

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

1 (29) 2007

ISSN 1992-5921

СОБЫТИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО

АКУШЕРСТВО

ГИНЕКОЛОГИЯ

БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

ТОРСН-ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

НЕОНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

ЛЕКЦИИ И ОБЗОРЫ

ОНКОЛОГИЯ

ИННОВАЦИИ В КОСМЕТОЛОГИИ



Внутренний свет. Внутренняя красота

Имеди® действует! Изнутри решает проблему прикосновения к косметическим дефектам: угри, расширенные поры, расширенные капилляры, ослабленные мелкие и крупные морщины, восстанавливая защитные свойства эпидермиса, увеличивая толщину и пластичность дермы.

Имеди® — первое и, вероятно, лучшее средство натурального происхождения в косметологии, помогающее коже быть красивой и здоровой в любом возрасте.

— питание изнутри



9 771992 592002 >

Представительство компании
«Феррисан Инновэйшнз АС» в Украине
ул. Богдана-Хмельницкого, 4 г. Киев 01601,
телефон: (044) 259-26-32е-mail:
info@ferrisan.ua

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ УКРАИНЫ
УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ МЗ УКРАИНЫ

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

Всеукраинский научно-практический журнал

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Р.А. Моисеенко – директор департамента организации и развития медицинской помощи населению МЗ Украины

НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Б.М. Венцовский – Президент Ассоциации акушеров-гинекологов Украины, член-корреспондент АМН Украины, профессор

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ

Г.К. Степанковская – д-р мед. наук, профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

В.Г. Майданник – член-корр. АМН Украины, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

В.П. Лакаш – д-р мед. наук, профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР

О.А. Берестовой – канд. мед. наук, зав. отделением вспомогательных репродуктивных технологий института генетики и репродукции

РЕДАКТОР РУБРИКИ

«ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

А.И. Соловьев – зав. отделением медицины плода клиники репродуктивной медицины «Надія»

ДИРЕКТОР ПРОЕКТА

Д.О. Бахтиярова – издательство «ЭКСПЕРТ»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель редакционной коллегии В.М. Пономаренко – д-р мед. наук, профессор, директор Украинского института общественного здоровья МЗ Украины

В.Л. Весельский	Р.Н. Макомелла
В.А. Владимиров	И.С. Маркин
И.Б. Вовк	В.И. Медведь
Л.И. Воробьева	А.К. Напреенко
Ю.А. Гайдаев	Л.И. Омельченко
Н.Г. Гойда	А.Н. Орда
В.Е. Дашкевич	В.П. Павлюк
Е.А. Дудина	С.П. Писарева
И.Н. Дыкан	В.В. Подольский
Н.Я. Жилка	Ю.В. Поляченко
Т.Д. Задорожная	В.Н. Прилепская (Россия)
В.Н. Запорожан	С.В. Скопиченко
Л.И. Иванюта	Г.А. Слабкий
С.О. Иванюта	Т.Ф. Татарчук
В.В. Каминский	Л.Е. Туманова
А.Г. Коломийцева	А.Г. Цыпкун
И.С. Лукьянова	В.К. Чайка
М.В. Макаренко	А.М. Юзько

Учредители и издатели

Министерство здравоохранения Украины

Ассоциация акушеров-гинекологов Украины

Украинский институт общественного здоровья МЗ Украины

Издательство «ЭКСПЕРТ»

Утверждено Ученым советом Украинского института общественного здоровья МЗ Украины
Протокол №59 от 02.03. 2007 г.

Адрес редакции

Украина, 04210
г. Киев-210, а/я 32,
ул. Б. Васильковская, 85-87, офис 37
тел./факс: (044) 529 70 27, 230 27 19
E-mail: woman@d-line.org.ua
<http://expert-ltd.org/>

Журнал зарегистрирован
в Министерстве информации Украины
Свидетельство о регистрации
КВ №11004 от 16.02.2006 г.

Журнал издается с 1998 г.

Тираж – 6000 экз.

Подписано к печати 20.03.2007 г.

Статьи, публикуемые в журнале
«**ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ**», –
рецензированы.

Перепечатка материалов только
с письменного разрешения редакции.
При перепечатке ссылка на журнал
«**ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ**» обязательна.

Редакция оставляет за собой право редактиро-
вать статьи

Редакция и издатель не несут ответственности за
достоверность информации, опубликованной в
рекламных материалах. Ответственность за со-
держание рекламы несут рекламодатели.

Постановлением Президиума Высшей Аттестационной Комиссии (ВАК) Украины №1-05/3 от 09.03.2006 журнал «Здоровье Женщины» включен в перечень специализированных научных изданий Украины в области медицинских наук. В издании могут быть опубликованы основные результаты диссертационных работ.

Вниманию читателей!

подписаться на
журнал «Здоровье Женщины»

Вы можете во всех отделениях связи Украины

Наш подписной индекс: 74598

Вниманию авторов!

Статьи в журнал «Здоровье Женщины»

просьба присылать по адресу:

Украина 04210 г. Киев, а/я 32

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

4(28)/2006

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ

Інформаційний лист ЗАПРОШЕННЯ	15
Гендерная политика в Украине в контексте международного опыта в обеспечении равенства С. Гордиенко	17
Невынашивание беременности: новый взгляд на старую проблему	20
Успех в Украине фитопириновых препаратов фармацевтической компании «БИОПЮРИКА АГ»	28

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Клінічний протокол з акушерської та гінекологічної допомоги	30
Проблеми та шляхи покращення роботи цитологічної служби Г.П. Олійниченко, Н.В. Собко, Г.О. Вакуленко, О.П. Манжура	74

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Медико-соціальні аспекти профілактики патологічних станів і хвороб, асоційованих з менопаузою, на рівні первинної медико-санітарної допомоги О.З. Децик	78
---	----

ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО

Открытое письмо врачам акушерам-гинекологам	82
--	----

АКУШЕРСТВО

Вакуум-экстракция в акушерской практике Л.А. Васильева, О.И. Ганева, О.М. Кравец	85
Вплив регуляторів клітинного метаболізму на тонус судин при пресклямпсії у вагітних групи ризику О.П. Танько, Л.А. Вигівська, Є.В. Благовещенський	89
Ренин-ангиотензин-альдостероновая система у беременных с артериальной гипотензией К.Г. Апрезова	92
Передбачення вагітності у жінок групи ризику по виникненню передчасного відшарування плаценти при профілактичному лікуванні Н.М. Білик	94

Патогенетическое обоснование терапии

и реабилитационных мероприятий у беременных с анемией Г.И. Резниченко, З.А. Шкиряк-Нижник, Ю.Г. Резниченко	97
--	----

Обстипационный синдром в акушерстве:

препарат выбора, показания, особенности применения Н.С. Луценко, Л.Р. Гераскина, К.В. Островский, И.А. Евтерева, В.Е. Галацкий	103
Современный взгляд на выбор препаратов магния для предупреждения осложнений беременности и родов Е.М. Мозговая	107

Механизм иммунонаправленного действия протектанта

во время беременности у пациенток с невынашиванием беременности герпесвирусной этиологии В.Ф. Нагорная, С.В. Николаева	111
--	-----

Концентрація лактоферину в сироватці крові

у вагітних з ускладненим перебігом вагітності, інфікованих парвовірусом В19 В.Ф. Струк	115
--	-----

ГИНЕКОЛОГИЯ

Прогнозування запальних захворювань жіночих статевих органів у жінок фертильного віку, які перенесли фізіологічні та патологічні пологи В.В. Подольський, В.Л. Дронова, Г.И. Геревич, Ю.С. Федунів, Л.А. Охріменко, М.М. Гульчій	118
--	-----

Результаты применения индуктора интерферона —

Кагоцел в лечении воспалительных заболеваний женских половых органов смешанной этиологии В.А. Товстановская, И.В. Ус	122
--	-----

Клинический случай прижизненной диагностики

и лечения флотирующего тромба нижней полой вены, возникшего после кесарева сечения В.П. Лакатош, О.Ю. Костенко, В.В. Белая, В.А. Ткалич, В.Н. Муравьев	128
---	-----

Соціально-гігієнічна та медико-біологічна

характеристика заміжніх жінок фертильного віку м. Чернівці (епідеміологічне дослідження) Л.І. Іванюта, О.В. Хасаян	134
--	-----

Рівень пролактину та його корекція у дівчат

із передчасним телархе С.О. Левенець, О.Г. Верхошанова, В.В. Перевозчиков	139
--	-----

Комбинированное лечение рецидивирующего генитального кандидоза Т.В. Трунова	143
Трехвими́рна ехографія та доплерографія в прогнозуванні синдрому слабкої відповіді яєчників на контрольовану гіперстимуляцію Ю.В. Маслій, І.О. Судома	146
Дости́гекс в гинекології: теорія і практика О.А.Берестовой	151
Особенности течения климактерического периода у женщин с ожирением В.К. Чайка, Ю.П. Богослав	160
Аналіз результатів імунотипування лімфоцитів периферичної крові у пацієнток гінекологічної клініки В.Г. Дубініна, А.І. Пономаренко	164
Морфофункціональні особливості придатків матки у жінок репродуктивного віку з пухлинподібними ураженнями яєчників І.Б. Вовк, Т.Д. Задорожна, В.К. Кондратюк, О.І. Ільїна	169
Оцінка нодулярної гемодинаміки міоми матки при використанні внутрішньоматкової левоноргестрел-релізінг системи в післяпологовому періоді С.І. Жук, А.М. Григоренко, В.В. Марциновська, Фіраз Аль-Алі	172
Вопросы контрацепции при РМЖ Н.Волошина	174
Иновационный подход в терапии урогенитального кандидоза А.А. Суханова	177
Эффективность применения комплексного иммуноглобулина «Триглобулин-Биофарма» для профилактики гнойно-воспалительных осложнений у женщин при влагалищных операциях Г.И. Резниченко, Ю.Г. Резниченко, Ю.Ф. Петряев, С.Н. Пащенко, В.В. Приймченко	181
БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ	
Концентрація гіпофізарних гормонів в крові жінок із безпліддям О.В. Бакун	186
Конституциональный подход к вопросу гормональной контрацепции С.И. Жук, Л.Д. Захурдаева	188
ТОРCH-ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	
Клинико-экономическое обоснование применения Вильпрафена в лечении урогенитального хламидиоза Ю.Б. Белоусов, О.И. Карпов, Д.Ю. Белоусов, А.С. Бекетов, Е.А. Бойко	195
Валацикловір для епізодичної терапії генітального герпесу: скорочений 3-денний курс лікування порівняно з 5-денним курсом Peter A. Leone, Sylvie Trottier, J. Mitchell Miller	204
Сравнительный анализ эффективности терапии урогенитального хламидиоза современными макролидами О.В. Грищенко, А.В. Сторчак, Т.А. Яковлева	208
Факторы, влияющие на перинальную передачу ВИЧ Н.В.Котова	218

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Трьохвими́рні розрахунки та морфологічна оцінка вмісту окремих будов плодового міхура під час просвітних ультразвукових досліджень I триместру вагітності О.І. Соловйов	224
Клинический случай пренатальной диагностики в 20-21 неделю беременности коррезированной транспозиции магистральных артерий С.Н. Яременко, А.М. Феськов	228
Краниофациальный порок развития: атипичная срединная расщелина лица плода (случай пренатальной диагностики) В.И. Богомазова, А.Н.Новицкий	232

НЕОНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

Стан реалізації «Цілей розвитку тисячоліття: Україна» щодо зменшення дитячої смертності Н.О. Рингач, Р.О. Моисеенко	235
Ефективність методу біологічного зворотнього зв'язку при різних клінічних формах енурезу у дітей В.Г. Майданик, І.О. Мітюряєва, Г.В. Гнилокурченко	241
Корекція порушень фосфоліпідного обміну при гіпотрофії плода — шлях до зменшення захворюваності новонароджених Г.І. Резніченко, Ю.Г. Резніченко	245

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

Обезболивание в послеоперационном периоде О.А. Берестовой	249
--	-----

ЛЕКЦИИ И ОБЗОРЫ

Урогенитальный микоплазмоз у девочек (обзор литературы) О.И. Немченко, Е.В. Уварова	255
Эптеровирусная инфекция и невынашивание беременности (обзор литературы) С.В. Мальцев, В.П. Лакатош, Л.М. Лазаренко, О.Ю. Костенко, М.И. Антонюк	263

ОНКОЛОГИЯ

Спосіб комбінованої діагностики доклінічних форм раку молочної залози Д.А. Успенський	267
Рак ендометрія: захворюваність, патогенез, діагностика та лікування (огляд літератури) О.П. Манжура	270

ИННОВАЦИИ В КОСМЕТОЛОГИИ

Anti-age терапия: молодость кожи — защита изнутри	276
---	-----

Вплив регуляторів клітинного метаболізму на тонус судин при прееклампсії у вагітних групи ризику

О.П. Танько, Л.А. Вигівська, Є.В. Благовещенський
Харківський державний медичний університет

Резюме. Проведено аналіз перебігу вагітності у 135 вагітних з прееклампсією. Вивчена динаміка вмісту S-нітрозотіолів та ендотеліну-1 (ЕТ-1). У вагітних з прееклампсією вміст нітрозотіолів значно зменшується, що активує агрегацію тромбоцитів і погіршує місцевий кровообіг. Рівень ЕТ-1, який є пресорним фактором, під час прееклампсії підвищується, що разом з активацією внутрішньосудинного згортання крові призводить до порушення її циркуляції в багатьох органах, внаслідок чого розвивається локальна ішемія та пов'язаний з цим комплекс побічних ускладнень.

Ключевые слова: прееклампсія, S-нітрозотіол, ендотелін-1, агрегація тромбоцитів, мікроциркуляція, вазоконстрикція.

Вступ

Прееклампсія — це патологічний стан, який ускладнює перебіг вагітності і характеризується порушенням судинної, нервової, ендокринної та імунної систем, системи гемостазу, змінами в функціях нирок, печінки, плаценти, головного мозку, різними метаболічними змінами адаптаційних систем організму. Частота гестозів у вагітних, за даними різних авторів, досягає від 10 до 25%. В структурі причин материнської смертності гестоз стабільно займає 2–3 місце. Залишаються високими і показники перинатальної смертності при гестозах — від 10 до 30%.

Існує більше 30 науково обґрунтованих теорій, які пояснюють патогенез прееклампсії: інтоксикаційна, алергічна, ниркова, ендокринна, плацентарна, адаптаційна, кортиковісцеральна, імунологічна, генетична та ін. В кожній з них розглядаються окремі ланки патогенезу. Найбільш сучасною є думка про те, що прееклампсія виникає внаслідок порушення процесу інвазії трофобласту та змін характеру гемодинаміки в спіральних артеріях міометрію. Під час вагітності, перебіг якої ускладнюється прееклампсією, до процесу інвазії трофобласту залучається менша кількість спіральних артерій. В цьому випадку інвазія трофобласту обмежена за часом лише I триместром вагітності, проникнення клітин цитотрофобласту в стінку судин міометрію в II триместрі вагітності не відбувається. Внаслідок цього зберігається м'язовий шар стінок спіральних артерій, що призводить до порушення регуляції маточно-плацентарної гемоциркуляції.

На теперішній час більшість дослідників розглядають гестоз та його різноманітні клінічні прояви з точки зору системної ендотеліальної дисфункції, яка супроводжується активацією тромбоцитарно-судинної ланки гемостазу, пошкодженням і порушенням функції еритроцитів, розладами мікроциркуляції, вазоконстрикцією, порушенням регіонального, в тому числі матково-плацентарного кровообігу. При прееклампсії тяжкого ступеня розвивається

поліорганна та полісистемна недостатність з прогресуючим порушенням життєво важливих функцій. На теперішній час недостатньо вивчено вплив регуляторів клітинного метаболізму, ендотеліну-1 (ЕТ-1) та продуктів взаємодії оксиду азоту (NO) з тіловими групами (з утворенням S-нітрозотіолів) на патофізіологію судинних порушень та систему гемостазу при прееклампсії у вагітних групи ризику. Тому метою роботи стало підвищення диференційно-діагностичних критеріїв стану вагітних (в залежності від визначення динаміки вмісту регуляторів клітинного метаболізму) та їх вплив на тонус судин при прееклампсії у вагітних групи ризику, що сприятиме зниженню показників перинатальної захворюваності та смертності.

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 135 вагітних: 40 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності склали контрольну групу; основну групу складали 45 вагітних з прееклампсією легкого ступеня, 30 — з прееклампсією середнього ступеня, 20 — з прееклампсією тяжкого ступеня. Визначали вміст S-нітрозотіолів та ЕТ-1 у сироватці крові вагітних.

Для статистичної обробки даних використовувалася пакет програм обробки даних загального призначення Statistica for Windows версії 6.0. На першому етапі розрахунку були отримані дискриптивні (описові) статистичні характеристики для показників, що вимірюються в кількісній шкалі. Такими характеристиками були медіана та середнє значення як міри положення; стандартне відхилення і квартилі як міри розсіювання; мінімальне та максимальне значення як показники розмаху вибірки.

Розподіл всіх аналізованих кількісних показників достовірно відрізнявся від нормального (критерій Колмогорова-Смирнова), тому в тексті подальшого викладення для їх характеристики переважно використовувались медіана (50-й перцентиль) і 25-й і 75-й перцентилі (верхній та нижній квартилі).

Для визначення відмінностей між групами використовувались методи непараметричної статистики, оскільки, якщо розподіл далекий від нормального, то критерії, засновані на оцінках середнього та дисперсії (параметричні критерії), дадуть невірні результати. Так, в якості аналога дисперсійного аналізу використовувалася медіанний тест, а для попарного порівняння незв'язаних вибірок (розбиття на підгрупи за ознакою) — критерій Манна-Уїтні.

Для оцінки міри залежності між змінними також використовувались непараметричні методи статистики — коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

При аналізі кількості вмісту S-нітрозотіолів та ЕТ-1 доведена статистично достовірна залежність показника від ступеня тяжкості прееклампсії, $p < 0,001$. При цьому статистично достовірними є попарні відмінності між контрольною та основною групами вагітних з прееклампсією легко-

Результати статистичної обробки дослідження вмісту S-нітрозотіолу та ET-1 у сироватці крові вагітних з преєклампсією та фізіологічним перебігом вагітності

Результати клітинного метаболізму	Кількісні показники						
	Середнє значення	Медіана	Мінімальне значення	Максимальне значення	Нижній кuartиль	Верхній кuartиль	Стандартне відхилення
<i>Фізіологічний перебіг вагітності</i>							
S-нітрозотіол	0,42	0,42	0,31	0,51	0,37	0,47	0,06
ET-1	14,41	14,27	12,08	16,45	13,07	15,79	1,53
<i>Преєклампсія легкого ступеня</i>							
S-нітрозотіол	0,23	0,22	0,19	0,32	0,19	0,24	0,05
ET-1	17,81	17,96	15,07	19,89	17,43	18,55	1,62
<i>Преєклампсія середнього ступеня</i>							
S-нітрозотіол	0,15	0,14	0,11	0,24	0,13	0,16	0,03
ET-1	21,55	21,47	20,11	24,12	20,68	22,13	1,09
<i>Преєклампсія тяжкого ступеня</i>							
S-нітрозотіол	0,08	0,07	0,05	0,18	0,06	0,09	0,04
ET-1	25,98	26,13	23,16	28,23	25,07	26,84	1,37

го ступеня ($p=0,001$, $p<0,001$, відповідно), між вагітними з легким та середнім ступенями тяжкості преєклампсії ($p=0,001$, $p<0,001$, відповідно), між вагітними середнього та тяжкого ступеня тяжкості основної групи ($p<0,001$).

Результати досліджень та їх обговорення

Виявлено, що з підвищенням тяжкості преєклампсії відмічається значне зниження S-нітрозотіолу та підвищення рівня ET-1 (таблиця 1).

Міжгрупові відмінності демонструються на рисунках 1, 2 — діаграмах діапазонів, представлених у вигляді так званих «коробочних графіків».

При розвитку преєклампсії запускається послідовний ланцюг реакцій, який порушує функції ендотелію судин. Пошкодження клітин ендотелію приводить до виходу ET-1, концентрація якого в периферичній циркуляції у вагітних при преєклампсії збільшується. Підвищення рівня ET-1 в плазмі вагітних з преєклампсією є важливим підтвердженням переважання ролі пресорних факторів над депресорними в становленні гіпертонії вагітних при преєклампсії.

NO — основний ендотеліальний фактор релаксації викликає розслаблення гладком'язової мускулатури судин і таким чином приймає участь в підтриманні тону судинної стінки. Під впливом NO спостерігається окислення тіолів з утворенням нітрозотіолів. В плазмі крові виявляються нітрозотіоли цистеїну, альбуміну, а в клітинах — нітрозотіоли глутатіону, цистеїнілглутіну, різні білки, включаючи дуже важливі для регуляції проліферативної активності клітин та їх апоптозу.

NO як вільний радикал, викликає не лише ендотеліальну вазодилатацію, але й інгібує агрегацію тромбоцитів, адгезію лейкоцитів до ендотелію та проліферацію гладком'язових клітин судинної стінки. Зниження вмісту S-нітрозотіолів свідчить про їх значне використання для синтезу NO. Біологічні ефекти NO залежать від концентрації виробленого NO та від особливостей оточуючого середовища, особливо від наявності та виробки тіолів.

Порушення метаболізму NO призводить до ремоделювання судинної стінки — зміни структури та функціональної активності її клітин. Таке ремоделювання судин у вагітних з преєклампсією є однією з форм структурної

відповіді судин на метаболічні та гемодинамічні зміни, що обумовлені перебігом преєклампсії. Зміни з боку судинної стінки підсилюють вазоконстрикторну відповідь на нейрогуморальні фактори, сприяючи підтриманню підвищеного артеріального тиску, підвищенню жорсткості судинної стінки, а, внаслідок збільшення вмісту натрія та води — порушенню вазодилатуючої відповіді при преєклампсії.

NO у вигляді нітрозотіолів є необхідним для протікання важливих регуляторних та цитопротекторних процесів на рівні органел клітини та всього ор-

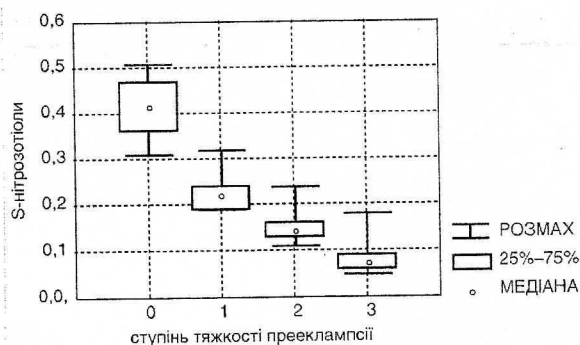


Рис. 1. Рівень S-нітрозотіолів залежно від ступеня тяжкості преєклампсії

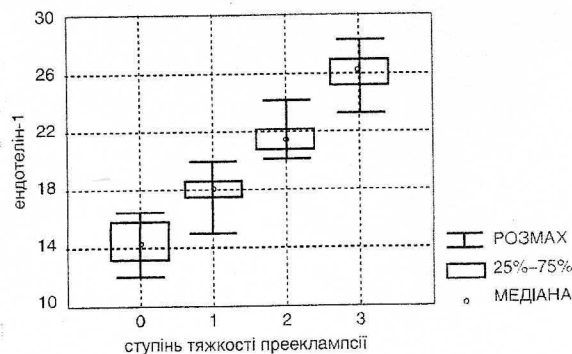


Рис. 2. Рівень ET-1 залежно від ступеня тяжкості преєклампсії

ганізму. Порушення даної ланки метаболізму в ендотелії та оточуючих клітинах формує стан оксидативного та нітрозуючого стресу. Порушення функції клітин, що пов'язані з утворенням, транспортом та використанням (метаболізмом) NO, фізіологічно важливого вільного радикалу, може бути безпосередньою причиною розвитку тяжких станів, а саме розвитку тромботичних ускладнень. В свою чергу, підвищення концентрації ET-1 в периферичному кровотоці призводить до порушення циркуляції крові в багатьох органах, внаслідок чого розви-

вається локальна тканинна гіпоксія і пов'язаний з цим комплекс побічних ускладнень.

Висновки

Дослідження процесів, що відбуваються в мікроциркуляторному руслі при преєклампсії, визначення рівня основних регуляторів клітинного метаболізму та їх впливу на тонус судин дозволяють виявити нові аспекти патогенезу преєклампсії та нові напрямки в діагностиці, лікуванні та профілактиці даної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Блощинская И.А., Петричко Т.А., Давидович И.М. Вазорегулирующая функция сосудистого эндотелия при физиологической беременности и гестозе // Ж. акуш. и жен. болезней. — 2003. — Т. 11, вып. 1. — С. 26–31.
2. Микроциркуляция при беременности: возможность доклинического прогнозирования развития гестоза / Блощинская И.А., Пестрикова Т.Ю., Давидович И.М. и др. // Рос. вестн. акуш.-гинекол. — 2003. — № 6. — С. 4–6.
3. Фиксированные иммунные комплексы и NO-синтазная активность плаценты при гестозе / Габелова К.А., Арутюнян А.В., Зубяцкая Л.Б. и др. // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гинекол. — 2000. — № 1. — С. 22–24.
4. Гомазков О.А. Молекулярные и физиологические аспекты эндотелиальной дисфункции. Роль эндогенных химических регуляторов // Усп. физиол. наук. — 2000. — Т. 31, № 4. — С. 48–59.
5. Зайнуллина М.С., Петрищев Н.Н. Эндотелиальная дисфункция и ее маркеры при гестозе // Ж. акуш. и жен. болезней. — 1997. — № 3. — С. 18–22.
6. Затеищикова А.А., Затеищиков Д.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение // Кардиология. — 1998. — № 9. — С. 68–80.
7. Круть Ю.Я. Роль цитокинов та оксиду азоту в розвитку преєклампсії у вагітних з артеріальною гіпертензією // Пеліатрія, акуш. та гінекол. — 2003. — № 6. — С. 73–77.
8. Круть Ю.Я., Япота Г.С. Стан системи L-аргінін/оксид азоту та їх роль у патогенезі преєклампсії при артеріальній гіпертензії у вагітних // Здоровье женщины. — 2004. — № 1 (17). — С. 48–51.
9. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Гестоз в современном акушерстве // Междунар. мед. ж. — 2000. — № 1. — С. 50–53.
10. Li H., Fostermann U. Nitric oxid in the pathogenesis of vascular disease // J. Pathol. — 2000. — V. 190, № 3. — P. 244–254.

Влияние регуляторов клеточного метаболизма на тонус сосудов при преэклампсии у беременных группы риска

О.П. Танько, Л.А. Выговская, Е.В. Благовещенский

Резюме. Проведен анализ течения беременности у 135 беременных с преэклампсией. Изучена динамика содержания S-нитрозотиолов и эндотелина-1 (ET-1). У беременных с преэклампсией содержание нитрозотиолов значительно уменьшается, что активизирует агрегацию тромбоцитов и ухудшает местное кровообращение. Уровень ET-1, который является прессорным фактором, во время преэклампсии повышается, что вместе с активацией внутрисосудистого свертывания крови приводит к нарушению ее циркуляции во многих органах, вследствие чего развивается локальная тканевая гипоксия и связанный с этим комплекс побочных осложнений.

Ключевые слова: преэклампсия, S-нитрозотиол, эндотелин-1, агрегация тромбоцитов, микроциркуляция, вазоконстрикция.

Influence of cell metabolism regulators on vascular tonus in risk group pregnant with preeclampsia

O.P. Tanko, L.A. Vygivska E.V. Blagoveschensky

Summary. The article reviews the course of pregnancy in 135 pregnant with preeclampsia. The dynamics of nitrozotols and endotelin-1 presence is studied. In pregnant with preeclampsia the nitrozotols presence declines significantly. This activates trombocytes aggregation and breaks local bloodstream. ET-1 level, as a pressor factor, rises during preeclampsia and along, with activation of introvascular coagulated blood leads to the circulation break in different organs. As a result, a local tissue hypoxia is developed with a complex of side effects.

Key words: preeclampsia, S-nitrozotols, endotelin-1, trombocytes aggregation, microcirculation, vasoconstriction.