

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО РОЗВИТОК РИНИТУ ВАГІТНИХ ТА МЕТОДИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ

Останнім часом все більше уваги приділяється вивченню впливу статевих стероїдів на формування патології, що не пов'язана з репродуктивною системою [1]. Починаючи з 1986 р., коли вперше були описані естрогенні рецептори різних органів і систем, розпочалося їхнє активне вивчення. У зв'язку з цим швидко розвивається і знаходить численні підтвердження концепція, згідно з якою вплив статевих стероїдів тією чи іншою мірою поширюється на функціональний стан усіх органів і систем, у т.ч. і респіраторного тракту [2-4]. Таким чином, наявність рецепторів до статевих гормонів в органах нерепродуктивної сфери доводить різноманіття їх біологічної активності як системних регуляторів фізіологічних процесів на рівні цілого організму. Водночас з'явилися нові можливості впливу на перебіг різних захворювань шляхом фармакотерапевтичної стимуляції естрогенних рецепторів, що знаходяться в різних тканинах організму [1]. Одним із таких захворювань є риніт вагітних.

Риніт вагітних – захворювання, яке за даними різних дослідників зустрічається у 20-42% осіб [5-11]. Цей тип риніту може розвиватися будь-коли під час вагітності і зникає через короткий період часу після пологів. У літературі риніт вагітних визначається як «закладеність носа, що виникає починаючи з 6-го тижня вагітності або пізніше без будь-яких проявів наявності інфекції чи алергії верхніх дихальних шляхів і повністю проходить протягом 2 тиж після пологів». Основною скаргою є утруднення носового дихання. Цей симптом значно впливає на якість життя пацієнток: порушується сон, підвищується втома, з'являється сухість у роті.

Крім того, виникає хрипіння, що в свою чергу призводить до підвищення артеріального тиску і розвитку прееклампсії, а також може зумовити порушення розвитку плода [13, 14].

Діагностичними критеріями риніту вагітних є скарги хворої, дані анамнезу (скарги з'явилися під час вагітності), а також результати об'єктивного ЛОР-огляду. Допоміжними методами можуть бути акустична ринометрія, ендоскопія носової порожнини.

Етіопатогенез цієї патології дотепер залишається нез'ясованим, однак імовірним є вплив гормональних факторів на виникнення і перебіг риніту вагітних [7, 9]. Лікування цього захворювання остаточно не визначене. Основним моментом, що обмежує спектр препаратів для лікування, є їхній негативний, тератогенний вплив на розвиток плода [6, 9, 13-15].

Усе вищенаведене свідчить про невизначеність на сьогоднішній день у питаннях патогенезу та лікування риніту у вагітних. Саме тому вивчення змін клініко-лабораторних показників, зокрема гомеостазу стероїдних гормонів та рівня фібриногену у вагітних, хворих на риніт, представляє певний інтерес, що й стало метою цього дослідження.

МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У рамках даної роботи було обстежено 70 вагітних, хворих на риніт. Із них 50 осіб перебували на обліку в жіночій консультації пологового будинку № 3 м. Києва, а 20 – у цьому ж пологовому будинку на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності. Жінки були віком 17-28 років (середній вік становив 23 роки) на строках вагітності від

Д.І. ЗАБОЛТНИЙ

д.мед.н., професор,
член-кор. НАМН України,
директор Інституту
отоларингології
ім. О.С. Коломійченка
НАМН України

С.Е. ЯРЕМЧУК

к.мед.н.,
Інститут отоларингології
ім. О.С. Коломійченка
НАМН України

Н.Ф. ЗАХАРЕНКО

к.мед.н., старший
науковий співробітник
Інституту педіатрії, акушерства
та гінекології НАМН України
завідувач гінекологічного
відділення Київської міської
клінічної лікарні №9

Г.І. МАКАРЕНКО

пологовий будинок № 3,
м. Київ

ТАБЛИЦЯ 1

| Досліджувані ознаки | Перша група n = 50 | Друга група n = 20 | Контрольна група n = 50 |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| Віковий діапазон, роки | 19-26 | 18-27 | 17-28 |
| Ознаки стероїдної дисфункції, n (%) | 27 (54)* | 12 (60)* | 3 (6) |
| Перебування у запиленних приміщеннях, n (%) | 9 (18) | 2 (10) | 5 (10) |
| Пасивне паління, n (%) | 17 (34)* | 6 (30)* | 8 (16) |
| Паління, n (%) | 14 (28) | 3 (15)* | 17 (34) |
| Застосування оральних контрацептивів в анамнезі, n (%) | 17 (34)* | 7 (35)* | 4 (8) |
| Надмірна маса тіла, n (%) | 21 (42)* | 4 (20)* | 5 (10) |
| Часті респіраторні захворювання, n (%) | 5 (10) | 3 (15) | 6 (13) |

ТАБЛИЦЯ 1.
ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ВАГІТНИХ

* p < 0,001 у порівнянні з контролем

15 до 27 тиж. Усі вони були першовагітними. Пацієнтки з наявністю алергії в анамнезі участі у дослідженні не брали. До групи контролю клініко-лабораторних показників було включено 50 практично здорових вагітних, які перебували на обліку в жіночій консультації.

Жінки, хворі на риніт, які не мали акушерської патології (n = 50), належали до першої групи

дослідження. Пацієнтки із загрозою переривання вагітності внаслідок нестачі прогестерону (n = 20) становили другу клінічну групу.

Комплекс обстеження хворих складався з наступних елементів: збір анамнезу, загальний ЛОР-огляд, визначення гормонального стану шляхом відбору вагінальних мазків, визначення вмісту фібрину в плазмі крові.

Загальна характеристика досліджуваних жінок представлена в таблиці 1.

Як видно з наведених даних, пацієнтки усіх груп практично не відрізнялися за віком і були порівнянні за строком та кількістю вагітностей в анамнезі. Найбільше жінок (34%), які постійно палять або палили безпосередньо під час вагітності, було у групі контролю, тобто серед осіб, які не мали порушення носового дихання. У першій і другій групах таких жінок було 28 і 15% відповідно. У той же час серед пасивних курців переважали вагітні, хворі на риніт: 34 та 30% у першій і другій групах відповідно проти 16% у групі контролю. Жінок із надмірною вагою (індекс маси тіла понад 25) у групах хворих було достовірно більше, ніж у групі контролю (відповідно 42 та 20% проти 10%). Щодо наявності синдрому відносної естрогенної домінантності до початку вагітності, то тут також переважали хворі на риніт (54 та 60% жінок у першій і другій групах проти 6% у контрольній).

Дані анамнезу та оториноларингологічного огляду пацієнток наведені в таблицях 2 та 3.

Згідно з даними таблиць 2 і 3, основною скаргою хворих на риніт вагітних було порушення носового дихання, яке мало постійний характер у 74% жінок першої та у 90% – другої груп. Погіршення стану носового дихання при зміні положення на горизонтальне відмічали 26 і 10% вагітних першої та другої груп відповідно. На часті респіраторні захворювання скаргилася приблизно однакова кількість усіх обстежених. Хропіння спостерігалось у 46% осіб першої та у 45% – другої груп.

У переважній більшості хворих обох обстежуваних груп виявлено набряк слизової оболонки носової порожнини, в основному за рахунок набряку нижніх носових раковин, колір яких здебільшого (у 82 і 75% жінок першої та другої груп відповідно) мав ціанотичний відтінок. Виділень у носовій порожнині або не було, або спостерігалися незначні, які мали переважно слизовий характер.

Серед чинників, що зумовлюють виникнення риніту, 27 (38,56%) жінок зазначали простудні захворювання та переохолодження, інші 43 (61,42%) пацієнтки не пов'язували початок цього захворювання з певними причинами.

Зміни гормонального статусу у жінок вивчали шляхом визначення рівнів прогестерону та естрадіолу в сироватці крові, а також за допомогою кольпоцитологічного дослідження [12].

ТАБЛИЦЯ 2

| Досліджувані параметри | Перша група | | Друга група | |
|--|-------------|-----|-------------|-----|
| | n | % | n | % |
| Порушення носового дихання (ПНД) | 50 | 100 | 20 | 100 |
| Постійний характер ПНД | 37 | 74 | 18 | 90 |
| Періодичний характер ПНД, переважно у лежачому положенні | 13 | 26 | 2 | 10 |
| Погіршення нюху | 24 | 48 | 10 | 50 |
| Хропіння | 23 | 46 | 13 | 45 |

ТАБЛИЦЯ 2.
АНАЛІЗ СКАРГ ВАГІТНИХ,
ХВОРИХ НА РИНІТ

ТАБЛИЦЯ 3

| Досліджувані ознаки | | Перша група n = 50 | | Друга група n = 20 | |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|----|-----------------------|----|
| | | n | % | n | % |
| Стан носового дихання | утруднене | 38 | 76 | 14 | 70 |
| | різко утруднене | 12 | 24 | 6 | 30 |
| Слизова оболонка порожнини носа | блідо-рожева | 9 | 18 | 5 | 25 |
| | гіперемована з ціанотичним відтінком | 41 | 82 | 15 | 75 |
| | помірно набрякла | 38 | 76 | 16 | 80 |
| | значно набрякла | 12 | 24 | 4 | 20 |
| Характер вмісту носових ходів | виділення відсутні | 33 | 66 | 12 | 60 |
| | незначна кількість виділень | 14 | 28 | 7 | 35 |
| | слизові виділення | 3 | 6 | 1 | 5 |

ТАБЛИЦЯ 3.
РЕЗУЛЬТАТИ ОБ'ЄКТИВНОГО
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНОГО
ОБСТЕЖЕННЯ

У разі відсутності гормональних змін клітинний склад при кольпоцитологічному дослідженні з 14-15-го і до 38-39-го тижня вагітності мав бути незмінним упродовж усього строку вагітності.

Отримані результати кольпоцитології всіх груп обстежених наведено в таблиці 4.

Грунтуючись на поданих в таблиці 4 даних, можна зробити висновок, що у хворих на риніт вагітних мали місце зміни кольпоцитологічної картини, характерні для помірної недостатності прогестерону. Це у свою чергу було підтверджено результатами імунологічного аналізу вмісту естрадіолу і прогестерону в сироватці крові (табл. 5). Незважаючи на те, що рівень естрадіолу в усіх групах пацієнток не перевищував референтних значень, його концентрація у хворих на риніт вагітних була вищою за таку у контрольній групі. У порівнянні з групою контролю достовірно знижувалися рівень прогестерону та індекс співвідношення рівня прогестерону до естрадіолу, що свідчить про зміни гормонального гомеостазу у першій та другій групах вагітних.

Отримані результати дозволяють нам стверджувати, що порушення носового дихання, які виникають під час вагітності, можна розцінювати як перші ознаки ймовірної загрози переривання вагітності, що розвивається на фоні відносної недостатності прогестерону.

Враховуючи той факт, що відносна гіперестрогенія впливає на стан гомеостазу організму в цілому, ми дослідили вміст фібриногену, білірубину та гемоглобіну у жінок. Оцінку цих компонентів крові проводили за стандартними методиками [16]. Як видно з даних таблиці 6, вміст фібрину у крові вагітних обох досліджуваних груп був достовірно вищим за такий у контрольній групі. Рівень білірубину та гемоглобіну був вищим у жінок контрольної групи.

ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Риніт вагітних належить до найбільш поширених захворювань органів дихання, що негативно впливають на перебіг вагітності та розвиток плода. Саме тому для збереження здоров'я майбутньої матері і народження здорової дитини такими необхідними є знання про перебіг риніту у вагітних і причини його виникнення. Адже це дасть можливість правильно проводити прегравідарну підготовку, спостереження за хворими та їх лікування на всіх строках вагітності. На жаль, дослідженнями, направленними на розробку тактики ведення вагітних, хворих на риніт, не займаються ані акушери-гінекологи, ані отоларингологи, про що свідчить наявність незначної кількості праць, присвячених цій темі. Це є дуже прикритим фактом, оскільки стійке порушення носового дихання може призвести до розвитку тяжких ускладнень не тільки у матері, а й у плода. Ось

ТАБЛИЦЯ 4

| Групи пацієнток | Базальні клітини % | Парабазальні клітини % | Поверхневі клітини % |
|---------------------|--------------------|------------------------|----------------------|
| Перша (n = 50) | 0 | 87 | 13 |
| Друга (n = 20) | 0 | 82 | 18 |
| Контрольна (n = 50) | 0 | 90 | 10 |

чому таким важливим є питання пошуку причин, які викликають риніт у вагітних, способів профілактики та безпечної медикаментозної терапії, що може значно покращити якість їхнього життя.

ТАБЛИЦЯ 4.
РЕЗУЛЬТАТИ
КОЛЬПОЦИТОЛОГІЧНОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ
(СЕРЕДНЄ ЗНАЧЕННЯ)
ХВОРИХ НА РИНІТ

ТАБЛИЦЯ 5

| Групи пацієнток | Естрадіол (нмоль/л) | Прогестерон (пмоль/л) | Співвідношення прогестерон/естрадіол |
|---------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Перша (n = 50) | 1147 ± 197** | 84 ± 24* | 73,23* |
| Друга (n = 20) | 1374 ± 92* | 62 ± 16* | 45,12* |
| Контрольна (n = 50) | 943 ± 64 | 234,5 ± 12 | 248,14 |

Загальновідомо, що під час вагітності в організмі жінки виникає цілий ряд адаптаційних змін, направлених на забезпечення адекватного перебігу вагітності, росту і розвитку плода. Значна перебудова життєдіяльності організму пов'язана зі змінами в системі крові, гемостазу та ендокринній системі. Все це може спричинити розвиток транзиторних патологій, які самостійно проходять разом із народженням дитини або невдовзі після пологів. До таких захворювань, зокрема, належить риніт вагітних.

ТАБЛИЦЯ 5.
РЕЗУЛЬТАТИ ГОРМОНАЛЬНОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНІВ
ЕСТРАДІОЛУ І ПРОГЕСТЕРОНУ
В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ВАГІТНИХ

* p < 0,001 у порівнянні з контролем
** p < 0,2 у порівнянні з контролем

ТАБЛИЦЯ 6

| Групи пацієнток | Фібрин | Білірубін | Гемоглобін |
|---------------------|--------------|---------------|----------------|
| | (г/л) | (мкмоль/л) | (г/л) |
| Перша (n = 50) | 5,41 ± 0,22* | 9,86 ± 0,37 | 112,23 ± 2,62* |
| Друга (n = 20) | 5,63 ± 0,10* | 9,63 ± 0,23** | 110,15 ± 1,13* |
| Контрольна (n = 50) | 4,62 ± 0,13 | 10,1 ± 0,50 | 123,27 ± 1,87 |

У літературних джерелах є лише поодинокі повідомлення щодо механізму його розвитку. Через недостатність інформації щодо патогенезу даного захворювання невизначеною є і терапія риніту вагітних. Крім того, в літературі відсутні відомості про взаємозв'язок риніту з вагітністю та його вплив на перебіг останньої.

Внаслідок обстеження нами 70 вагітних, які страждали на риніт, і 50 практично здорових вагітних було виявлено, що у 38,56% випадків захворювання виникло після переохолодження або простуди. Інші пацієнтки не могли пов'язати початок захворювання з якоюсь конкретною причиною. Надмірна вага спостерігалася у 42 і 20% осіб першої та другої досліджуваних груп відповідно проти 10% жінок контрольної групи. Паління, часті простудні захворювання, а також аденотонзилектомія в анамнезі не впливали на розвиток патології. Перші ознаки захворювання, що полягали у порушенні носового дихання, у 40% випадків проявилися на 12-15-му тижні вагітності.

ТАБЛИЦЯ 6.
ВМІСТ ФІБРИНУ, БІЛІРУБІНУ
ТА ГЕМОГЛОБІНУ У КРОВІ
ОБСТЕЖЕНИХ ВАГІТНИХ

* p < 0,001 у порівнянні з контролем
** p < 0,2 у порівнянні з контролем

Тяжкість перебігу риніту у вагітних другої клінічної групи, які знаходилися на лікуванні з приводу прогестеронової недостатності, відрізнялася більшою вираженістю утруднення носового дихання, що у 90% випадків мало постійний характер (проти 74% у першій групі). Різко утруднене носове дихання також спостерігалось в групі хворих з недостатністю прогестерону (30% осіб другої групи проти 24% – першої). Лікування гормональних порушень в умовах гінекологічного стаціонару зумовлювало покращання перебігу риніту вагітних, що проявлялося у зменшенні набряку слизової оболонки носової порожнини та у полегшенні носового дихання.

У пацієток, хворих на риніт, порівняно з контрольною групою, яку становили практично здорові вагітні, спостерігалось порушення гормональної регуляції у вигляді гіперестрогенії, яке проявлялося у достовірному збільшенні в кольоцитологічних мазках кількості поверхневих клітин. Крім того, у цієї групи хворих спостерігалось підвищення рівня фібриногену, що також певною мірою було спричинено гіперестрогенією та недостатністю прогестерону.

ВИСНОВКИ

Результати наведеного дослідження дають підставу стверджувати, що порушення носового дихання в обстежених пацієток виникли на фоні стероїдної дисфункції і можуть бути першим проявом загрози переривання вагітності.

Виявлені порушення з боку системи згортання крові (підвищений рівень фібрину) потребують детальнішого обстеження цієї категорії жінок з огляду на можливість розвитку у них тромбофілічних ускладнень вагітності, що є надзвичайно перспективним для запобігання ускладненням пологів як для матері, так і для плода.

Риніт вагітних частіше виникає на фоні порушення ендокринного гомеостазу, зокрема відносної недостатності прогестерону. Більш виражені зміни призводять до погіршення симптомів перебігу риніту вагітних, що доведено результатами дослідження. Лікування гормональних порушень в умовах гінекологічного стаціонару покращувало перебіг риніту вагітних, що проявлялося у зменшенні набряку слизової оболонки носової порожнини та полегшенні носового дихання.

Враховуючи той факт, що захворювання частіше виникало у пацієток із гіперестрогенією в анамнезі та у жінок із надлишковою масою тіла, яка також негативно впливає на гомеостаз статевих стероїдів, для запобігання розвитку риніту слід коригувати вміст естрогенів до настання вагітності і дотримуватися індивідуальних дієт з метою контролю маси тіла.

ЛІТЕРАТУРА

1. Gustafsson J. What pharmacologists can learn from recent advances in estrogen signalling. *TREND in Pharmacological Sciences*. Vol. 24, No. 9, September 2003.
2. Saunders P.T., Maguire S.M. Expression of estrogen receptor beta in multiple rat tissues visualized by immunohistochemistry. *Journal of Endocrinology* (1997): 154 R13-16, I001-1008.
3. Парфенова Е.В. Связь 3Н эстрадиола с цитозольными рецепторами обонятельной выстилки крыс // *Цитология*. – 1986. – № 28 (5). – С. 570-572.
4. Zhao X., Dong Z., Yang Z. An experimental observation on the influence of the different levels of estradiol on the nasal mucosa. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi*. 1994 Apr, 29 (2): 98-100.
5. Пухлик С.М. Ринит у вагітних // *Ринологія*. – 2003. – № 4. – С. 18-23.
6. Науменко О.Н., Дідковський В.Л., Кальчук І.Д. Ситуація щодо захворювання на риніт вагітних у місті Житомир та Житомирській області // *Ринологія*. – 2003. – № 4. – С. 18-23.
7. Shushan S., Sadan O., Lurie S., Evron S., Golan A., Roth Y. Pregnancy-associated rhinitis. *Am. J. Perinatol.* 2006 Oct; 23 (7): 431-3.
8. Sobol S.E., Frenkiel S., Nachtigal D., Wiener D., Teblum C. Clinical manifestations of sinonasal pathology during pregnancy. *J. Otolaryngol.* 2001 Feb; 30 (1): 24-8.
9. Ellegard E.K. The etiology and management of pregnancy rhinitis. *Am. J. Respir. Med.* 2003; 2 (6): 469-75.
10. Ellegard E.K. Clinical and pathogenetic characteristics of pregnancy rhinitis. *Clin. Rev. Allergy Immunol.* 2004 Jun; 26 (3): 149-159.3.
11. Gani F., Braida A., Lombardi C., Del Giudice A., Senna G.E., Passalacqua G. Rhinitis in pregnancy. *Eur Ann. Allergy Clin Immunol.* 2003 Oct; 35 (8): 306-313.4.
12. Алымов Г.В. Клиническое значение нарушения сна у беременных // *Русский медицинский журнал*. – 2004. – Т.1, № 1. – С. 18-25.
13. Vlastarakos P.V., Manolopoulos L., Ferekidis E., Antsaklis A., Nikolopoulos T.P. Treating common problems of the nose and throat in pregnancy: what is safe? *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2008 May; 265 (5): 499-508.5.
14. Ellegard E.K. Pregnancy rhinitis. *Immunol Allergy Clin. North Am.* 2006 Feb; 26 (1): 119-135.
15. Lekas M.D. Rhinitis during pregnancy and rhinitis medicamentosa. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992 Dec; 107 (6 Pt 2): 845-848.
16. Кост Е.А. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. – М.: Медицина, 1968. – 435 с.



Рубрику ведет
ЮЛИЯ ДАВИДОВА

д.мед.н., заведующая отделением акушерских проблем
экстрагенитальной патологии Института педиатрии, акушерства
и гинекологии НАМН Украины

НОВОСТИ

ТОП 5 АКУШЕРСТВО

РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Женщины, получающие антидепрессанты во время беременности, находятся в группе повышенного риска по развитию артериальной гипертензии (АГ), индуцированной беременностью, с и без преэклампсии. В Регистре беременных Квебека отобраны 1216 женщин с диагнозом АГ, индуцированной беременностью, с и без преэклампсии. При анализе выявлено, что в основной группе 3,7% женщин получали антидепрессанты во время беременности против 2,5% в контрольной группе. При этом использование ингибиторов обратного захвата серотонина и пароксетина ассоциировалось с риском развития АГ, индуцированной беременностью.

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ

Стрессовый фактор является значительным триггером нарушений раннего хориогенеза и ангиогенеза, что впоследствии приводит к развитию гипертензивных состояний при беременности, в т.ч. к преэклампсии. Применение препаратов, влияющих на психоэмоциональную сферу, во время беременности, должно быть тщательно регламентировано.

M.A. De Vera et al.

Antidepressant use during pregnancy and the risk of pregnancy induced hypertension

British Journal of Clinical Pharmacology, April, 2012

ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ

У женщин, активно занимающихся физическими упражнениями во время беременности, физиологическая потеря минеральной плотности костной ткани (МПКТ) значительно меньше, чем у тех, кто не выполняет упражнений регулярно. Исследуемую группу составили пациентки с одноплодной беременностью, которым был рекомендован курс физических упражнений. В группу сравнения вошли женщины, не получавшие физической нагрузки во время гестации. Количественные измерения МПКТ с помощью УЗИ выполняли на сроках беременности 14-20 и 36-38 нед. Снижение МПКТ в основной группе составило

0,015 г/см², а в группе сравнения – 0,041 г/см² (p = 0,005). Таким образом, двигательная активность во время беременности ассоциируется с отсутствием потери или меньшей потерей МПКТ.

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ

При физиологическом течении беременности женщинам группы низкого перинатального риска необходимо рекомендовать достаточную физическую нагрузку. Проведение специально разработанных курсов лечебной физкультуры, йоги, пилатеса для беременных способствует нормализации всех видов обмена веществ, в т.ч. метаболизма гормонов (эстрогенов), витаминов (D₃), минералов (кальция, магния).

To WWK et al.

Bone mineral density changes during pregnancy in actively exercising women as measured by quantitative ultrasound

Archives of Gynecology and Obstetrics, April, 2012

СКРИНИНГ С ПОМОЩЬЮ МИКРОМЕТОДИК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОВЫХ БИОМАРКЕРОВ ПРЕЭКЛАМПСИИ

С целью установления новых биомаркеров для прогнозирования преэклампсии на позднем сроке беременности проведен скрининг экспрессии генов в тканях ворсинок хориона у пациенток с тяжелой преэклампсией в сравнении с образцами аналогичных тканей у здоровых рожениц после операции кесарева сечения. Из 896 дифференцированно экспрессированных генов отобрано 9 генов прямой связи и 5 – обратной. Уровень экспрессии генов подтверждался уровнем протеинов сыворотки крови для генов лютеинизирующего гормона и хорионического гонадотропина человека (ХГЧ).

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ

Преэклампсия чаще всего наблюдается при первой беременности, поэтому для прогнозирования риска необходимы скрининговые методы, которые позволят разработать индивидуальную тактику на популяционном уровне. Однако до сегодняшнего дня не установлено высокоспецифичного и чувствительного паттерна маркеров, позволяющего с высокой вероятностью прогнозировать развитие данного осложнения.

O. Lapaire et al.

Microarray screening for novel preeclampsia biomarker candidates

Fetal Diagn. Ther., March 2012

ПЛОДНЫЕ И МАТЕРИНСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ФЕТОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОМ ТРАНСФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ

Проанализированы 150 случаев лечения методом селективной фетоскопической лазерной хирургии при фето-фетальном трансфузионном синдроме (ФФТС) за период 2004-2009 гг. Определяли частоту развития фетальных осложнений (смерть плода, рецидив ФФТС, последствия анемии-полицитемии, патологии ЦНС у плода), а также частоту материнских осложнений. Смерть одного или двух плодов регистрировали в 7,3 и 36,0% случаев соответственно. В 12,0% случаев выполняли повторную процедуру (лазерная хирургия, амниоредукция, биполярная коагуляция пуловыны). Частота рецидива ФФТС составила 11,3%, последствия анемии-полицитемии – 3,3%, патологии ЦНС у донора – 2%. Материнские осложнения, которые требовали госпитализации женщин, отмечены в 6,0% случаев.

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ

Проведение фетоскопических операций сопровождается потенциальными осложнениями у матери и плода, однако увеличение количества операций, проводимых в одном центре лазерной хирургии, позволяет значительно повысить качество и улучшить отдаленные результаты такого лечения. Необходимо разработать правовую базу и стандарты оказания помощи при внутриутробной фетоскопической хирургии, а также утвердить биоэтическую процедуру принятия решения о проведении селективной лазерной хирургии в Украине.

M.A. Rustico et al.

Fetal and maternal complications after selective fetoscopic laser surgery for twin-to-twin transfusion syndrome: a single-center experience

Fetal Diagn Ther (DOI: 10.1159/000336227) march 2012 for the publication by Rustico.

ВОЛЮМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ В I ТРИМЕСТРЕ: СВЯЗЬ УРОВНЯ ГОРМОНОВ И ЧСС У ПЛОДА

У 80 беременных с помощью двухмерного УЗИ определяли копчико-теменной размер (КТР), желточный мешок, гестационный мешок, а также уровни ХГЧ, прогестерона и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Уровень прогестерона был стабилен, пока КТР не увеличивался до 20 мм, объем эмбриона – до 2-3 см, после чего его уровень возрастал линейно. ЧСС повышалась линейно с размером КТР, пока КТР не достигал 15 мм, затем ЧСС имела вид плато. Обнаружена умеренная положительная корреляция между уровнями ЧСС и КТР. Уровень ХГЧ имел умеренно позитивную корреляцию по отношению к состоянию здоровья беременных.

КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ

Для обеспечения физиологического течения беременности необходимо повышение в динамике беременности уровня прогестерона. Данный гормон вместе с прогестероновыми рецепторами является доминирующим в обеспечении «спокойствия» миометрия, ремоделировании спиральных артерий, формировании кровоснабжения цитотрофобласта, что позволяет минимизировать риск невынашивания беременности, преждевременных родов и преэклампсии.

N. Korus et al.

First trimester volumetric measurements: relation with hormone levels and fetal heart rate

Archives of Gynecology and Obstetrics, April, 2012