



ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2013

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43
З-41

Редакційна колегія:

Головний редактор – академік НАМН України В.М. Запорожан
Відповідальний науковий редактор – член-кор. НАМН України В.В. Камінський
Виконавчий редактор – доц. О.М. Борис
Відповідальний секретар – І.В. Малишева

Редакційна колегія:

Проф. А.В. Бойчук
Проф. С.Р. Галіч
Проф. С.М. Геряк
Проф. В.Г. Дубініна
Проф. З.М. Дубосарська
Проф. Ю.О. Дубосарська
Проф. Н.М. Рожковська

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6

*Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 3140 від 25.03.1998*

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – 424 с.

ISBN 978-966-8977-38-1.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

УДК 618 (082)
ББК 57.1я43

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК З РІЗНИМИ КОНСТИТУЦІЙНИМИ ТИПАМИ ТАТАРЧУК Т.Ф., КАПШУК І.М.	370
РОЛЬ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ЭТАПЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ К ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ТАТАРЧУК Т.Ф., КОСЕЙ Н.В., РЕДЬКО Н.А.	373
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТОВ НА ФОНЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ТАРАН О. А.	375
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ЗА НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТАРАСЕНКО К. В.	379
СТАН ЛОКАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК ІЗ РАННІМИ ВТРАТАМИ ВАГІТНОСТЕЙ ТРОХИМОВИЧ О. В., ЧУБЕЙ Г. В., СТАМБОЛІ Л. В.	382
ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ УСЕВИЧ І.А., БЕНЮК В.О., УСЕВИЧ Л.А.	384
ОСНОВНИ РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ РОЗШИРЕНОЇ ІНІЦІАТИВИ «ЛІКАРНЯ, ДОБРОЗІЧЛИВА ДО ДИТИНИ» В ДОНЕЦЬКОМУ РЕГІОНІ ХОЛОДНЯК Т.І.	386
ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ ЧАЙКА А.В., НОСЕНКО Е.Н., ХАНЧА Ф.А., МОРГУНЕЦ О.Г.	389
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНА В ТЕРАПИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЧАЙКА К.В., ЖИХАРСКИЙ Р.В.	395
ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕДНИЧЕНКО В.І., ПОЧИНОК В.А., ПІКУЛЬ М.Ю., МЕЗІНА В.І., МАКСИМ'ЯК О.Я.	399
ОСОБЛИВОСТІ МАСИ ТІЛА БЛИЗНЮКІВ ПРИ ВАГІТНОСТІ ДВІЙНЕЮ ШЕВЧЕНКО С. Б., БЕНЮК В. О., КОВАЛЮК Т. В.	402
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КІСТКОВО-МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ВАГІТНИХ З ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА ШЕЛЕСТОВА Л.П., АЛЛАХВЕРДІСВ Р.С.	403
ВИЛИВ РІЗНОЇ ГЕСТАЦІЙНОЇ ПРИБАВКИ МАСИ ТІЛА У ВАГІТНИХ З ОЖИРІННЯМ НА ЧАСТОТУ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ШЕЛЕСТОВА Л.П.	406
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ ЩЕРБИНА Н.А., ЛАЗУРЕНКО В.В., СОРОКОЛАТ Ю.В., ГОЛУБОВА М.В., ЧЕРНЯК О.Л.	409
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА МЕТИОНИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЩЕРБИНА Н.А., ЛИПКО О. П., ПОТАПОВА Л. В., ЩЕРБИНА И. Н.	412
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЩЕРБИНА Н.А., КУЗЬМИНА И.Ю., ПЛАХОТНАЯ И.Ю., КАРТАШОВА М.А.	416

3. Пестрикова Т.Ю. Воспалительные заболевания в гинекологии / Т.Ю. Пестрикова, И.В. Юрасов.-М.: «Литера».-2009.-243с.
4. Стеняева Н.Н. Диагностика нарушений сексуальной функции у женщин с урогинекологическими заболеваниями / Н.Н. Стеняева, И.А. Аполихина // Акушерство и гинекология.-2011.-№5.-С.23-28.
5. Sexually Transmitted Diseases, 2011. Treatment Guidelines <http://www.cdc.gov/std/PID/treatment.htm>
6. Srivastava R. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology/R.Srivastava, R.Thakar, A.Sultan//Obstet.Gynecol.Surv.-2008.-Vol.63.-P.527-537.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА МЕТИОНИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

ЩЕРБИНА Н.А., ЛИПКО О. П., ПОТАПОВА Л. В., ЩЕРБИНА И. Н.

г. Харьков

Несмотря на достигнутые большие успехи в лечении преэклампсии за последние 10 лет, частота ее возникновения не имеет тенденции к снижению и достигает по некоторым регионам 23-24% [1,6].

Это, вероятно, связано с тем, что внимание акушеров-гинекологов и научные разработки в этом плане были посвящены в основном повышению эффективности лечения преэклампсии. В то же время вопросы профилактики этого грозного осложнения до настоящего времени остаются в «тени», хотя с давних времен известен постулат, что легче предупредить развитие того или иного патологического процесса, чем его лечить.

В настоящее время выделяют более 30 патогенетических теорий развития позднего гестоза, объясняющих его развитие с позиций нейро-эндокринно-обменного, иммунологического дисбаланса, эндотелиальной дисфункции и др. [5]. Важное место в развитии эндотелиальной дисфункции отводится гипергомоцистеинемии, которая приводит к активации XII, Va факторов свертывания крови, протромбина, тканевых факторов свертывания, способствует снижению активности тромбомодулина и способности клеток эндотелия связывать антитромбин III, а так же снижению фибринолиза [2].

В то же время, развитие гипергомоцистеинемии напрямую связано с нарушениями метаболизма метионина. Метионин, поступая в организм деметилируется, образуя S-аденозилгомоцистеин, который под воздействием гидролазы, в свою очередь, превращается в аденозин и гомоцистеин. Гомоцистеин напрямую взаимодействует с вышеназванными факторами свертывания крови и способствует развитию гиперкоагуляции [4]. Кроме этого, гомоцистеин понижает экспрессию глутатионпероксидазы в эндотелиальных клетках, а следовательно повышает перекисное окисление липидов и инактивацию NO, что является пусковым механизмом эндотелиальной дисфункции. При нормальном метаболизме гомоцистеин в печени подвергается реметилированию. 1-й путь реметилирования происходит благодаря ферменту метионинсинтетазы, коферментом которой является витамин B₁₂. 2-й путь превращения гомоцистеина в цистатин происходит реакцией транссульфирования, благодаря участию фермента цистатин -синтетазы, коферментом которого является витамин B₆ [4].

Исходя из описанных биохимических процессов метаболизма метионина становится очевидным, что для предотвращения накопленного в организме гомоцистеина, который способствует развитию эндотелиальной дисфункции, необходимо достаточное содержание в организме витаминов B₁₂, B₆. Следует отметить, что метиониновый цикл с участием метионин-синтетазы пересекается с обменом фолатов. Так донором метильной группы для

2-го пути реметилирования выступает 5-метилентетрагидрофолиевая кислота (коферментная форма витамина В₉). Таким образом, при дефиците витамина В₉ будет нарушена реакция реметилирования и превращение гомоцистеина в метионин.

Целью исследования была разработка параметров назначения витаминов В₆, В₉, В₁₂ беременным из группы риска по возникновению позднего гестоза и определение эффективности этой профилактики.

Материалы и методы исследования

Задачами исследования были:

1. Определить содержание гомоцистеина, витаминов В₆, В₉, В₁₂ в организме здоровых беременных, беременных с прегестозом и развившимся поздним гестозом.
2. Разработать параметры для беременных с прегестозом, которым необходимы назначения витаминов В₆, В₉, В₁₂.
3. Проследить динамику развития позднего гестоза у беременных с прегестозом, получавших и не получавших указанные витамины, и, таким образом оценить эффективность его профилактики.

Для выполнения поставленных в работе задач нами было обследовано 68 беременных с поздним гестозом легкой и средней степени тяжести (1 клиническая группа), 62 беременные с признаками прегестоза (2 клиническая группа) и 31 здоровая беременная в сроках беременности 27-32 недели (контрольная группа). Все беременные были первородящими.

1 клиническая группа была разделена на 2 подгруппы в зависимости от тяжести течения гестоза. 1-А подгруппу составили 35 (51,5%) беременных с легким течением гестоза, 1-В – 33 (48,5%) беременные с гестозом средней степени тяжести.

Беременные с прегестозом были так же разделены на 2 подгруппы. 2-А подгруппу составили 30 (48,3%) беременных, которым после установления прегестоза никакое лечение не проводилось и 32 (51,7%) беременные, которые составили 2-В подгруппу, которым после установления прегестоза были назначены витамины В₆, В₉, В₁₂ индивидуально в зависимости от их концентрации в организме. Во 2 клинической группе обследование беременных проводилось повторно накануне родов.

Средний возраст беременных составил 26±6 лет. Группы статистически значимо не различались по показателям гинекологических и соматических заболеваний в анамнезе. Также из исследования были исключены беременные с наличием сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний, а так же патологии ЖКТ. Степень тяжести гестоза у пациенток 1 группы устанавливалась в соответствии с диагностическими критериями (Приказ МЗ Украины № 676 от 31.12.2004 г. «Об утверждении клинических протоколов оказания акушерской и гинекологической помощи» с изменениями, внесенными согласно приказам МЗ № 782 от 29.12.2005 г. и № 624 от 03.11.2008 г.) [3]. Установление прегестоза проводилось в соответствии с диагностическими критериями, изложенными в монографии Б.М. Венцковского с соавт. (2005).

Кроме методов обследования, изложенных в вышеперечисленных источниках, всем беременным проведено определение в крови гомоцистеина витаминов В₆, В₉, В₁₂.

Общий -гомоцистеин определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием тест наборов Axis-shields (США).

Витамины В₆, В₉, В₁₂ определяли иммунохемилюминисцентным методом с использованием автоматического анализатора «ELECSYS» и реагентов фирмы «Roshe» (Франция).

Результаты исследования и их обсуждение

Данные о содержании гомоцистеина витаминов В₆, В₉, В₁₂ в контрольной, 1 и 2 клинических группах представлено в таблице 1.

Таблиця 1

Содержание гомоцистеина витаминов В₆, В₉, В₁₂ у беременных

Клинические группы	Показатели	α-гомоцистеин млМоль/л	В ₆ нг/мл	В ₉ нг/мл	В ₁₂ пмоль/л
1-А подгруппа – беременные с гестозом легкой степени тяжести в сроке 27-32 недели (n=35)		19,8±3,5*	8,1±0,7*	3,7±0,6*	142±31*
1- В подгруппа – беременные с гестозом средней степени тяжести в сроке 27-32 недели (n=33)		36,2±5,7 ^о *	4,9±0,3 ^о *	2,9±0,4 ^о *	101±19 ^о *
2 группа – беременные с прегестозом в сроке 27-32 недели (n=62)		16,1±1,2*	8,9±0,6*	4,9±0,8*	148±23*
Контрольная группа – здоровые беременные в сроке 27-32 недели (n=31)		6,3±2,5	12,4±0,9	7,5±0,5	212±12

* – $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой;

^о – $p < 0,05$ по сравнению с беременными с прегестозом.

Таким образом, из данных таблицы видно, что у беременных с прегестозом имеется достоверное увеличение гомоцистеина и снижение витаминов В₆, В₉, В₁₂ по сравнению со здоровыми беременными, а также достоверное снижение этих показателей при средней степени тяжести гестоза по сравнению с прегестозом. В то же время указанные показатели у беременных с гестозом легкой степени тяжести достоверно не отличались от беременных с прегестозом, что свидетельствует о низкой грани различий между прегестозом и легким его течением.

32 (51,6%) беременным с прегестозом было назначено лечение витаминами В₆, В₉, В₁₂. Витамин В₁₂ назначался в дозе 0,05% - 1 мл (500 мкг) подкожно 1 раз в сутки в течение 10 дней. Витамин В₆ назначался применением препарата Магний В₆ по 2 табл. 3 раза в день в течение 2-х недель и фолиевая кислота в дозе 5 мг в сутки в течение 3-х недель. Повторное определение в крови гомоцистеина, витаминов В₆, В₉, В₁₂ проводилось у всех беременных с прегестозом через 3 недели от начала исследования. Также оценивалась клиническая симптоматика позднего гестоза по соответствующим показателям, согласно Приказу МЗ Украины №676 от 31.12.2004 г.

Следует отметить, что у 26 (86,6%) беременных после проведенного лечения исчезла симптоматика прегестоза, у 6 (13,4%) клинико-лабораторные показатели свидетельствовали о сохранении прегестоза. У 24 (80,0%) беременных с прегестозом, которым лечение не проводилось, прегестоз перешел в легкую стадию, у 3 (10,0%) – в гестоз средней степени тяжести. Данные о содержании гомоцистеина и витаминов В₆, В₉, В₁₂ после проведенной коррекции представлены в таблице 2.

Таблиця 2

Содержание гомоцистеина и витаминов В₆, В₉, В₁₂ у беременных с прегестозом до и после проведенной коррекции

Клинические группы	Показатели	α-гомоцистеин млМоль/л	В ₆ нг/мл	В ₉ нг/мл	В ₁₂ пмоль/л
2 группа – беременные с прегестозом в сроке 27-32 недели до лечения (n=62)		16,1±1,2*	8,9±0,6*	4,9±0,8*	148±23*

Клинические группы	Показатели	α-гомоцистеин	V ₆	V ₉	V ₁₂
		млМоль/л	нг/мл	нг/мл	пмоль/л
2-А подгруппа – беременные с прегестозом в сроке 31-36 недель, которым лечение не проводилось (n=30)	Гестоз легкой степени тяжести (n=24)	20,1±3,9*	8,5±0,6*	3,6±0,9*	143±34*
	Гестоз средней степени тяжести (n=3)	37,3±6,0°	4,9±0,5°	3,0±0,5°	103±18°
	Прегестоз (n=3)	16,5±2,7*	8,7±1,7*	4,8±1,9*	147±46*
2-В подгруппа – беременные с прегестозом в сроке 31-36 недель после лечения (n=32)		8,0±2,9°	12,9±0,6°	7,8±0,5°	212±19°
Контрольная группа – здоровые беременные в сроке 31-36 недель (n=31)		6,5±2,9	12,0±0,9	7,3±0,7	239±15

* – p<0,05 по сравнению с контрольной группой;

° – p<0,05 по сравнению с беременными с прегестозом до лечения.

Таким образом, из данных таблицы 2 видно, что в результате проведенного лечения у всех беременных произошло снижение содержания гомоцистеина в 2 раза и увеличение содержания витаминов. В то же время, у беременных с прегестозом, которые не получили терапию, произошло дальнейшее ухудшение исследуемых показателей, что совпадало с ухудшением клинической симптоматики и переходом прегестоза в гестоз легкой и средней степени тяжести у 27 (90,0%) больных.

Выводы

У всех беременных с прегестозом имеется достоверное увеличение гомоцистеина и снижение витаминов V₆, V₉, V₁₂. Назначение беременным с прегестозом витаминов V₆, V₉, V₁₂ способствует снижению содержания гомоцистеина в 2 раза.

Эффективность профилактики гестоза путем назначения витаминов V₆, V₉, V₁₂ составляет 86,6%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Венцовский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы, М.МНА, 2005, 307 с.
2. Веропотвелян П.М., Веропотвелян Н.П., Погуляй Ю.С. Гипергомоцистеинемия и беременность// Здоровье женщины, №9(65), 2011, с.87-90.
3. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Акушерство, гінекологія, неонатологія. Київ, МВУ Медінформ, 2010.с.37-42, 114-130.
4. Северин Е.С. Биохимия. М, ГЭОТАР-Медия, 2011, с.489-494.
5. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. М. МиА.-2002.-462 с.
6. Сидорова И.С., Зарубенко Н.Б., Гурина О.И. Современная тактика лечения пациенток с преэклампсией различной степени тяжести// Акушерство и гинекология № 6.- 2011.-с.42-47.

Наукове видання

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
Асоціації акушерів-гінекологів України

Верстка
Коваленко І.В.

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 № 2-05/6

Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 3140 від 25.03.1998

Підписано до друку 13.09.2013. Формат 60×84 1/16
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.
Друк. арк. 58,0. Обл. вид. арк. 58,97.
Тираж 1000 прим. Замовлення № 130913

ТОВ «Поліграф плюс»
03062, м. Київ, вул. Туполева, 8.
тел./факс: (044) 502-39-78 (доб.119)
e-mail: office@poligraph-plus.kiev.ua
www.poligraph-plus.kiev.ua

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
№ 2148 (серія ДК) від 07.04.2005 р.