

Особливості гормонального гомеостазу у жінок з порушенням дозріванням шийки матки

I.A. Жабченко, I.C. Ліщенко, O.P. Сюдмак, O.M. Бондаренко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Проблема несвоєчасного дозрівання шийки матки (запізнити при перенесеній вагітності або передчасне – при порушенні обтураційної функції шийки матки) у сучасному акушерстві розглядається як біологічний процес, тісно пов'язаний з такими факторами, як хронологічна тривалість вагітності, механізми початку та тривалості пологів, стан фетоплацентарного комплексу та шийки матки.

Мета дослідження: визначення особливостей гормонального гомеостазу у жінок з порушенням дозріванням шийки матки.

Матеріали та методи. У динаміці вагітності було обстежено 28 жінок, які знаходились на лікуванні та розродженні у відділенні патології вагітності та пологів ДУ «ІПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України». Розподілення пацієнток з порушенням дозріванням шийки матки проведено наступним чином: 1-а група – 13 жінок з ризиком переносування, переважну кількість яких становили першовагітні; 2-а група – 15 першовагітних з істміко-цервікальною недостатністю.

Результати. Напередодні пологів у 39–40 тиж концентрація естрадіолу у сироватці крові жінок 1-ї групи досягла максимальних значень і становила $68,2 \pm 1,3$ нмоль/л. У жінок з істміко-цервікальною недостатністю концентрація естрадіолу у сироватці крові була у межах гестаційної норми. Як свідчать дослідження, концентрація прогестерону у сироватці крові у 1-й групі становила $759,9 \pm 23,2$ нмоль/л, коефіцієнт П/Е₂ – $10,9 \pm 0,78$. Слід зазначити, що у 2-й групі дослідження відзначено зсув естроген-прогестеронової рівноваги у бік естрогенів, що свідчить про підвищення активності α_2 -адренорецепторів та зниження представництва і активності β -адренорецепторів. У переважній кількості обстежених жінок 2-ї групи за даними кольпоцитології був естрогенний тип мазка (68,4%), що відповідає їхнім гормональним змінам у концентрації естрадіолу та прогестерону у сироватці крові. Підвищення концентрації кортизолу у крові вагітних 1-ї групи свідчить про високий рівень психоемоційного стресу та напруження нейроендокринних механізмів адаптації, що може бути однією з причин переносування вагітності. У той самий час секреція пролактину достовірно зменшувалась у вагітних 2-ї групи щодо показників жінок 1-ї групи.

Заключення. Наведені дані свідчать про характерну для вагітних з функціональним порушенням обтураційної функції шийки матки відносно прогестеронової недостатності, яка проявляється зсувом естроген-прогестеронової співвідношення і є ознакою нестійкості гормонопродукувальної функції плаценти та однією з головних патогенетичних ланок її дисфункції і неспроможності шийки матки під час вагітності. Перебіг вагітності у жінок з ризиком переносування супроводжується порушенням функції фетоплацентарного комплексу, репрезентованим абсолютною та відносною гіпоестрогенією за наявності незмінної щодо норми концентрації прогестерону у сироватці крові.

Ключові слова: вагітність, переносування, фетоплацентарний комплекс, кортизол, тиреоїдні гормони, кольпоцитологія, істміко-цервікальна недостатність.

Актуальність проблеми несвоєчасного дозрівання шийки матки зумовлена значними змінами у фізіології складної біологічної системи мати–плацента–плід, які призводять до численних ускладнень у перебігу запізнілих та передчасних пологів, а також до високої неонатальної захворюваності та смертності, значних ускладнень у перенесених та недоношених дітей. Саме ці новонароджені формують показники перинатальної захворюваності та смертності, інвалідності з дитинства [2, 4, 7]. Приблизно 75% випадків перинатальної смерті пов'язані саме з передчасними пологами, а ризик мертвонародження у 8–13 разів перевищує такий під час термінових пологів [1, 5, 16, 17].

Фоном для виникнення порушень обтураційної функції можуть бути:

- порушення менструальної функції,
- пізні статеві дозрівання,
- перенесені гострі дитячі інфекційні захворювання (скарлатина, кір, краснуха, грип тощо),
- супутні екстрагенітальні захворювання,
- ендокринопатії,
- перенесені гінекологічні захворювання,
- пізній репродуктивний вік жінок-першороділей,
- переносування в анамнезі тощо.

Одним з основних напрямків у пошуку шляхів зниження репродуктивних втрат та покращання здоров'я матері і дитини є профілактика мимовільного дострокового переривання вагітності, що має не лише медичне, але й соціальне значення. Передчасні пологи були і залишаються суттєвою проблемою сучасного акушерства, урахувавши низьку спроможність до виживання та високу перинатальну захворюваність та інвалідизацію з дитинства у таких новонароджених. Передчасні пологи є однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасного практичного акушерства та перинатології. Насамперед причинами невиношування вагітності виступають анатомічні порушення шийки матки, гормональні дисфункції, інфекції.

Важливе значення у виникненні переносування вагітності та порушенні обтураційної функції шийки матки мають зміни співвідношення таких біологічно активних речовин, як естрогени, прогестерон, катехоламіни, гормони щитоподібної залози, пролактину.

Паритет має великий вплив на перебіг вагітності та пологів. Згідно з ВООЗ, «синдром виснаження материнського організму» виникає після 7 пологів або частих пологів з інтервалом менше 2 років, що призводить до збільшення кількості ускладнень вагітності та пологів, і, як наслідок, – до зростання материнської та перинатальної захворюваності і смертності [11]. З метою ранньої діагностики та профілактики перинатальних ускладнень важливим є виділення групи вагітних з високим ризиком щодо переносування [8, 11, 14].

Багатьма авторами відзначається наявність прямої корелятивної залежності між показниками перинатальної смертності та тривалістю переносування. Пролонгованою (хронологічно) слід вважати вагітність, яка триває понад 294 доби та закінчується народженням доношеної дитини без ознак

Концентрація естрадіолу та прогестерону у сироватці крові вагітних з ризиком переносування та істміко-цервікальною недостатністю, нмоль/л

Показник	1-а група, n=13	2-а група, n=15
E ₂	68,2±1,3	62,3±5,4
П	759,9±23,2*	274,7±21,4
П/E ₂	10,9±0,78*	4,2±0,35

Примітка. * – Різниця достовірна щодо показників жінок 2-ї групи (p<0,05).

перезрілості. Таке розподілення, на думку дослідників, є доцільним, оскільки тактика ведення вагітності та пологів у цих випадках є різною [6].

У зв'язку з підвищеною частотою аномалій пологової діяльності, клінічно вузького таза та дистресу плода число оперативних втручань при запізнілих пологах зростає приблизно у 3–8 разів. Так, за даними деяких авторів, розродження шляхом кесарева розтину проведено у 28–33% жінок з переносуванням вагітності, причому переважну частину оперативних втручань (84%) проведено ургентно. Привертає на себе увагу і структура показань до оперативного розродження: кожну другу жінку з переносуванням вагітності прооперовано з приводу дистресу плода [11, 12, 14, 15].

Тому на сучасному етапі особливого значення набуває антенатальна диференціальна діагностика переносимої та пролонгованої вагітності, за яких і тактика повинна бути різною: у першому випадку – активна тактика підготовки та ведення пологів, а у другому – вичікувальна (консервативне ведення таких жінок) [11, 12].

Отже, переносима вагітність та запізнілі пологи, ураховуючи їхній негативний вплив на стан плода та новонародженого, заслуговують на особливу увагу та потребують подальшого вивчення з метою удосконалення акушерської тактики при збільшенні терміну вагітності понад 41 тиж. Треба відзначити, що вагомою причиною невиношування є порушення гормонального гомеостазу вагітної, діагностика якого поза вагітністю не завжди інформативна, що значно погіршує можливості прегравідарної концептуальної підготовки пацієнтки з групи ризику.

Мета дослідження: зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з порушенням обтураційної функції шийки матки та ризиком переносування вагітності шляхом визначення порушень гормонального гомеостазу (естриол, естрадіол, прогестерон, пролактин, гормони щитоподібної залози, простагландин, кортизол, серотонін) та його корекції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети у динаміці вагітності було обстежено 28 жінок, які знаходились на лікуванні та розродженні у відділенні патології вагітності та пологів ДУ «ПАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України».

Розподілення пацієнток з порушенням дозрівання шийки матки проведено наступним чином:

- 1-а група – 13 жінок з ризиком переносування вагітності, переважну кількість становили першовагітні;
- 2-га група – 15 першовагітних з істміко-цервікальною недостатністю.

Усім вагітним проводили клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, вивчали особливості соматичного, гінекологічного і репродуктивного анамнезу. Особливу увагу приділяли визначенню у сироватці крові концентрації статевих гормонів (прогестерон, естрадіол), гормонів гіпофізу (пролактин), гормонів щитоподібної залози (ТТГ, Т4) та надниркових залоз (кортизол), які найбільше впливають на перебіг вагітності та стан плода. Концентрацію гормонів визначали імуноферментним методом на апараті Рідер-MSR-1000

з використанням тест-систем виробництва ТОВ «Хема-Медіка» (Росія).

Кольпоцитологічне дослідження проведено із використанням фарбування піхвових мазків за поліхромним методом Шорра. Ураховували наступні числові індекси:

- індекс дозрівання (ІД), який є співвідношенням трьох видів клітин піхвового епітелію: парабазальних – ПБ, проміжних – ПР та поверхневих – ПВ, вираженим у відсотках;
- індекс каріопікнозу (ІК), який відповідає відсотку поверхневих клітин у кольпоцитогамі;
- індекс еозинофілії (ІЕ), який є відсотком поверхневих клітин із еозинофільнозбарвленою цитоплазмою.

З II триместра у разі фізіологічної вагітності вагінальні епітеліальні клітини становлять досить специфічну цитологічну картину, яка істотно не змінюється до 38–39 тиж гестації. У разі ускладненого перебігу вагітності вагінальний епітелій зазвичай реагує цитологічним типом мазка, не характерним для даного терміну вагітності або не відповідним жодному типу мазка.

Метод гормональної кольпоцитології є інформативним тестом у діагностиці переносування вагітності та передчасного дозрівання шийки матки, оскільки у 95% цих жінок фіксують патологічні кольпоцитогамі атрофічного та регресивного типів, які свідчать про порушення внутрішньоутробного стану плода.

Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали комп'ютерним методом з рекомендаціями О.П. Мінцера [12].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Напередодні пологів у 39–40 тиж концентрація естрадіолу у сироватці крові жінок 1-ї групи досягла максимальних значень і становила 68,2±1,3 нмоль/л. У жінок з істміко-цервікальною недостатністю концентрація естрадіолу у сироватці крові була у межах гестаційних норм, що співпадає із сучасними публікаціями про відсутність провідної ролі естрогенів у вагітних із загрозою переривання вагітності [3, 9]. Цифрові дані наведено у табл. 1.

Як свідчать дослідження, концентрація прогестерону у сироватці крові у 1-й групі становила 759,9±23,2 нмоль/л, коефіцієнт П/E₂ – 10,9±0,78. У вагітних 2-ї групи з істміко-цервікальною недостатністю середня концентрація прогестерону була на рівні гестаційної норми – 274,7±21,4 нмоль/л.

Слід зазначити, що у 2-й групі дослідження відзначено зсув естроген-прогестеронової рівноваги у бік естрогенів, який свідчить про підвищення активності α₂-адренорецепторів та зниження представництва і активності β-адренорецепторів. Це відіграє одну з провідних ролей у порушенні нормального тону матки та клінічно проявляється розвитком її передчасної скоротливої діяльності. На особливу увагу заслуговує роль прогестерону у забезпеченні функціональної повноцінності обтураційних здібностей внутрішнього вічка і шийки матки в цілому під час вагітності, адже саме прогестерон забезпечує замкнений стан внутрішнього і зовнішнього вічка шийки матки, тісне прилягання одна до одної стінок каналу

Концентрація кортизолу, пролактину та гормонів гіпофізарно-тиреоїдної системи у сироватці крові у жінок із ризиком переносування вагітності та з істміко-цервікальною недостатністю, М± m

Показник	1-а група, n=13	2-а група, n=15
Кортизол, нмоль/л	765,9±29,7*	237,5±21,4
ПРЛ, нг/мл	492,0±16,1*	308,2±29,8
ТТГ, мМО/л	2,1±0,25	2,1±0,25
T ₄ , нмоль/л	178,3±5,7	168,2±9,7

Примітка. * – Різниця достовірна щодо показників жінок 2-ї групи (p<0,05).

шийки матки і бактеріцидні властивості його слизової пробки. Зниження процесів біосинтезу або підвищення процесів метаболізму прогестерону під час вагітності зазвичай реалізується збільшенням діастазу внутрішнього вічка, що у подальшому призводить до клиноподібної трансформації каналу шийки матки і розкриття шийки матки.

Кольпоцитологічне дослідження дозволило визначити, що у жінок 1-ї групи спостерігалась своєчасна передпологова гормональна перебудова, яка свідчила про перевагу естрогенових впливів на епітелій піхви та зниження гальмівного впливу прогестерону щодо органів та тканин-мішеней. Кольпоцитограми у жінок контрольної групи були представлені мазками таких типів, як «близько термін пологів» та «безумовний термін пологів». Відсоток поверхневих клітин у піхвових мазках останнього типу коливався у межах 25–40%, ІК – 18–38%, ІЕ – 21–38%.

Мазки типу «близько термін пологів» визначали за 8–4 дні до терміну пологів, число поверхневих клітин досягало 15%, ІК – 10%, ІЕ – 8%. В усіх кольпоцитограмах спостерігалась якісні зміни: розпушення та розпад шарів епітелію, поява слизу та лейкоцитів. Парабазальні клітини були відсутні або поодинокі у препараті і становили 0,2%.

У жінок з істміко-цервікальною недостатністю (2-а група) теж вивчали кольпоцитологічні особливості вагінального епітелію, який входить до складу органів-мішеней плацентарних гормонів стероїдної групи. З II триместра при фізіологічній вагітності вагінальні епітеліальні клітини становлять досить специфічну цитологічну картину, яка істотно не змінюється до 38–39 тиж гестації. У разі набуття вагітності ускладненого перебігу вагінальний епітелій зазвичай реагує цитологічним типом мазка, не характерним для даного терміну вагітності або невідповідним жодному типу мазка. У переважній кількості обстежуваних жінок був естрогеновий тип мазка (68,4%), що відповідає їхнім гормональним змінам у концентрації естрадіолу та прогестерону у сироватці крові. Нормальний кольпоцитологічний тип мазка мали 33,3% жінок 2-ї групи. Запальний тип мазка мали 23,5% вагітних. Кольпоцитологічні індекси не відрізнялись.

У жінок 1-ї групи концентрація тестостерону в крові становила 1,98±0,27 нмоль/л, при межах коливань 0,57–3,2 нмоль/л. Це свідчить про незначну роль гіперандрогенії у несвоєчасному дозріванні шийки матки.

Ретроспективний аналіз концентрацій стрес-асоційованих гормонів та гормонів гіпофізарно-тиреоїдної системи наведено у табл. 2.

Підвищення концентрації кортизолу в крові вагітних 1-ї групи свідчить про високий рівень психоемоційного стресу та напруження нейроендокринних механізмів адаптації, що може бути однією з причин переносування вагітності. У вагітних 2-ї групи концентрація кортизолу була майже втричі нижчою.

У той самий час секреція пролактину достовірно зменшувалась у вагітних 2-ї групи щодо показників жінок 1-ї групи. Ураховуючи утеротонічний ефект пролактину, безпосередню участь гормону у забезпеченні лактації та адаптаційних реакцій, збільшення концентрації гормону у динаміці лікування має позитивний характер і є необхідним для фізіологічного

розвитку пологової діяльності, а також забезпечення адаптаційних процесів, запуску та формування лактаційного періоду.

Концентрація пролактину перевищувала гестаційні норми у вагітних 2-ї групи. Не викликає сумнівів взаємозумовленість підвищеної концентрації пролактину і передчасної скоротливої діяльності матки. Його підвищення виявляють при стресових ситуаціях, отже, існує зворотний корелятивний зв'язок між рівнями стрес-реалізуючих, гонадотропних і статевих стероїдів, зокрема у співвідношенні пролактин/прогестерон. Тому стає очевидною роль у патогенезі раннього переривання вагітності, що розвивається на тлі підвищеного біосинтезу пролактину, прогресуючої недостатності жовтого тіла з низькою секреторною активністю. У II і III триместрах вагітності гіперпролактинемія призводить до прогресування плацентарної дисфункції, яка супроводжується дисбалансом основних плацентарних гормонів, порушеннями кровотоку у матково-плацентарному і плацентарно-фетальному руслі, патологічними змінами у плаценті.

У жінок 1-ї та 2-ї груп показники функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи залишались у межах референтної загальноприйнятої норми.

Тому у майбутньому необхідно розробити спеціальний лікувально-профілактичний комплекс, що сприятиме нормалізації продукції пролактину у жінок із ризиком переносування вагітності та кортизолу і гормонів гіпофізарно-тиреоїдної системи. Зниження функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи у жінок 1-ї групи свідчить про доцільність проведення спеціальної корекції цього стану.

ВИСНОВКИ

1. Перебіг вагітності у жінок з ризиком переносування супроводжується порушенням функції фетоплацентарного комплексу, репрезентованим абсолютною та відносною гіпоестрогенією за наявності незмінної концентрації прогестерону у сироватці крові.

2. Перебіг вагітності у жінок з ризиком переносування у 95% спостережень супроводжується патологічними типами кольпоцитограм атрофічного та регресивного типу.

3. У вагітних з ризиком переносування суттєво змінюється концентрація кортизолу, пролактину та гормонів гіпофізарно-тиреоїдної системи: спостерігається зниження концентрації кортизолу та тенденція до зниження рівнів пролактину і тироксину зі збільшенням концентрації тиреотропного гормону у сироватці крові щодо показників жінок зі своєчасним початком пологової діяльності.

4. Підвищення концентрації кортизолу в крові вагітних із ризиком переносування свідчить про високий рівень психоемоційного стресу та напруження нейроендокринних механізмів адаптації, що може бути однією з причин переносування вагітності.

5. Наведені дані свідчать про характерну для вагітних з функціональним порушенням обтураторної функції шийки матки відносно прогестеронову недостатність, яка проявляється зсувом естроген-прогестеронового співвідношення і є ознакою нестійкості гормонопродукувальної функції плаценти та однією з головних патогенетичних ланок її дисфункції і неспроможності шийки матки під час вагітності.

Особенности гормонального гомеостаза у женщин с нарушением созревания шейки матки
И.А. Жабченко, И.С. Лищенко, О.Р. Судмак, Е.Н. Бондаренко

The features of hormonal homeostasis in women with cervix maturation
I. Zhabchenko, I. Lishchenko, O. Sudmak, O. Bondarenko

Проблема несвоевременного созревания шейки матки (запоздавшее при перенесенной беременности или преждевременное при нарушении обтурационной функции шейки матки) в современном акушерстве рассматривается как биологический процесс, тесно связанный с такими факторами, как хронологическая продолжительность беременности, механизмы начала и продолжительности родов, состояние фетоплацентарного комплекса и шейки матки.

Цель исследования: определение особенностей гормонального гомеостаза у женщин с нарушением созревания шейки матки.

Материалы и методы. В динамике беременности было обследовано 28 женщин, которые находились на лечении и родоразрешении в отделении патологии беременности и родов ГУ «ИПАГ имени академика А.М. Лукьяновой НАМН Украины». Распределение женщин с нарушенным созреванием шейки матки проведено следующим образом: 1-я группа – 13 женщин с риском перенашивания, подавляющее количество которых составляли первобеременные, 2-я группа – 15 первобеременных с истмико-цервикальной недостаточностью.

Результаты. Накануне родов в 39–40 нед концентрация эстрадиола в сыворотке крови женщин 1-й группы достигла максимальных значений и составила $68,2 \pm 1,3$ нмоль/л. У женщин с истмико-цервикальной недостаточностью концентрация эстрадиола в сыворотке крови была в пределах гестационной нормы. Как показывают исследования, концентрация прогестерона в сыворотке крови в 1-й группе составила $759,9 \pm 23,2$ нмоль/л, коэффициент $P/E_2 - 10,9 \pm 0,78$. Следует отметить, что во 2-й группе исследования отмечается смещение эстроген-прогестеронового равновесия в сторону эстрогенов, что свидетельствует о повышении активности α_2 -адренорецепторов и снижении представительства и активности β -адренорецепторов. У подавляющего количества обследуемых женщин 2-й группы по данным кольпоцитологии был эстрогенный тип мазка (68,4%), что соответствует их гормональным изменениям в концентрации эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови. Повышение концентрации кортизола в крови беременных 1-й группы свидетельствует о высоком уровне психоэмоционального стресса и напряжения нейроэндокринных механизмов адаптации, что может быть одной из причин перенашивания беременности. В то же время секреция пролактина достоверно уменьшалась у беременных 2-й группы относительно показателей женщин 1-й группы.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют о характерной для беременных с функциональным нарушением обтурационной функции шейки матки относительной прогестероновой недостаточности, которая проявляется смещением эстроген-прогестеронового соотношения и является признаком неустойчивости гормонопродуцирующей функции плаценты и одним из главных патогенетических звеньев ее дисфункции и несостоятельности шейки матки при беременности. Течение беременности у женщин с риском перенашивания сопровождается нарушением функции фетоплацентарного комплекса, представленным абсолютной и относительной гипоестрогенией при наличии неизменной относительно нормы концентрации прогестерона в сыворотке крови.

Ключевые слова: беременность, перенашивание, фетоплацентарный комплекс, кортизол, тиреоидные гормоны, кольпоцитология, истмико-цервикальная недостаточность.

The problem of untimely maturation of the cervix (belated in pregnancy or premature in the case of obstructive function of the cervix) in modern obstetrics is considered as a biological process closely related to such factors as chronological duration of pregnancy, mechanisms of start and duration of labor, the state of the fetoplacental complex and neck uterus.

The objective: the determination of the features of hormonal homeostasis in women with cervix maturation.

Materials and methods. In the dynamics of pregnancy, 28 pregnant women who were on treatment and birth in the department of the Pathology of Pregnancy and Childbirth were examined by the MI «IPOG them. Acad. O.M. Lukyanova NAMS of Ukraine». The distribution of women with cervix ripening is as follows: group 1 – pre-pregnant women at risk of post-term pregnancy – 13, 2-group – 15 pre-term women with ischemic-cervical insufficiency.

Results. On the eve of labor in 39–40 weeks, the concentration of estradiol in the blood serum of women in group 1 reached the maximum values and amounted to $68,2 \pm 1,3$ nmol/l. In women with isthmio-cervical insufficiency, the concentration of estradiol in the blood serum was within the limits of gestational norm. As the study shows, the concentration of progesterone in serum in group 1 – $759,9 \pm 23,2$ nmol/l, the coefficient $P/E_2 - 10,9 \pm 0,78$. It should be noted that in the 2nd study group, there is a shift in the estrogen / progesterone balance towards the estrogen, indicating an increase in the activity of α_2 -adrenergic receptors and a decrease in the representation and activity of β -adrenergic receptors. In the overwhelming number of women under study, 2 groups according to colpocytology had an estrogen type of smear (68,4%), corresponding to their hormonal changes in the concentration of estradiol and progesterone in serum. An increase in the concentration of cortisol in the blood of pregnant women in group 1 indicates a high level of psychoemotional stress and strain of neuroendocrine mechanisms of adaptation, which may be one of the causes of pregnancy. At the same time, the secretion of prolactin was significantly reduced in pregnant women in groups 2 with respect to women in group 1.

Conclusions. The given data testify to the specific progesterone deficiency characteristic for pregnant women with functional impairment of obstructive function of cervix, which manifests itself by displacement of estrogen-progesterone ratio and is a sign of instability of hormonal production function of the placenta and one of the main pathogenetic parts of its dysfunction and failure of the cervix during pregnancy. The course of pregnancy in women at risk of post-term pregnancy is accompanied by a violation of the function of the fetoplacental complex represented by absolute and relative hypoestrogeny in the presence of unchanged relative to the norm of concentration of progesterone in serum.

Key words: pregnancy, post-term pregnancy, fetoplacental complex, cortisol, thyroid hormones, colpocytology, isthmio-cervical insufficiency.

Сведения об авторах

Жабченко Ирина Анатольевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-90-81, (067) 504-35-18

Лищенко Инесса Сергеевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (067) 500-09-45

Судмак Ольга Романовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (093) 698-72-88

Бондаренко Елена Николаевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (093) 585-40-52

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз смертності та наслідків передчасних пологів: від новонародженої дитини до дорослої людини. Частина 2 серії «Передчасні пологи». З турботою про жінку. 2011; 3 (24): 26–31.
2. Антипкин Ю.Г. Основные направления развития перинатальной медицины / Ю.Г. Антипкин, Ю.В. Давидова // Репродуктивная эндокринология. 2012; 2 (4): 5–7.
3. Венцівська І.Б. Клініко-лабораторні прояви імунологічних механізмів передчасних пологів / І.Б. Венцівська, О.С. Загородня // Актуал. питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2013. – № 1. – С. 100–102.
4. Веропотвелян П.Н. Современные клинические подходы к лечению угрожающих преждевременных родов / П.Н. Веропотвелян, В.В. Белая, Н.П. Веропотвелян // Здоровье женщины. 2014; 3: 78–83.
5. Жук С.І. Порівняльна характеристика різних методів лабораторної діагностики передчасних пологів / С.І. Жук, І.В. Ус, О.Г. Бикова, Н.В. Пехньо // Здоровье женщины. 2015; 5 (101): 38–40.
6. Заманова Л.Э. Прогнозирование перинатальных осложнений при переносимости беременности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Республика Казахстан. – 2009. – 2 с.
7. Круть Ю.Я. Аналіз перинатальних результатів у разі недоношеної вагітності, яка ускладнилась передчасним розривом плодкових оболонок / Ю.Я. Круть, В.А. Пучков // Здоровье женщины. 2011; 77 (63): 167–169.
8. Лаврінченко В.П. Профілактика переносимости вагітності у жінок з хронічним пієлонефритом: Автореф. ... канд. мед. наук. – К., 2004. – 15 с.
9. Маланина Е.Н. Современные методы прогнозирования и профилактики преждевременных родов. / Е.Н. Маланина // Пренат. диагностика. – М., 2011. – Т. 10, № 4. – С. 111–112.
10. Минцер О.П. Использование корреляционного и регрессивного анализов в медицинских исследованиях (первое сообщение). Біль, знеболювання й інтесивна терапія / Минцер О.П. 2000; 3: 75–78.
11. Резниченко Г.И. Дифференцированная диагностика, тактика ведения и прогнозирование исхода родов при переносимости и пролонгированной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1991. – 21 с.
12. Стаселович Л.Ю. Роль деяких імунологічних факторів у прогнозуванні переносимости вагітності та їх профілактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харків, 2009. – 15 с.
13. Стрижаков А.Н. Переносимая беременность / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко. – М.: Издательский дом «Династия», 2006. – 145 с.
14. Чернуха Е.А. Переносимая и пролонгированная беременность / Е.А. Чернуха. – М., 2007. – С. 17–19.
15. Campbell M.K. Post-term birth: risks factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births / M.K. Campbell // J. Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol. 89. – P. 543–548.
16. Campbell S. «Мы более не можем не делать ничего для предотвращения реждевременных родов» / S. Campbell // Здоровье женщины. – К., 2014. – № 2. – С. 17–20.
17. Menon R. Preterm birth a global burden on maternal and child health / Menon R. // Pathog. Glob. Health. 2012; 106 (3): 139–140.

Статья поступила в редакцию 22.10.2018

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МИНЗДРАВ: ПРЕДУПРЕДИТЬ ДИАБЕТ МОЖНО В 80% СЛУЧАЕВ

В кризисном медиа центре, вчера, 12 ноября, прошла пресс-конференция «От Всемирного Дня диабета – до года активных вмешательств и изменений». Представители Международной диабетической федерации (IDF), ОО «Украинская диабетическая федерация» (УДФ), ГУ «Центр общественного здоровья МОЗ Украины», Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика представили информационную кампанию «Диабет касается каждой семьи».

Эта кампания инициирована украинской диабетической федерацией и ассоциацией эндокринологов Украины при поддержке Центра общественного здоровья МОЗ Украины. Кампания стартовала в ноябре и продлится в течение года, концентрируясь на просвещении в сфере диабета. В мире сейчас более 425 000 000 людей живут с диабетом. По официальным данным Центра медицинской статистики МОЗ, в 2017 году в Украине зарегистрировано 1270929 больных диабетом, в том числе пациентов с впервые установленным диагнозом – 103 927 человек, под диспансерным наблюдением на конец года находятся 1183 047 человек.

Количество впервые диагностированных из года в год увеличивается: так, в 2017 году зарегистрировано на 2% больше случаев заболевания диабетом, чем в 2016 году. Большинство из больных страдают диабетом II типа, который в 80% можно предотвратить. Профилактика диабета и проведение исследований, направленных на диагностирование диабета II типа, являются элементами национального плана мероприятий по неинфекционным заболеваниям для достижения глобальных целей устойчивого развития, принятого в июле этого года правительством.

Для профилактики заболевания пациентам важно вести здоровый образ жизни: достичь нормального веса тела и поддерживать его, придерживаться здорового питания и уделять не менее 150 минут в неделю регулярной физической активности, также стоит отказаться от вредных привычек, рекомендуют специалисты. Также 50% случаев диабета II типа – остаются недиагностированными и, чем позже диагностирован диабет, тем труднее и дороже лечение, страшнее последствия неосмотрительного отношения к своему здоровью.

Автор: Светлана Евсеева

Источник: Медицинский портал Здоров-Инфо