

Результати дослідження та їх обговорення

Проведені дослідження виявили, що у всіх обстежених жінок з ХЕ в анамнезі відмічалася висока частота гінекологічних захворювань в основному запального ґенезу, також порушення репродуктивного здоров'я: невиношування вагітності в анамнезі відмічено у 25 (92,5%) обстежених жінок, первинне непліддя – у 5 (18,5%) хворих, вторинне непліддя – у 8 (29,6%) обстежених жінок, не пов'язаного з трубними та аутоімунними чинниками. Виявлені в анамнезі запальні процеси геніталій у 78% випадків носили рецидивуючий характер з частими загостреннями і клінічними проявами у вигляді больового синдрому, з порушеннями оваріально-менструального циклу, патологічними виділеннями із статевих органів. Обтяжений акушерський анамнез спостерігався у всіх обстежених жінок.

Лікування вважалося ефективним, коли зникали ознаки ХЕ: був відсутній больовий синдром, нормалізувалися виділення із статевих органів. При бактеріоскопічному та бактеріологічному дослідженні не висівалася патологічна мікрофлора. Нормалізувалися показники УЗД у лютеїнову фазу менструального циклу, наступала та виношувалася до строку вагітність. Згідно цих критеріїв ефективності лікування ХЕ із застосуванням біопунктури і біофорезу плацента-композитум больовий синдром у ділянці матки та придатків матки був купований у 97,5% обстежених жінок, при бактеріоскопічному обстеженні II-III ступінь чистоти піхвових мазків була виявлена у 77,3% обстежених хворих. Вагітність наступила у 9 (33,3%) пацієнток, триває у 5 (18,5%), закінчилася своєчасними пологамі у 3 (11,1%), в однієї пацієнтки вагітність закінчилася мимовільним викиднем у терміні вагітності 8 тижнів. Решта 14 пролікованих жінок практично здорові, 4 пацієнтки продовжують поглиблене обстеження і лікування.

Висновки

Отже, результати проведених досліджень свідчать про те, що біофорез і біопунктура препаратів біологічної медицини призводять до нормалізації рецепторного апарату матки та формування повноцінної секреторної трансформації ендометрію у лютеїнову фазу менструального циклу за рахунок підвищення регенеративних та активації імунологічних властивостей ендометрію, що підтверджує високу ефективність, доцільність та перспективність біофорезу та біопунктури препаратів біологічної медицини в лікуванні хронічного ендометриту.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

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

м. Полтава

Набуті вади серця (НВС) є складною патологією в плані прогнозу як під час вагітності, так і поза нею. Основним етіологічним чинником їх виникнення являються ураження клапанного апарату серця ревматичним процесом. Вагітність і НВС не просто поєднання двох окремих станів, а два процеси (фізіологічний та патологічний), що динамічно змінюються під взаємним обтяжливим впливом [1,2]. Головне значення в тому, наскільки негативним буде цей вплив, мають [3,4]:

- -вік жінки (до 20 років частіше спостерігаються загострення ревматичного процесу; у віці старше 30 більша ймовірність гемодинамічних ускладнень);
- - тривалість захворювання і характер його перебігу;
- -стан гемодинаміки на момент настання вагітності;
- - наявність супутньої (екстракардіальної або акушерської) патології.

Коли ці обставини мають несприятливий відтінок або поєднуються, вагітність у жінок з НВС стає досить небезпечним випробовуванням. При цьому основний ризик для матері і плоду становить не сам факт наявності сформованої вади, а гемодинамічні зміни, викликані нею і потенційовані гестаційним процесом [2,5]. Вагітність несприятливо впливає на перебіг кардіологічного патологічного процесу, обумовлюючи виникненню серцевої недостатності, або переводячи останню в більш тяжку форму [5,6]. В цьому плані найбільш значущими гестаційнообумовленими змінами гемодинаміки являються зростання об'єму циркулюючої крові і серцевого викиду, наростання легеневого судинного опору та здавлювання вагітною маткою нижньої порожнистої вени. [2].

Швидкість виникнення серцевої недостатності залежить від навантаження, що припадає на уражений клапан в процесі виконання серцем своєї насосної функції. Найбільше механічне навантаження здійснюється на мітральний клапан – 100 мм рт. ст., дещо менше – на аортальний і трикуспідальний (65 і 15 мм рт. ст.), ще менше – на легеневі – до 5 мм рт. ст. Відповідно до цього найчастіше зустрічаються і більш швидко формуються мітральні вади серця [5,6].

Матеріали та методи дослідження

Був проаналізований перебіг вагітності і пологів у 84 жінок з набутими вадами серця (в залежності від виду вади серця і ступеню недостатності кровообігу) в порівнянні з такими у 137 жінок з фізіологічним перебігом вагітності.

Діагноз захворювання (етіологія та вид вади серця, стадія недостатності кровообігу) виставляли після консультації кардіолога на основі даних анамнезу, медичної документації поліклінік, суб'єктивних проявів захворювання, результатів об'єктивного, лабораторного та додаткових методів обстеження. Верифікація виду вади серця проводилась за допомогою клінічних та допоміжних методів дослідження (ЕКГ, ехокардіоскопії), серед яких провідною була ехокардіоскопія.

Результати дослідження та їх обговорення

Здорові вагітні. Із групи здорових вагітних 31 жінка була віком від 18 до 20 років, 53 - віком від 21 до 25 років, 34 - віком від 26 до 30 років, 17 - віком від 31 до 35 років і 2 - віком від 36 до 40 років. Із загальних захворювань в анамнезі 64 жінки перенесли дитячі інфекції, 25 - тонзиліт, 32 - вірусні захворювання, соматична патологія була у 19, оперативні втручання (включаючи операції з приводу хірургічної патології) - у 21 жінки. Гінекологічними захворюваннями в анамнезі страждали 42 жінки: 13 жінок мали сальпінгоофорит, 14 - диспластичні процеси шийки матки, 12 - порушення менструального циклу, 3 - перенесли гінекологічні операції. Появу менархе до 12 років відмічали 3 жінки, з 12 до 14 років - 115, після 14 років - 19. Болючі та рясні менструації спостерігались у 23 жінок, нерегулярні - у 6, гіпоменструальний синдром мав місце у 5 обстежених.

Першовагітних у цій групі жінок було 57, повторновагітних - 80. З числа повторновагітних 62 жінки мали в анамнезі від 1 до 3 вагітностей, 18 - від 4 до 6 вагітностей.

Дана вагітність завершилась своєчасними пологами у 122 (89,1%) обстежених жінок, передчасними - у 7 (5,1%), запізними - у 8 (5,8%) жінок. Пологи ускладнились: в 14 випадках (10,2%) - несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод, в 7 випадках (5,1%) - слабкістю пологової діяльності, в 5 випадках (3,6%) - кровотечею, що перевищила 0,5% від маси тіла. Частота оперативних втручань становила: кесарів розтин - 5,8%, акушерські щипці - 3,6%, перінеотомія - 9,5%, ручне відокремлення плаценти і ручне обстеження порожнини матки - 13,9%.

93,6% народжених дітей були оцінені в 8-10 балів по шкалі Apgar, 5,7% народились в асфіксії різного ступеня тяжкості. Інтранатально загинула одна дитина (7,2‰). 83,4% новонароджених мали вагу тіла в межах 2500-4000 г, 6,5% - вагу менше 2500 г і у 10,1% - вага перевищувала 4000 г.

Вагітні з вадами серця. 19 жінок були віком від 18 до 20 років, 25 - від 21 до 25 років, 23 - від 26 до 30 років, 11 - від 31 до 35 років і 6 - від 36 до 40 років. Розумовою працею займались 57, фізичною - 27 хворих. В анамнезі дитячі інфекції були у 57 обстежених, тонзиліти - у 37, вірусні інфекції - у 24, різні соматичні захворювання - у 54. Оперативні

втручання перенесли 20 жінок. Сальпінгофорити мали місце в анамнезі у 12 хворих даної групи, диспластичні процеси шийки матки - у 9, неплідність - у 4, гінекологічні операції - у 4 обстежених жінок. Перша менструація у 73 жінок з'явилась в 12-14 років, у 4 - до 12 років, у 7 - після 14 років. Різні форми порушення менструальної функції спостерігались у 25 обстежених.

Першовагітних в цій групі було 16, повторновагітних - 68. Серед повторновагітних 53 жінки мали від 1 до 3 вагітностей, 15 - від 4 до 6 вагітностей. Серед 84 обстежених вагітних з вадами серця, 31 жінка була без недостатності кровообігу (без НК), 31 - з першою стадією (НК I ст.) і 22 - з ІІА стадією недостатності кровообігу (НК ІІА ст.). У всіх жінок недостатність кровообігу розвивалась через набуті вади серця ревматичної етіології. З таблиці видно, що у більшості обстежених хворих були мітральні вади серця: комбінована мітральна вада переважно із стенозом лівого венозного вічка, комбінована мітральна вада з переважною недостатністю мітрального клапану, недостатність мітрального клапану.

Таблиця 1

Розподіл обстежених вагітних з вадами серця за стадіями недостатності кровообігу та видами вад

№п/п	Вид вади серця	Без НК	Стадії недостатності кровообігу		Всього обстежених	
			НК I	НК II A		
1	Комбінована мітральна вада переважно із стенозом лівого венозного вічка	19	16	8	43	51,2%
2	Комбінована мітральна вада переважно з недостатністю мітрального клапана	5	5	6	16	19,0%
3	Недостатність мітрального клапана	5	6	3	14	16,7%
4	Мітрально-аортальні вади	1	2	3	6	7,1%
5	Недостатність аортального клапану	1	2	2	5	6,0%
Всього		31	31	22	84	100%

Всі обстежені жінки мали неактивну фазу ревматичного процесу. Тобто недостатність кровообігу I та ІІА ст. наступала у обстежених жінок не за рахунок активізації ревматичного процесу, а внаслідок підвищеного навантаження на скомпрометоване серце через прогресуючу вагітність. Суттєвим є факт, що при повторних вагітностях у жінок з НВС недостатність кровообігу виникала приблизно в 2 рази частіше, ніж у першовагітних, і перебіг її був тяжчий.

АТ у обстежених вагітних з вадами серця порівняно із здоровими вагітними суттєво не змінювався; частота серцевих скорочень мала тенденцію до підвищення, досягаючи у вагітних з недостатністю кровообігу ІІА ступеня $94,6 \pm 4,5$ в 1 хвилину (у здорових вагітних - $82,8 \pm 2,9$ в 1 хвилину; $p < 0,05$). Добовий діурез закономірно знижувався по мірі наростання тяжкості НК. Периферичні набряки мали місце у 2 жінок (6,45%) без НК, у 8 жінок (25,8%) з НК I ступеня і у 9 жінок (40,9%) з НК ІІА ступеня.

Пологи у жінок з вадами серця проводили, як правило, в присутності терапевта і анестезіолога-реаніматолога. Пологи велись з досконалим знеболюванням, використанням медикаментів для попередження гострої серцевої недостатності, за показаннями виключався ІІ період родів або проводився кесарів розтин, використовувались заходи з профілактики кровотеч в послідовому та ранньому післяпологовому періодах.

Вагітність завершилась своєчасними пологамі у 67 жінок (79,7%), передчасними - у 12 (14,3%) і запізнілими - у 5 (6,0%) жінок, що вказує на підвищення частоти передчасних пологів порівняно із здоровими вагітними. Частіше, ніж у групі здорових вагітних мали місце: слабкість пологової діяльності (11,9%), кровотечі, що перевищували 0,5% від маси тіла (11,9%; $P < 0,02$), асфіксія новонароджених (17,9%; $P < 0,01$). Значно вищою була частота оперативних втручань в пологах: акушерські щипці накладались в 23,8% ($P < 0,001$); кесарів розтин був проведений в 21,4% ($P < 0,001$); ручне відокремлення плаценти і обстеження порожнини матки - в 22,6% випадків.

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-