці лікування

145

Удовіка Н.О., Фролов В.М.

Клініко-патогенетична характеристика жінок репродуктивного віку з синдромом хронічної втоми

150

Грищенко В.І., Щербина І.М., Мерцалова О.В.

Роль імунокорекції в комплексному лікуванні урогенітальних розладів у жінок в перименопаузі

154

Трушкевич О.О.

Сучасні підходи до лікування мікроаденом гіпофізу з урахуванням визначення фракцій пролактину

157

Огляди літератури

Подольський В.В., Дербак А.В.

Репродуктивне здоров'я жінок, які перенесли пологи та інфіковані папіломавірусом людини

160

Обмін досвідом

Новикова С.В., Шугінін І.О., Малиновська В.В., Паршина О.В., Гусева Т.С.

Імунокорекція як компонент фармакотерапії фетоплацентарної недостатності

170

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Original papers

Malyar V.A., Virag M.V.

The features of birth's course and perinatal consequences in women with miscarriage on a background of thyroid pathology

Korchinska O.O., Malyar V.V.

Clinico-morphological aspects of amniotic fluid pathology in pregnant women with cytomegaloviruses and chlamidia infection

Veropotvelyan P.M., Dubossarska Yu.O., Veropotvelyan M.P., Panasenko O.M., Tarasova L.O.

Hyperplastic processes of endometrium in women of reproductive age and correction taking into consideration the receptor background of endometrium

Kondratiuk V.K.

Estimation of condition of system and local immunity in biological environments at women of reproductive age with tumor-like ovary formation in dynamics of treatment

Udovika N.O., Frolov V.M.

Clinical-pathogenetic characteristics of women in reproductive period with a chronic fatigue syndrome

Grischenko V.I., Scherbina I.M., Mertsalova O.V.

The role of immune correction in complex treatment of uro-genital disorders in women with perimenopause

Trushkevich O.O.

Modern approaches to treatment of microadenomas of a hypophysis in view of definition of fractions prolactine

Reviews of literature

Podolskiy V.V., Derbak A.V.

The reproductive health of women which have transferred childbirth and have been infected by human papiloma virus

Exchange of experience

Novikova S.V., Shuginin I.O., Malinovska V.V., Parshin O. V., Guseva T.S.

The immune correction as a component of pharmacotherapy of feto-placental insufficiency

№4 [428] 2008р

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ



ОРИГІНАЛЬНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 618.4:616-053.31+618.3:616.441]-036

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ В ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ І ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

В.А. МАЛЯР, М.В. ВІРАГ

Ужгородський національний університет

Резюме. В работе представлены данные о течении родов и перинатальных исходов при тиреоидной патологии и невынашивании беременности. В процессе обследования определены основные данные о течении родов, структуре осложнений во время родов, оценке состояния новорожденных и структуре постнатальной заболеваемости у женщин с патологией щитовидной железы. Такие данные дают нам возможность определять внутриутробное состояние плода и выбирать наиболее рациональный метод родоразрешения как в интересах материнского организма, так и плода и новорожденного.

Ключевые слова: невынашивание беременности, щитовидная железа, течение родов, перинатальные исходы.

Summary. The data of birth course and perinatal consequences with miscarriage in pregnant women with thyroid pathology was showed in the article. During the examination the main data of birth course, the structure of birth complications, the valuation of new-borns state and structure of postnatal diseases was revealed for women with thyroid pathology. Such information enables us to define the vnutriutrobniy state of ploda in mother's womb and choose the most rational method of birth giving as the best for women and new-born.

Keywords: miscarriage, thyroid, birth course, perinatal consequences.

ОДНИМ з актуальних питань сучасної перинатальної медицини є проблема невиношування вагітності. Частота даної патології за даними різних авторів коливається від 25 до 50% [13].

Важлива роль в патогенезі невиношування, особливо в умовах природної нестачі йоду, належить тиропатіям [1, 7, 10].

При дефіциті йоду в навколишньому середовищі, за відсутності достатнього вживання йоду, виникають йододефіцитні захворювання матері й плода. Під впливом дефіциту йоду компенсаторно відбувається хронічна стимуляція росту щитовидної залози, її збільшення. При різко вираженому дефіциті не тільки формується зоб, але й розвивається гіпотироз у матері та плода, а в найдраматичніших ситуаціях – навіть із розвитком ендемічного кретинізму [2, 5, 14].

Зміни гормональної функції щитовидної залози, як свідчать клініко-експериментальні спостереження, призводять до виражених порушень продукції гонадотропних гормонів та зміни в обміні речовин у організмі вагітної, що

нерідко є етіологічним фактором переривання вагітності [8].

Гормони щитовидної залози відіграють важливу роль протягом усього гестаційного періоду [10, 11].

Вони, передусім, стимулюють функцію жовтого тіла і, таким чином, сприяють розвитку плода та прогресуванню вагітності. Дисбаланс тиреоїдних гормонів під час гестації призводить до змін обмінних процесів та є однією з причин невиношування вагітності, хронічної плацентарної недостатності, затримки внутрішньоутробного росту і природжених вад розвитку плода [12, 15].

Встановлено, що вагітність супроводжується посиленням функції щитовидної залози і підвищенням секреції тиреоїдних гормонів в ранні терміни, поки ще не функціонує щитовидна залоза плода, яка починає функціонувати порівняно рано – з 8-го тижня внутрішньоутробного розвитку. Під час фізіологічної вагітності внаслідок збільшення концентрації тироксину

зуючих глобулінів, обумовлених високим рівнем естрогенів, у вагітних збільшується вміст в крові зв'язаних форм тиреоїдних гормонів; загального тироксину і вільного трийодтироніну. В той же час концентрація вільних, активних функцій гормонів відповідає їх рівню як і у невагітних [9].

Все це зумовлює необхідність удосконалення методів пренатального захисту плода, починаючи з етапу планування вагітності й упродовж усього періоду гестації та пологів [4].

Метою роботи був аналіз особливостей перебігу пологів та перинатальних наслідків у вагітних із захворюваннями щитовидної залози та невиношуванням в анамнезі.

Матеріали та методи

Розглядаючи захворювання щитовидної залози у вагітних як групи ризику з можливих ускладнень, зокрема невиношування, ми ставили за мету вивчити у них особливості перебігу пологів та визначити можливі перинатальні наслідки. Для цього було вивчено перебіг вагітності та пологів у 100 жінок з патологією щитовидної залози (I група – основна) і у 100 жінок з фізіологічним перебігом вагітності й пологів без патології ЩЗ (II група – контрольна).

При клініко-статистичному обстеженні враховували термін і перебіг пологів, структуру ускладнень під час пологів, оцінку стану новонароджених та структуру постнатальної захворюваності.

Проведено статистичну обробку показників пологодопомоги Ужгородського міського перинатального центру та жіночих консультацій № 1 і № 2 м. Ужгород, що відображають структуру ускладнень вагітності та пологів за 2005–2006 роки, а також показників статистичної звітності, що відображають структуру тиреоїдної патології серед вагітних, із використанням програми Microsoft Excel 2000 for Windows^{XP}, Version 4,00.

Результати дослідження та їх обговорення

Всі 200 обстежуваних вагітних були віком від 20 до 40 років. Середній вік у основній групі становив 25 ± 4 роки, у контрольній – 21 ± 5 років.

Аналіз показників жіночих консультацій № 1 і № 2 м. Ужгород показав, що кількість патології щитовидної залози за 2005 р. становила 338 (11,0%) випадків, за 2006 р. – 322 (9,6%), а по перинатальному центру за 2005 р. – 401 (13,1%) і за 2006 р. – 497 (14,9%) випадків.

Захворюваність ЩЗ за окремими нозологіями, яка зустрічалась у обстежуваних жінок за даними консультацій (табл. 1), показує збільшення випадків дифузного зобу I і II ступенів за досліджуваний період та значне зменшення випадків ендемічного зобу I і II ступенів.

Вузловий зоб III ступ. був у жінок, яким було виконано струмектомію. Найвищий показник терміну пологів в обох групах за даними нашого

спостереження припадає на 40–41-й тиждень вагітності – 48,0% в основній групі і 55,0% контрольній, відповідно у 46,0% жінок основної та 38,0% контрольної групи термін вагітності час пологів становив 37–39 тижнів (табл. 2).

Табл. 1
Структура захворюваності ЩЗ за нозологіями, абс. (%)

Показники	Роки	
	2005	2006
Дифузний зоб I ступ.	142 (42,0)	205 (63,3)
Дифузний зоб II ступ.	89 (26,3)	100 (31,1)
Дифузний зоб III ступ.	2 (0,6)	5 (1,5)
Ендемічний зоб I ступ.	82 (24,2)	4 (1,2)
Ендемічний зоб II ступ.	11 (3,2)	1 (0,3)
Вузловий зоб I ступ.	2 (0,6)	2 (0,6)
Вузловий зоб II ступ.	1 (0,3)	1 (0,3)
Вузловий зоб III ступ.	3 (0,9)	1 (0,3)
Аутоімунний тиреоїдит	1 (0,3)	2 (0,6)
Кіста щитовидної залози	3 (0,9)	1 (0,3)
Гіпертироз I–II ступ.	2 (0,6)	0

Табл. 2
Термін вагітності при пологах, абс. (%)

Термін пологів	Групи жінок	
	I (n=100)	II (n=100)
37–39 тижнів	46 (46,0)	38 (38,0)
40–41 тиждень	48 (48,0)	55 (55,0)
> 41 жижня	5 (5,0)	7 (7,0)
< 37 тижнів	1 (1,0)	–

З таблиці 2 видно, що передчасні пологи основній групі були лише в одному випадку (1,0%) – на 35-му тиждні вагітності.

З усіх 100 жінок основної групи фізіологічні пологи відбулися у 40 (40,0%), а патологічні – у 60 (60,0%) жінок (рис. 1).

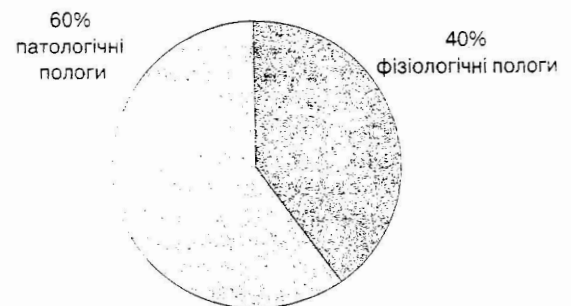


Рис. 1. Перебіг пологів у жінок з тиропатіями (%)

Серед пацієнток з патологією ЩЗ, в яких під час вагітності була загроза її переривання (40, або 40,0%), фізіологічні пологи відбулися у 12 (30,0%), а патологічні – у 28 (70,0%) жінок. Із 60 (60,0%) жінок з тиропатіями і сприятливим перебігом вагітності фізіологічні пологи відбулися у 28 (46,7%), патологічні – у 32 (53,3%) жінок (рис. 2).

За даними нашого дослідження у вагітних із захворюваннями щитовидної залози частіше зустрічаються такі ускладнення, як передчасне відтікання навколоплодових вод – 30 (30,0%) та інші (табл. 3).

фізіологічні пологи	28 (46,7%)	32 (53,3%)
патологічні пологи		
без загрози переривання	60 (60%)	
фізіологічні пологи	12 (30%)	28 (70%)
патологічні пологи		
загроза переривання	40 (40%)	

Рис. 2. Фізіологічні й патологічні пологи залежно від перебігу вагітності у жінок з тиропатіями (%)

Таблиця 3
Структура ускладнень під час пологів в основній і контрольній групах, абс. (%)

Показники	Групи жінок	
	I (n=100)	II (n=100)
Передчасний розрив плодових оболонок	30 (30,0)	5 (5,0)
Стрімкі пологи	5 (5,0)	2 (2,0)
Аномалії пологової діяльності	26 (26,0)	-
Респіраторний дистрес плода	15 (15,0)	3 (3,0)
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	1 (1,0)	-
Порушення відділення та видалення посліду	5 (5,0)	-
Гіпотонічні кровотечі	4 (4,0)	-
Обвиття пуповини навколо шиї плода	30 (30,0)	21 (21,0)
Крупний плід	9 (9,0)	8 (8,0)
За критерієм Ст'юдента	p<0,05	

Примітка: p – достовірність різниці частоти ускладнень при пологах в обох групах жінок

Як видно з таблиці 3, ще одним з основних ускладнень при пологах у жінок з захворюваннями ШЦЗ були аномалії пологової діяльності – у 26 (26,0%) і респіраторний дистрес плода – у 15 (15,0%). Відмічено досить високий рівень обвиття пуповини навколо шиї плода (30,0%). Часто зустрічались такі ускладнення, як стрімкі пологи (5,0%), крупний плід (9,0%), порушення відділення та видалення посліду (5,0%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (1,0%), гіпотонічні кровотечі (4,0%) порівняно з даними контролю, де такі ускладнення, як порушення відділення та видалення посліду, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, аномалії пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі не зустрічались взагалі.

Високий рівень різних ускладнень при розродженні призвів до зростання у пацієнток основної групи частоти кесаревих розтинів з початком пологової діяльності – 14 (23,3%) випадків (рис. 3). Велика кількість операцій проводилась в екстреному порядку.

Найчастішими показаннями до оперативного розродження у жінок з захворюваннями ШЦЗ були прогресуюча внутрішньоутробна гіпоксія плода (6,0%), яка не піддавалась медикаментозній ко-

рекції, в поєднанні з обвиттям пуповини навколо шиї плода (6,0%), що є механічною перешкодою для надходження кисню до плода та є найчастішою ознакою фетоплацентарної недостатності [3, 6].

Не менш важливими показаннями до екстреного розродження є: високе пряме стояння стріловидного шва (1,0%), слабкість пологової діяльності (4,0%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (1,0%), клінічно вузький таз (2,0%), задній вид потиличного передлежання (2,0%).

Додатковими показаннями до кесарева розтину в поєднанні з основними стали: незрілість шийки матки – 1 (1,0%), фіброміома – 1 (1,0%), міопія високого ступеня – 3 (3,0%) випадки.

Все це не могло не бути обтяжливим фактором для погіршення прогнозу перебігу післяпологового періоду та захворюваності новонароджених.

Середня маса новонароджених у жінок із захворюваннями щитовидної залози складала 3342 ± 3623 г. Середня оцінка за шкалою Апгар через 1 хв після народження становила 6,27 ± 1,34 бала, через 5 хв – 8,1 ± 1,32 бала, народилися в асфіксії I ступ. 21%, II ступ. – 7%, III ступ. – 5% дітей (табл. 4).

Таблиця 4
Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар, абс. (%)

Стан новонароджених за шкалою Апгар	Групи жінок	
	I (n=100)	II (n=100)
Без асфіксії (8–10 балів)	67 (67,0)	85 (85,0)
Асфіксія легкого ступеня (6–7 балів)	21 (21,0)	15 (15,0)
Асфіксія середнього ступеня (5–4 бали)	7 (7,0)	-
Тяжка асфіксія (4 бали і менше)	5 (5,0)	-
За критерієм Ст'юдента	p<0,05	

Примітка: p – достовірність різниці частоти асфіксії у новонароджених основної та контрольної груп жінок

Аналіз захворюваності дітей, народжених у жінок основної групи, показав, що вона була вищою, ніж у народжених дітей контрольної групи. Виявлено, що у 4,0% новонароджених від жінок основної групи був знижений тонус м'язів, послаблені рефлексі, порушений процес становлення адекватного дихання і відновлення початкової маси тіла. Гіпоксія та гіпоксичні пошкодження внутрішніх органів у новонароджених зустрічались серед захворювань в 16,0% випадків. Показник постнатальної інфекції складав 4,0% (рис. 4).

Таким чином, слід зауважити, що у немовлят, народжених від жінок з патологією щитовидної залози, мають місце своєрідні особливості ранньої постнатальної адаптації та схильність до переходу транзиторних станів у патологічні. Загальний стан здоров'я малюків значною мірою зумовлений показаннями до операції, акушерським і екстрагенітальним преморбідним фоном, тому новонароджені складають групу ризику і потребують адекватного інтенсивного спостереження та кваліфікованої лікарської допомоги.

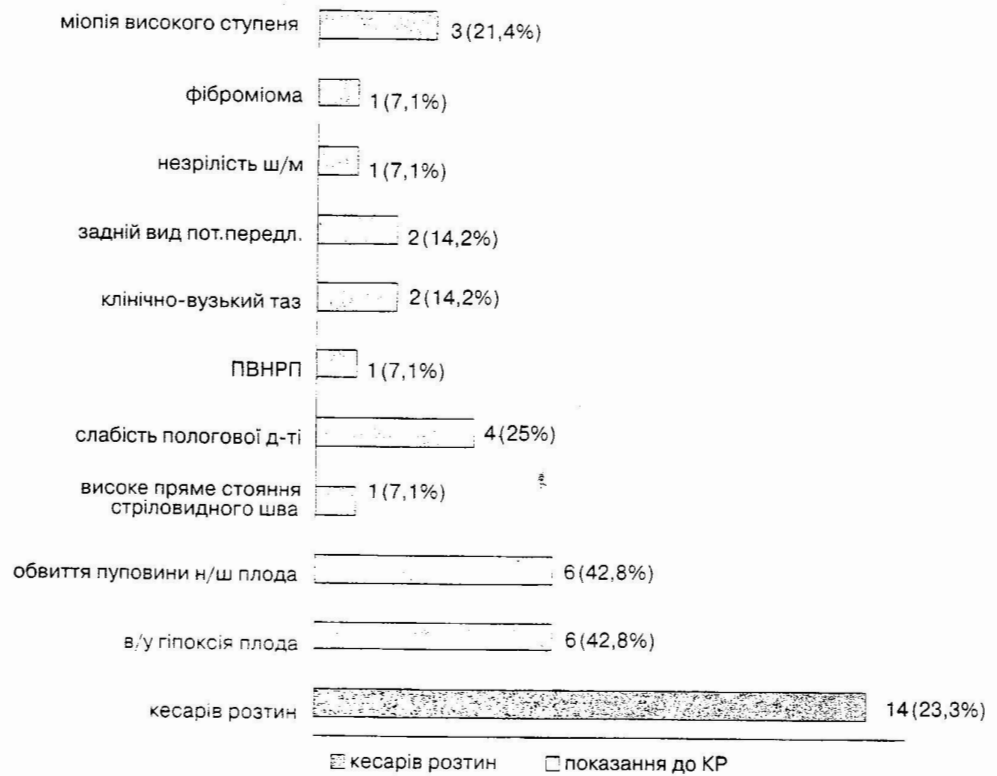


Рис. 3. Показання до кесарева розтину в жінок з тиропатіями (%)

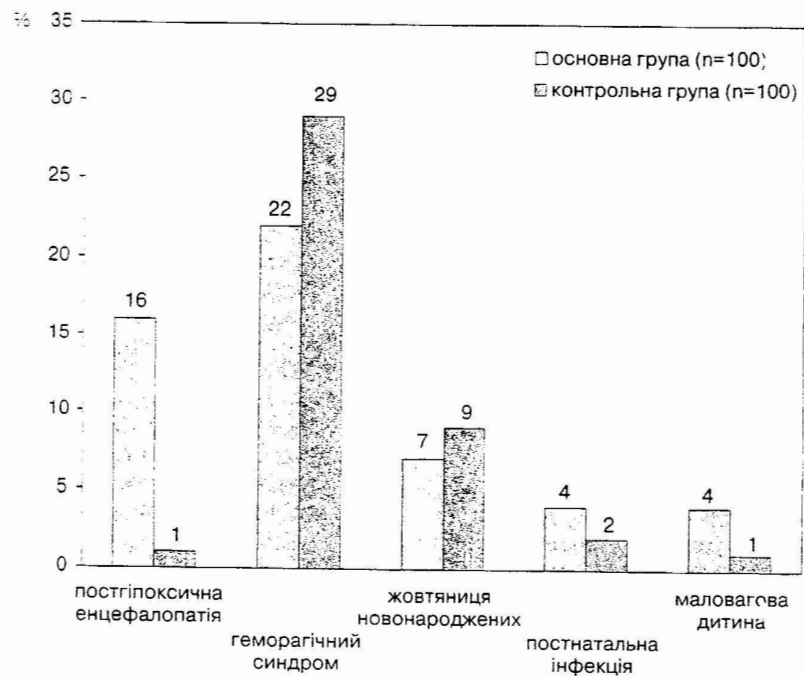


Рис. 4. Структура постнатальної захворюваності в основній та контрольній групах (%)

Висновки

На підставі аналізу усіх отриманих даних можна зробити висновок, що комплексне обстеження вагітних з тиропатіями в підготовчому

періоді до пологів дає можливість визначити стан плода, допоможе вибрати найбільш раціональний метод розродження як в інтересах материнського організму, так і плода та новонародженого.

Список літератури

1. Вдовиченко Ю.Л., Трушкевич О.О., Шалдун Д.Р., Кіяшко Г.Л., Козодой Г.В. Профілактика фетоплацентарної недостатності при поєднанні у вагітних тиротоксикозу та вегетосудинної дистонії. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2000; 3: 87–88.
2. Велданова М.В., Скальный А.В. Многоэлементный анализ волос детей из эндемичных по зобу регионов России. Мед. науч. и уч.-метод. журн. 2001; 2: 132–141.
3. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. М: Медицина; 2002: 176.
4. Ломага Ю.Ю. Репродуктивне здоров'я жінок з внутрішньоматковою загибеллю плода в анамнезі в умовах природного дефіциту йоду та шляхи його поліпшення. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2003; 4: 91–95.
5. Мельниченко Г.А., Мурашко Л.Е. и др. Заболевания щитовидной железы и беременность. РМЖ 1999; 3.
6. Мещерякова Г.В., Могилевкина И.А., Батман Ю.А. Антенатальные и интранатальные факторы риска рождения детей в состоянии асфиксии. В: Гипоксия: механизмы адаптации, коррекция: Материалы III Всерос. конф. М; 2002: 82–83.
7. Попович Л.В. Перебіг вагітності та пологів у жінок, що проживають за умов йодної недостатності. Науковий вісник УжНУ, серія «Медицина» 2001; Вип. 15: 89–91.
8. Серова О.Ф. Современные возможности коррекции гормональных нарушений у женщин с привычным невынашиванием беременности. Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов 2001; 2: 47–51.
9. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. Л: Медицина; 1987: 234–244.
10. Щербаков А.Ю. Патогенетичне обґрунтування лікування невиношування вагітності при захворюваннях щитовидної залози. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2001; 3: 77–79.
11. Щербаков А.Ю. Профілактика невиношування вагітності у жінок із захворюванням щитовидної залози. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2001; 4: 103–105.
12. Щербаков В.Ю. Патогенетичне обґрунтування лікування вагітних з невиношуванням при аутоімунних порушеннях. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2005; 4: 76–80.
13. Щербаков В.Ю., Хомета А.Б. Роль аутоімунного тиреоидита в патогенезе невынашивания беременности. Укр. мед. альманах 2005; 8 (3): 189–192.
14. Hofbauer L.C., Rafferteder M., Janssen O.E., Gartner R. Insulin-like growth faktor I messenger ribonuc acid expression in porcine thyroid follicles is regulated by thyrotropin and iodine. Eur. J. Endocrinol. 1995; 132: 605–610.
15. Hall R. Pregnancy and autoimmune endocrine disease. Bailliquer's Clin. Endocrinol. Metab. 1995; 9: 137–155.

© В.А. Маляр, М.В. Віраг, 2008

Отримано 06.05.08

УДК 618.346:618.33-008.64

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МАЛОВОДДЯ І БАГАТОВОДДЯ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНО-ХЛАМІДІЙНОМУ ІНФІКУВАННІ ВАГІТНИХ ЖІНОК

О.О. КОРЧИНСЬКА, В.В. МАЛЯР

Ужгородський національний університет

Резюме. Стаття посвячена изучению особенностей течения беременности, а также морфологическим изменениям в плаценте и околоплодных оболочках при маловодии и многоводии на фоне цитомегаловирусно-хламидийного инфицирования беременных женщин. Результаты исследований показали, что одной из главных причин маловодия и многоводия при сочетании цитомегаловирусно-хламидийном инфицировании являются структурные изменения в околоплодных оболочках и плаценте.

Ключевые слова: беременность, многоводие, маловодие, цитомегаловирусно-хламидийное инфицирование, амнион, плацента.

Summary. The article is devoted to the study of features of flow of pregnancy, and also morphological changes in a placenta and amniotic shells at oligohydramnion and polyhydramnion on a background the cytomegalovirus-chlamydia infection of expectant mothers. Results, researches showed that one of main reasons of oligohydramnion and polyhydramnion at combination of cytomegalovirus-chlamydia infection, there are the structural changes in okolooplodnykh shells and placenta.

Keywords: pregnancy, polyhydramnion, oligohydramnion, cytomegalovirus-chlamydia infection, amnion, placenta.

ДОВЕДЕНО, що патологія навколоплодового середовища у вагітних жінок є однією з найчастіших, яким важко запобігти, і непрогнозованих ускладнень [2, 5]. Особливої актуальності вказана проблема набуває у зв'язку зі значним поширенням поєднаних форм TORCH-інфекцій [1, 3, 6]. Дослідження, присвячені даній проблемі, в основному, носять фрагментарний характер [2, 4, 7].

В даний час доведено, що в утворенні та циркуляції амніотичної рідини важливу роль відіграють навколоплодові структури, через які відбувається параплацентарний обмін між плодом і матір'ю [2, 5]. Встановлено, що під впливом одного або декількох патологічних факторів і, зокрема, інфекції може виникати дезорганізація основних функцій амніона з подальшим розвитком незво-