

Із 84 народжених дітей, 65 (77,4%) народилось із оцінкою 8-10 балів по шкалі Apgar, 15 дітей (17,9%;  $P < 0,01$ ) - в асфіксії різного ступеня тяжкості. Перинатальна смертність становила 48‰ (4 плодів і новонароджених): 2 мертвонароджених і 2 дитини померли в ранньому постнатальному періоді.

67,8% новонароджених народились з вагою в межах 2500-4000 г, 22 дитини (26,2%;  $P < 0,001$ ) були недоношені або гіпотрофічні і 5 дітей (6,0%) мали вагу більше 4000 г.

### **Висновки**

Отже, у вагітних з вадами серця, порівняно із здоровими вагітними, частіше зустрічались такі ускладнення пологів, як слабкість пологової діяльності, кровотечі, асфіксія новонароджених. Вищою була перинатальна смертність. Значно вищою була частота оперативних втручань в пологах. Частіше спостерігалась гіпотрофія новонароджених.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. *Гилязутдинова З.Ш.* Экстрагенитальная патология и беременность: Практическое руководство. – М.: МЕД-пресс, 1999. – 448 с.
2. *Лихачев В.К.* Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных. – Полтава: Соломия, 2002. – 256с.
3. *Кокрановское руководство: Беременность и роды /Д.Ю.Хофмейр, Д.П.Нейлсон, З.Алфиревич и др.* – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.
4. *Медведь В.И.* Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных.- К.: Авиценна, 2004.- 168 с.
5. *Шехтман М.М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 816 с.
6. The Task Force on the Management of Cardiovascular Disease during Pregnancy of European Society of Cardiology. Expert Consensus Document on Management of Cardiovascular Disease during Pregnancy // Eur. Neart j. – 2003. – v.24. – p.761 – 781

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ПРУТНЯКА ЗВИЧАЙНОГО У ЛІКУВАННІ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ**

*ЛІХАЧОВ В.К., ЛЯХОВСЬКА Т.Ю., ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М.*

м. Полтава

Передменструальний синдром (ПМС) – розповсюджена патологія, частота якої, за даними різних авторів, коливається в межах від 25% до 70%. З віком частота захворювання зростає. Ним страждають близько 20% жінок до 30 років і більше 50% жінок після 40 років [3, 6]. Причини даної патології вивчені недостатньо. Найбільш розповсюджена теорія порушення співвідношення жіночих статевих гормонів в організмі – підвищення вмісту естрогенів та зниження вмісту прогестерону, внаслідок чого порушується баланс мінеральних речовин в організмі, відбувається затримка рідини (цим пояснюються набряки, болі в молочних залозах, пітливість, збільшення ваги) [1]. Описаний також вплив естрогенів на продукцію нейротрансмітерів, наприклад серотоніну і дофаміну, які впливають на регуляцію настрою, поведінку, когнітивні функції. Так дисбаланс нейротрансмітерів викликаний зниженням рівня естрогенів або обумовлений зростанням секреції пролактину підвищує схильність до порушень в психоемоційній сфері [7]. Зміна співвідношення гормонів може бути викликана і психоемоційними факторами, наприклад стресом. Умови життя сучасної жінки, підвищення її соціальної ролі, а, відповідно, емоційно-психічних наван-

тажень, психосоціальних конфліктів, стрімкий розвиток інформаційних технологій приводять до невміння керувати стресом і розвитку патологічних станів в організмі жінки. [4, 5]. 5-8% жінок репродуктивного віку страждають передменструальними дисфоричними розладами (ПМДР), провідна роль при яких належить симптомам психоемоційного характеру: депресивному настрою і емоційній лабільності. Клінічними проявами впливу стресу на репродуктивне здоров'я може бути розвиток тяжких форм ПМС. В теперішній час увага до цієї проблеми не зменшується. Це пояснюється підвищенням частоти захворювання і соціально-економічними аспектами, так як у 5-19% випадків симптоми мають яскраво виражений характер і є причиною зниження рівня працездатності та рівня сімейної і соціальної адаптації. [3, 6].

**Метою дослідження** було вивчення частоти дисфоричних розладів, гормонального балансу у жінок з тяжкою формою передменструального синдрому та ефективності впливу препарату, який включає в себе екстракт прутняка звичайного, при даній патології.

### **Матеріали та методи дослідження**

Під наглядом знаходилась 31 жінка репродуктивного віку з тяжкою формою ПМС. Усі хворі пройшли обстеження, яке включало ретельний збір анамнезу, проведення об'єктивного і лабораторного обстеження, ультразвукового дослідження органів малого тазу і молочних залоз (відповідно до наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. «Передменструальний синдром» [2]). Клінічно значимих відхилень від нормативних показників виявлено не було. Під час всього періоду дослідження пацієнтки щоденно заповняли стандартизовані ПМС-щоденники, в яких самостійно оцінювали 18 симптомів ПМС (перепади настрою, депресія, подразливість, тривога, агресивність, приступи плаксивості, набряки кінцівок, нагрубання молочних залоз, болі в молочних залозах, здуття живота, болі внизу живота, в поперековій ділянці, головний біль, втомлюваність, зміну апетиту, потяг до солодкого/солоного, безсоння). Інтенсивність симптомів оцінювалась за 4-бальною шкалою. Для визначення тяжкості ПМС і ефективності лікування підраховували середній сумарний показник цих симптомів за перші 7 днів циклу і за 7 днів перед менструацією (лютеїнова фаза) в кожному циклі.

Діагностика ПМДР ґрунтувалась на наявності протягом трьох циклів підряд за 3-14 днів до менструації не менше п'яти з одинадцяти характерних симптомів (причому, щоб обов'язково був присутній один з перших чотирьох). Як критерії ПДР враховували: депресивний стан; неспокій; лабільність настрою; агресивність, дратівливість; зниження інтересу до життя; погіршення зосередженості; швидку втомлюваність; зміни апетиту; порушення сну: безсоння або сонливість; порушення самоконтролю; фізикальні симптоми (головний біль, болі в молочній залозі, набряк кінцівок, болі в м'язах і суглобах, здуття живота).

Для визначення початкового рівня стресової напруги та її динаміки використовували опитувальник «Визначення нервово-психічного напруження» Немчина, який містить 30 пунктів. Оцінка результатів проводилася за бальною системою, де мінімальний рівень стресової напруги становив 30 балів, максимальній – 90 балів. Слабка нервово-психічна напруга відповідала проміжку 30-50 балів, середня – 51-70 балів, висока – 71-90 балів. Рівень естрадіолу, прогестерону, пролактину визначали імуноферментним методом. Показники оцінювали до початку лікування, через 1, 2 місяці та по закінченню курсу лікування. Одержані дані обробляли методами варіаційної статистики з визначенням критерія Ст'юдента за допомогою комп'ютерних програм.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Вік жінок коливався від 24 до 43 років і в середньому становив  $33,7 \pm 4,6$  років. У всіх хворих скарги з'являлись за 4-10 днів до менструації, відмічалась їх циклічність і зникнення з початком або протягом 2-3 днів менструації. Середній сумарний показник розрахований за 7 днів до менструації згідно записів у ПМС-щоденнику до початку лікування коливався від 24,3 балів до 49,7 і в середньому становив  $37,2 \pm 6,3$  бали. Вихідні значення оцінки психоемоційного стану серед 31 обстеженої жінки за опитувальником Немчина становили  $77,6 \pm 7,9$  бали у 23 (74,2%) осіб, що вказувало на високий рівень стресової напруги,

у 8 (25,8%) жінок цей показник становив  $55,8 \pm 6,7$  бали, що відповідало середньому рівню стресової напруги, низький рівень стресової напруги не відмічений у жодної жінки. Одержані дані вказують на те, що передменструальний синдром часто поєднується з високим рівнем стресової напруги, на що вказують і результати інших авторів і дозволяють розглядати ПМС як прояв психоемоційної дезадаптації в репродуктивному віці [4, 8]. Одним із чинників розвитку хронічного стресу та ПМС може бути функціональна гіперпролактинемія. Пролактин подавляє секрецію гонадоліберину і, відповідно, синтез статевих гормонів, зокрема естрадіолу. Порушення співвідношення між естрогенним і гестагенним компонентами може викликати передменструальні симптоми і порушення менструального циклу [7]. Тому нами проведено визначення рівня естрадіолу, прогестерону та пролактину у досліджуваних жінок. Концентрація пролактину у більшості обстежених хоча і не виходила за межі норми, але знаходилась на її верхній межі та становила  $689,4 \pm 36,5$  мМЕ/л. Лише у 3 (9,7%) осіб вона дещо перевищувала норму  $743,3 \pm 13,1$  мМЕ/л. Рівень прогестерону у лютеїнову фазу був у цілому дещо знижений –  $9,5 \pm 3,4$  нмоль/л. Концентрація естрадіолу у другу половину фолікулярної фази становила  $1,5 \pm 0,3$  нмоль/л.

Проведені дослідження дають змогу застосувати в комплексі лікування препарат, який включає в себе екстракт прутняка звичайного. Наявність біциклічних детерпенів і інших біологічно активних компонентів, які діють на Д2-рецептори дофаміна і м'яко знижують рівень пролактину, обумовлюють високу ефективність прутняка у боротьбі з психоемоційними передменструальними симптомами. Призначали препарат по 40 крапель чи 1 пігулці 1 раз на день (вранці з невеликою кількістю води), курс лікування становив 3 місяці. Кожна пігулка містить 40 мг екстракту *Vitex agnus castus*. Приймається препарат незалежно від гормонального циклу, добре переноситься, не містить синтетичних гормонів.

У процесі лікування спостерігалось достовірне зниження інтенсивності симптомів ПМС, яке було відмічене вже через місяць після початку прийому препарату і продовжувало знижуватись до кінця 2-го місяця та до закінчення курсу лікування. Так серед обстежених жінок середній сумарний показник обчислений згідно ПМС-щоденників знизився після одного місяця лікування до  $32,5 \pm 5,8$  балів, в кінці другого місяця прийому препарату він складав  $25,3 \pm 5,1$  балів. Після закінчення курсу лікування середній сумарний показник становив  $19,4 \pm 32,8$  балів, що майже на 52% нижче вихідного рівня ( $p < 0,05$ ). Слід відмітити, що після тримісячного курсу лікування знизився і рівень психоемоційної напруги. Так, у 21 жінки з високим рівнем стресової напруги після лікування відмічене достовірне зниження даного показника з  $77,6 \pm 7,9$  балів до  $54,3 \pm 5,6$  балів ( $p < 0,05$ ). У 6 жінок з середнім рівнем стресової напруги після 3-місячного прийому препарату теж визначалось покращення загального стану та зниження цього показника з  $55,8 \pm 6,7$  балів до  $42,9 \pm 4,3$  балів ( $p < 0,05$ ). Лише 4 (12,9%) особи не відмітили позитивної динаміки і продовжували відмічати високий (2 хворі) та середній (2 хворі) рівні психоемоційної напруги.

Дослідження гормонального статусу вказувало на нормалізацію концентрації пролактину, в середньому до  $443,5 \pm 36,4$  мМЕ/л, естрадіолу у другу половину фолікулярної фази до  $1,2 \pm 0,3$  нмоль/л, підвищення рівня прогестерону в лютеїнову фазу до  $35,3 \pm 6,6$  нмоль/л. Тобто під впливом прийому препарату відбувається відновлення співвідношення між естрогенами, прогестероном та пролактином, що сприятливо впливає на зменшення клінічних проявів передменструального синдрому, встановлення гормонального балансу в організмі жінки, зменшення психоемоційної напруги.

### Висновки

Таким чином, результати проведеного дослідження вказують на позитивний ефект від застосування препарату, який включає в себе екстракт прутняка звичайного, що клінічно проявлялося суттєвим зниженням вираженості передменструальних дисфоричних розладів, зменшенням рівня стресової напруги і симптомів психоемоційної дезадаптації та покращенням загального самопочуття, нормалізацією гормонального балансу у жінок репродуктивного віку та доцільність включення у схеми лікування передменструального синдрому цього препарату.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / В.И. Кулаков. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – С. 368-377.
2. Передменструальный синдром / наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.
3. Поликлиническая гинекология / под ред. Прилепской В.Н. – Москва: Медпресс-информ, 2005. – С.302-325.
4. Прилепская В.Н. Лечение предменструального синдрома препаратом на основе сухого экстракта авраамова дерева / В.Н. Прилепская, А.В. Ледина, А.В. Тагиева, Ф.С. Ревазова // Проблемы репродукции. – 2007. – №2. – С. 28-34.
5. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский. – Киев: Заповіт, 2003. – С. 111-146.
6. Татарчук Т.Ф. Эффективность применения препаратов, оказывающих дофаминергическое действие, в комплексной терапии дисгормональной стрессиндуцированной патологии / Т.Ф. Татарчук // Природная медицина. – 2010 - №3. – С. 20-25.
7. Jarry H. Agnus castus lindert auch affective Symptome / H. Jarry // NaturaMed. – 2009. – №3.
8. Raus K. Daten sprechen fur den Einsatz von Vitex agnus castus / K. Raus // NaturaMed. – 2008. – №3.

## РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА В ГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

ЛОБАСТОВА Т.В., ЧЕЧУГА С.Б.

г. Винница

Преэклампсия (ПЭ) до настоящего времени является одной из актуальных проблем современного акушерства, ее частота неуклонно растет и не имеет тенденции к уменьшению [1, 2, 3]. Приведенная патология беременности диагностируется у 6-8% беременных в развитых странах и более 20% в развивающихся. В России, Белоруссии, Украине и некоторых других странах на европейской территории постсоветского пространства, несмотря на снижение абсолютного числа родов, за последнее десятилетие, частота преэклампсии из года в год увеличивается, и в настоящее время составляет 12-24%, причём тяжелая форма 8-10% [3]. ПЭ занимает четвертое место в структуре летальности у беременных, на ее долю приходится 21,3% материнской смертности. Преждевременные роды при преэклампсии имеют место в 20-30%, перинатальная заболеваемость составляет 463-780‰, а перинатальная смертность 10-30‰ [2].

Особое внимание исследователей обращено на патофизиологию преэклампсии, а также на разработку методов раннего прогнозирования и профилактики ПЭ. Среди обсуждаемых теорий патогенеза ПЭ наиболее яркими являются гипотезы тромбофилии, маточно-плацентарной ишемии, дефектов имплантации плодного яйца и инвазии трофобласта [4].

Физиологическая беременность сама по себе является триггером тромбофилических нарушений, при котором уже в 5-6 раз повышается риск венозных тромбозов. При этом определенную роль играют сдавление беременной маткой нижней полой вены и подвздошных вен, увеличение объема крови, недостаточность венозных клапанов [4]. Предрасполагающими факторами могут быть тенденция к стазу в результате гормональных изменений, состояние физиологической гиперкоагуляции, ингибирование фибринолиза, снижение со-