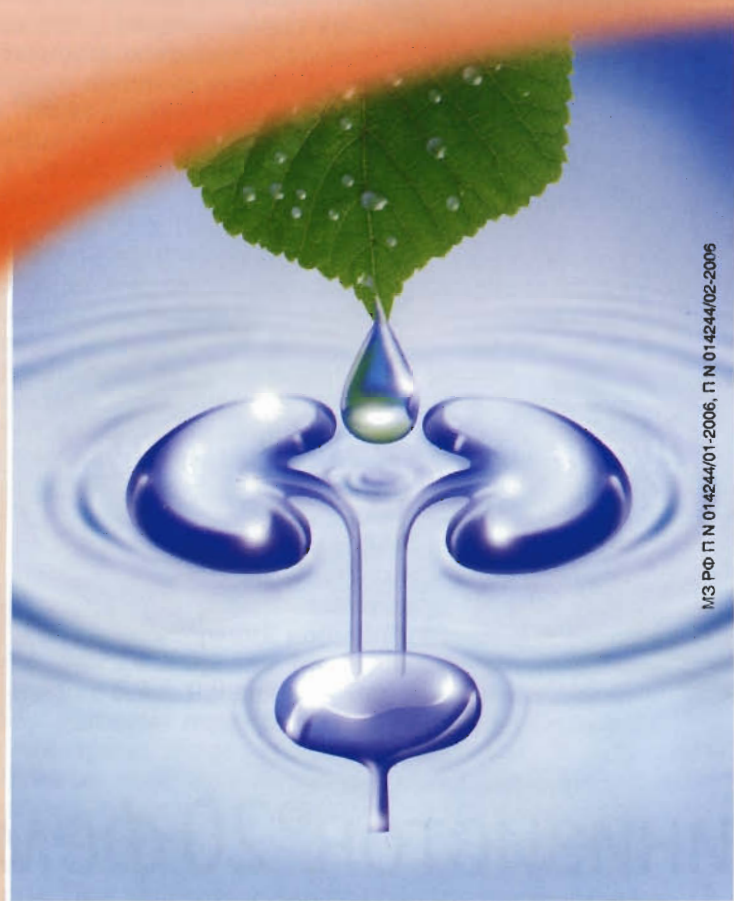


# Канефрон® Н



ИЗ РФ П.Н. 014244/01-2006, П.Н. 014244/02-2006

**Растительный лекарственный препарат для лечения и профилактики воспалительных заболеваний почек и мочевых путей для взрослых и детей любого возраста**

- **Оказывает оптимальное комплексное действие:**
  - противовоспалительное
  - мягкое диуретическое
  - антимикробное
  - спазмолитическое
  - улучшает кровоснабжение почек
  - нефропротективное
  - антиоксидантное
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Уменьшает количество повторных обострений заболевания
- Нормализует уродинамику
- Способствует ликвидации микробно-воспалительного процесса
- Хорошо переносится



**BIONORICA®**

The phytoneering company

<http://www.bionorica.ru>

## ОБМЕН ОПЫТОМ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 618.3-06:616.62]-084

Н. В. ОРДЖОНИКИДЗЕ, А. И. ЕМЕЛЬЯНОВА, С. Б. ПЕТРОВА

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова  
Росмедтехнологий, Москва

*Цель исследования — оптимизация тактики ведения беременных и родильниц с острыми и хроническими заболеваниями мочевыводящих путей (МВП) с использованием канефрона N. Исследование проведено у 300 беременных и родильниц с заболеваниями МВП. 1-ю группу составили 160 женщин с обострением пиелонефрита во время беременности, которым проводили комплексную терапию в сочетании с канефроном N, 2-ю группу — 140 беременных с заболеваниями МВП без обострения, получавших канефрон профилактически.*

*Установлено, что комплексное диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие канефрона N способствует улучшению клинического течения заболеваний МВП и профилактике развития послеродовых заболеваний. Применение препарата в конце III триместра беременности и в послеродовом периоде улучшает сократительную активность матки и становление лактации.*

**Ключевые слова:** канефрон N, послеродовые гнойно-воспалительные заболевания, инфекции мочевыводящих путей, фитотерапия.

N. V. Ordzhonikidze, A. I. Yemelyanova, S. B. Petrova

## THE PREVENTION AND TREATMENT OF COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN AND PUERPERAS WITH URINARY TRACT DISEASES

Academician V. I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Russian Agency for Medical Technologies, Moscow

*The purpose of the study was to optimize management tactic in pregnant women and puerperas with acute and chronic urinary tract (UT) diseases, by using Canephron N. Three hundred pregnant women and puerperas with UT diseases were examined. Group 1 comprised 160 pregnant women with an exacerbation of pyelonephritis during pregnancy who received complex therapy in combination with Canephron N; Group 2 included 140 pregnant women with UT diseases without exacerbation who took Canephron for preventive purposes. The complex diuretic, spasmolytic, and inflammatory activities of Canephron N was found to improve the clinical manifestations of UT diseases and to prevent postpartum diseases. The administration of the drug at the end of the third trimester of pregnancy and in puerperium improved uterine contractility and lactation.*

**Key words:** Canephron N, postpartum pyoinflammatory diseases, urinary tract infections, phytotherapy.

Гнойно-воспалительные заболевания у беременных и родильниц остаются одной из актуальных проблем современного акушерства. Несмотря на разработку и совершенствование методов диагностики, комплексной рациональной терапии и профилактики, отсутствует тенденция к уменьшению частоты инфекционно-воспалительных процессов мочевыводящих путей (МВП), локализованных форм послеродового эндометрита и раневой инфекции, генитальных инфекций у беременных.

Из заболеваний МВП у беременных и родильниц наиболее частой (до 12—18%) клинической формой является пиелонефрит, который может приводить к развитию тяжелых осложнений со сто-

роны как матери, так и плода и новорожденного. При этом преобладают (до 70%) латентно протекающие формы заболевания с неоднократными рецидивами в период беременности. Кроме того, признаками хронического пиелонефрита могут быть бессимптомные бактериурия и пиурия. При рецидивирующем пиелонефрите на протяжении всей беременности эпизоды бактериурии наблюдаются в 20—30%, повторные атаки пиелонефрита — в 20—25% случаев. Если у женщины был пиелонефрит при предшествующей беременности, то частота его развития при последующей беременности может достигать 30%, бессимптомной бактериурии или острого цистита — до 10% [3, 21]. Если бессимптомная бактериурия остается нелеченой в течение беременности, пиелонефрит может развиваться в 20—40% случаев, что в 3—4 раза выше, чем вне беременности [17, 19]. Вместе с тем при правильной диагностике и терапии обострение заболевания возникает только в 3% случаев [16]. Наиболее тяжелым течением пиелонефрита бывает при сочетании его с мочекаменной болезнью, аномалиями развития мочевыделительных органов и наличием единственной почки.

Для корреспонденции:

Орджоникидзе Нана Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, руководитель наблюдательного отделения ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова Росмедтехнологий  
Адрес: 117997 Москва, ул. Академика Опарина, д. 4  
Тел.: (8-495) 438-20-88  
E-mail: nanaord@mail.ru

Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода: отмечается увеличение частоты гестоза разной степени тяжести, угрозы прерывания, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития и хронической гипоксии плода, внутриутробного инфицирования и осложненного течения периода адаптации у новорожденного. В свою очередь прогрессирующая беременность провоцирует нарушение уро- и гемодинамики почек, рецидивы пиелонефрита и мочекаменной болезни, ухудшает течение имеющейся почечной недостаточности, снижает функцию единственной почки и работу почек при аномалиях их развития.

В современной клинической медицине при частых обострениях пиелонефрита общепринятым подходом является назначение ежемесячных профилактических курсов (1—2 нед) антибактериальных препаратов [5, 7, 14]. Однако отсутствуют достоверные данные, свидетельствующие об их эффективности и целесообразности применения [18, 20]. Кроме того, их назначение способствует селекции устойчивых штаммов микроорганизмов, что позволяет признать профилактическое назначение антибиотиков у беременных необоснованным.

Многогранность действия лекарственных растительных средств и безопасность их применения делают фитотерапию незаменимой в акушерстве и перинатологии, где принципиальным является безвредность препарата для плода и матери при продолжительном лечении [11, 15].

В 1994 г. в России был зарегистрирован и в дальнейшем нашел широкое применение в клинической практике комбинированный препарат растительного происхождения канефрон Н ("BioLogica", Германия). Препарат обладает выраженным антисептическим, противовоспалительным, спазмолитическим действием, оказывает диуретический эффект, улучшает функцию почек, потенцирует действие антибиотиков, препятствует формированию уратных камней.

В публикациях, посвященных изучению результатов применения канефрона Н, описана его эффективность при инфекционных заболеваниях мочевыделительной системы и уролитиазе [1, 4, 8, 10, 13], осложнениях беременности [2, 9, 12], отсутствие побочных реакций у матери, плода и новорожденного и отрицательного влияния на развитие и заболеваемость детей первых 3—4 лет жизни [3].

Мы применили канефрон Н более чем у 1000 беременных как в составе комплексной терапии при обострениях хронического пиелонефрита (в том числе при аномалиях развития почек), так и в виде монотерапии для его профилактики. Кроме того, препарат успешно использовали при отеках беременных, в комплексной профилактике тяжелых форм гестоза [4, 8].

Целью исследования явилась оптимизация тактики ведения беременных и родильниц с острыми и хроническими заболеваниями МВП с использованием канефрона Н.

## Материал и методы исследования

Проведен анализ 300 историй родов пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями МВП, находившихся под наблюдением с 2004 по 2008 г., в комплексном лечении которых применяли канефрон Н. В 1-ю группу включены 160 пациенток, наблюдавшихся с I и начала II триместров беременности, из них с бессимптомной бактериурией — 48 (30%), гестационным пиелонефритом — 40 (25%), обострением хронического пиелонефрита — 72 (45%). У большинства беременных имелись и другие заболевания МВП: аномалии развития — у 26 (16,2%), мочекаменная болезнь — у 27 (16,9%), гидронефроз почек — у 42 (26,25%), хронический гломерулонефрит — у 10 (6,25%). У 6 пациенток (3,75%) хронический пиелонефрит сочетался с хронической почечной недостаточностью.

2-ю группу составили 140 беременных с хроническими заболеваниями МВП в анамнезе, также курируемых с I и II триместров беременности, в том числе с хроническим пиелонефритом — 90 (64,2%), мочекаменной болезнью — 28 (20%), аномалиями мочевых путей — 22 (15,7%).

Возраст больных колебался от 17 до 42 лет, давность заболеваний МВП — от 1 года до 20 лет. У 240 (80%) беременных кроме основного заболевания выявлена и другая соматическая патология. Сердечно-сосудистые заболевания диагностированы у 71 больной, в том числе артериальная гипертензия — у 18, заболевания желудочно-кишечного тракта — у 21, хронические неспецифические заболевания легких — у 18, варикозная болезнь — у 28, патология щитовидной железы — у 17, хронический гломерулонефрит — у 10, сахарный диабет — у 5. У 77 (59%) пациенток в анамнезе или во время беременности имелся вульвовагинит различной этиологии.

У 56 (35%) женщин 1-й группы и у 29 (20,7%) 2-й группы выявлены хроническая плацентарная недостаточность, хроническая внутриутробная гипоксия плода, мало- или многоводие.

Обследование всех беременных включало оценку традиционных клинико-лабораторных показателей, микробиологических исследований, ультразвукового сканирования почек, а также УЗ-исследования системы мать—плацента—плод. В отдельных случаях проводили магнитно-резонансную томографию МВП.

При выявлении бессимптомной бактериурии назначали канефрон Н по 2 драже 3 раза в день в течение 3 нед с последующим контрольным микробиологическим исследованием мочи. В случае неэффективности терапии, а также при лечении гестационного или обострения хронического пиелонефрита в сочетании с канефроном Н (в той же дозировке) применяли антибиотики. После прекращения антибактериальной терапии прием канефрона Н продолжали еще в течение 2—3 нед. В дальнейшем с профилактической целью рекомендовали принимать этот препарат по 2 драже 3 раза в день в течение 1 нед ежемесячно, до срока родов. На фоне ремиссии заболевания при выявлении аномалии мочевой системы, гидронефроза канефрон Н назначали по 2 драже 3 раза в день в течение 2 нед ежемесячно. Для профилактики по-

слеродовых осложнений у беременных с инфекцией половых органов проводили санацию родовых путей противовоспалительными препаратами и антисептическими растворами. Помимо этого всем женщинам в последнюю неделю беременности и после родов (7–10 дней) назначали канефрон Н по 2 драже 3 раза в сутки. При необходимости в послеродовом периоде его сочетали с антибактериальными, противовоспалительными, спазмолитическими, утеротоническими, антианемическими препаратами.

Анализировали течение и исходы беременности и родов, послеродового периода, оценивали состояние новорожденных.

### Результаты исследования и обсуждение

У 48 (30%) беременных 1-й группы был поставлен диагноз бессимптомной бактериурии. В посевах у 41 (85,4%) из них выявлен рост *E. coli*, у 3 (6,25%) — *Proteus spp.*, у 2 (4,2%) — *Klebsiella spp.*, у 2 (4,2%) — *Staphylococcus saprophyticus*. Большинство штаммов выделенных микроорганизмов обладало множественной резистентностью к антибактериальным препаратам, что вызывало значительные трудности при подборе антибиотиков для терапии, особенно в ранние сроки беременности.

Известно, что содержащиеся в канефроне Н фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла, органические кислоты обладают антимикробным, антисептическим действием с высокой активностью в отношении микрофлоры, устойчивой к воздействию синтетических препаратов, а розмариновая кислота подавляет синтез медиаторов воспаления или замедляет их высвобождение. Благоприятные результаты лечения бессимптомной бактериурии с помощью канефрона Н без назначения антибиотиков, полученные нами при предыдущих исследованиях [4, 8], позволили и у этих больных провести аналогичную терапию. После приема препарата в течение 3 нед по 2 драже 3 раза в сутки лишь у 5 больных в моче высевалась *E. coli* в количестве  $10^4$  КОЕ/мл, что потребовало назначения повторно-го курса канефрона Н в течение 3 нед. В оставшиеся сроки беременности пациентки регулярно применяли препарат. Рецидивов бактериурии не было.

Антибактериальная терапия в комбинации с канефроном Н по поводу гестационного или обострения хронического пиелонефрита проведена у 112

(70%) беременных 1-й группы. У 6 (5,3%) пациенток в связи с выраженными нарушениями уродинамики потребовалось стентирование мочевыводящих путей.

У 72 (45%) женщин 1-й группы обострение пиелонефрита на протяжении беременности повторялось 2–3 раза и требовало проведения повторных курсов антибактериальной терапии. При этом рецидивы пиелонефрита отмечались при его сочетаниях с мочекаменной болезнью, аномалиями развития МВП или при выраженных нарушениях уродинамики.

Во 2-й группе у 128 (91,4%) беременных при профилактическом приеме канефрона Н отмечена стойкая ремиссия заболевания: у 12 (8,6%) пациенток в связи с обострением пиелонефрита несмотря на прием препарата был проведен курс антибактериальной терапии.

При сопоставлении особенностей течения беременности в обеих группах было установлено, что наиболее частым осложнением была угроза прерывания беременности (61 и 35% соответственно) в различные ее сроки. При этом обострение пиелонефрита явилось провоцирующим фактором у 41 и 5% беременных соответственно.

Гестоз легкой степени тяжести развился у 44 (27,5%) женщин 1-й группы, что в 1,8 раза чаще, чем у беременных 2-й группы (13%). Ни у одной пациентки не наблюдалось прогрессирования гестоза. Снижение массы тела на 2–3 кг за счет уменьшения или исчезновения отеков наблюдалось у всех больных в течение 10–14 дней на фоне приема канефрона Н. Вероятно, этот эффект достигался за счет диуретического эффекта эфирных масел любистока и розмарина, способствующих снижению реабсорбции воды и ионов  $Na^+$ .

Известно, что течение гестоза сопровождается нарушениями азотовыделительной и фильтрационной функций почек, проявляющимися повышением уровня креатинина, мочевины, а также снижением клубочковой фильтрации. В нашем исследовании у беременных 1-й группы содержание креатинина достоверно ( $p < 0,05$ ) увеличилось с  $64 \pm 3,6$  до  $82,4 \pm 5,6$  мкмоль/л в III триместре и было достоверно ( $p < 0,01$ ) выше, чем у беременных 2-й группы, однако не превышало верхнюю границу нормы (97 мкмоль/л).

Содержание мочевины у беременных обеих групп находилось в пределах нормы. Показатели суточного и минутного диуреза достоверно

Частота осложнений послеродового периода у пациенток с заболеваниями МВП при приеме канефрона Н (в %)

Осложнение	2002 г. (n = 86)		2004–2008 гг. (n = 300)	
	1-я группа (n = 46)	2-я группа (n = 40)	1-я группа (n = 160)	2-я группа (n = 140)
Обострение пиелонефрита	4–8,7	1–2,5	10–6,25	3–2,1
Лохиометра	4–8,7	2–5	7–4,4	4–2,9
Субинволюция матки	3–6,5	1–2,5	6–3,75	3–2,1
Эндометрит	8–17,4	5–12,5	12–7,5	6–4,3
Лактостаз	—	—	12–7,5	7–5
Раневая инфекция	2–4,3	0	4–2,5	1–0,7
Флебит, тромбофлебит нижних конечностей	3–6,5	1–2,5	4–2,5	2–1,4
Всего...	24–52,1	10–25	55–34,4	26–18,5

( $p < 0,05$ ) не менялись у беременных обеих групп и находились ближе к верхней границе нормы для этих показателей (соответственно 1600 мл; 1,1 мл/мин).

Длительный прием канефрона Н благоприятно влиял на клиническое течение вульвовагинита: повышалась степень чистоты влагалища, снижалось число лейкоцитов в мазках.

Беременность завершилась своевременными родами у 144 беременных (90%) 1-й группы и у 134 (95,7%) — 2-й группы. Преждевременные роды произошли соответственно у 16 (10%) и 6 (4,3%) женщин.

В 116 (38,6%) случаях из 300 было произведено кесарево сечение. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: рубец на матке после кесарева сечения — у 39 (33,6%), острая гипоксия плода на фоне хронической — у 40 (34,5%), сочетание факторов — у 37 (31,9%). Значительная частота оперативного родоразрешения была связана с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, длительным бесплодием, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, индуцированными беременностью.

В 1-й группе родилось 163 ребенка (3 двойни) с массой тела от 2220 до 3940 г и оценкой состояния по шкале Апгар от 6 до 9 баллов; у 21 (12,4%) была асфиксия легкой степени, у 7 (4,3%) — средне-тяжелой. У женщин 2-й группы родилось 142 живых ребенка (2 двойни) с массой тела от 2630 до 4350 г с оценкой по шкале Апгар от 6 до 9 баллов. Асфиксия легкой степени диагностирована у 13 (9,1%) новорожденных. Во 2-й группе родилось 63,4% здоровых детей, в 1-й группе — в 1,45 раза меньше (43,6%). Гипотрофию I степени имели 41,1% детей 1-й группы, что в 2,8 раза чаще, чем во 2-й группе — 14,8% ( $p < 0,02$ ). Частота внутриутробного инфицирования новорожденных была значительно выше в 1-й группе (30,1%) по сравнению со 2-й группой (12,7%;  $p < 0,02$ ).

В послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия, включая антибиотикопрофилактику амоксициклавом по 1,2 г внутривенно (1-я инъекция после пережатия пуповины, 2-я и 3-я инъекции — с интервалом 8 ч), утеротонические препараты и канефрон Н. Последний назначали всем родильницам по 2 драже 3 раза в сутки в течение 7—10 дней. Предпосылкой к его назначению в послеродовом периоде явилась попытка предупредить развитие инфекционных осложнений, так как известно, что золототысячник (один из компонентов канефрона Н) обладает утеротоническим и противовоспалительным эффектами [6].

Так как в послеродовом периоде часто отмечаются явления лактостаза, в комплексной терапии которого, как правило, применяются мочегонные препараты, можно было предположить, что диуретический эффект канефрона Н может способствовать становлению нормальной лактации, уменьшению отека и нагрубания молочных желез, а спазмолитический — улучшению процесса молокоотделения.

Явления лактостаза у больных, применявших канефрон Н, отмечены только в 7,5 и 5% случаев соответственно в 1-й и 2-й группах, что потребова-

ло дополнительного назначения бромкриптолина по 2,5 мг 2 раза в сутки в течение 1—2 сут. У остальных женщин становление лактации проходило без особенностей.

При сопоставлении особенностей течения послеродового периода у женщин, обследованных в 2002 г. и в 2004—2008 гг. (см. таблицу) выявлено уменьшение частоты инфекционных осложнений в послеродовом периоде в 1,5 раза в основной группе и в 1,3 раза в группе сравнения. У пациенток основной группы в указанные периоды времени частота эндометрита снизилась в 2,3 раза, у женщин группы сравнения — в 2,9 раза. Отмечено значительное улучшение сократительной активности матки. Частота лохиометры, потребовавшей инструментального удаления содержимого матки, в 2004—2008 гг. по сравнению с 2002 г. уменьшалась почти в 2 раза как в основной группе, так и в группе сравнения. На фоне продолжающегося приема канефрона Н отмечена тенденция к снижению частоты обострения пиелонефрита.

Таким образом, многолетний опыт применения канефрона Н позволил подтвердить полученные ранее данные о его высокой эффективности как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими лекарственными средствами у беременных с заболеваниями МВП. Комплексное диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие данного фитопрепарата способствует улучшению клинического течения заболевания МВП и профилактике развития послеродовых осложнений, нормализации сократительной активности матки и лактации. Это позволяет рекомендовать применение канефрона Н в комплексной терапии и профилактике осложнений у беременных и родильниц.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов А. В. // Врач. — 2000. — № 6. — С. 36—38.
2. Башмакова Н. В., Крысова Л. А., Ерофеев Е. Н. // Акуш. и гин. — 2006. — № 5. — С. 45—47.
3. Гуртовой Б. Л., Кулаков В. И., Воропаева С. Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. — М., 2004.
4. Елохина Т. Б., Орджоникидзе Н. В., Емельянова А. И., Пустотина О. А. // Пробл. беременных. — 2004. — № 8. — С. 23—28.
5. Лопаткин Н. А., Деревянко И. Н., Страчунский Л. С. и др. // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. — 2002. — Т. 2, № 1. — С. 69—74.
6. Михайленко Е. Т., Радзинский В. Е., Захаров К. А. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. — Киев, 1987.
7. Моисеев С. В. // Инфекции и антимикроб. тер. — 2004. — Т. 5, № 3. — С. 89—92.
8. Орджоникидзе Н. В., Емельянова А. И., Елохина Т. Б., Пустотина О. А. // Материалы IV Российского форума "Мать и Дитя". — М., 2002. — С. 449—450.
9. Печерина Л. В., Мозговая Е. В. // Журн. акуш. и жен. бол. — 2000. — Т. 49, вып. 1. — С. 42—44.
10. Пытель Ю. А., Амосов А. В. // Лечащий врач. — 1999. — № 6. — С. 38—39.
11. Радзинский В. Е. // Журн. акуш. и жен. бол. — 2003. — Т. 52, вып. 1. — С. 83—88.
12. Репина М. А., Крапивина Е. Г., Колчина В. А., Стамбулова О. А. // Журн. акуш. и жен. бол. — 2004. — Т. 53, вып. 2. — С. 48—53.
13. Серов В. Н., Тотюнник В. Л. // Рос. мед. журн. — 2008. — Т. 16, № 1. — С. 10—13.
14. Страчунский Л. С., Рафаельский В. В., Сехин С. В., Аврарова Э. Р. // Урология. — 2000. — № 2. — С. 8—14.
15. Яковлев С. В. // Consilium Medicum. — 2001. — Т. 3, № 7. — С. 300—306.

16. Christensen B. // J. Antimicrob. Chemother. — 2000. — Vol. 46, Suppl. 1. — P. 1–29.  
 17. Infectious Diseases Society of America // Clin. Infect. Dis. — 2005. — Vol. 40. — P. 643–654.  
 18. Jepson R. G., Mihaljevic L., Craig J. // Cochrane Library. — 2004. — Issue 2. — CD001322.  
 19. Krcmery S., Hromec J., Demesova D. // Int. J. Antimicrob. Agents. — 2001. — Vol. 17. — P. 279.  
 20. Sahn D. F., Thornsberry C., Kelly L. J. et al. // Infect. Urol. — 2001. — Vol. 45. — P. 1402–1406.  
 21. Urinary Tract Infections ACP Medicine. — New York, 2005

Поступила 28.04.09

© С. И. ЕЛГИНА, Г. А. УШАКОВА, 2009

УДК 616.43-053.31-07

С. И. ЕЛГИНА, Г. А. УШАКОВА

## ТИРЕОТРОПНО-ТИРЕОИДНАЯ СИСТЕМА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава

*Изучено состояние тиреотропно-тиреоидной системы у доношенных новорожденных при физиологическом и осложненном течении беременности. У матери и новорожденного определяли содержание ТТГ,  $T_3$  и  $T_4$ . Исследование проведено при неосложненной беременности (94), гестозе различной степени тяжести (76), гипоталамическом синдроме (60) и патологии щитовидной железы (59) у матери. Полученные данные дают основание считать, что к моменту рождения тиреотропно-тиреоидная система доношенных новорожденных при физиологической и осложненной беременности функционально самостоятельная и готова к функционированию в постнатальном периоде. Однако гестоз и эндокринная патология матери вносят некоторые изменения в становление тиреотропно-тиреоидной системы в антенатальном периоде.*

**Ключевые слова:** тиреотропно-тиреоидная система новорожденных, гестоз, гипоталамический синдром и патология щитовидной железы у матери.

S. I. Yelgina, G. A. Ushakova

### THE THYROTROPIC-THYROID SYSTEM IN FULL-TERM NEONATAL INFANTS AFTER PHYSIOLOGICAL AND COMPLICATED PREGNANCY

Kemerovo State Medical Academy, Russian Agency for Health Care

*The thyrotropic-thyroid system was studied in full-term neonatal infants after physiological and complicated pregnancy. In mothers and neonates, the levels of thyroid-stimulating hormone,  $T_3$  and  $T_4$  were measured. The study was conducted in mothers with uncomplicated pregnancy ( $n = 94$ ), varying gestosis ( $n = 76$ ), hypothalamic syndrome ( $n = 60$ ), and thyroid disease ( $n = 59$ ). The findings suggest that the birth thyrotropic-thyroid system in full-term neonates after physiological and complicated pregnancy is functionally independent and ready to function in postnatality. However, maternal gestosis and endocrine pathology make some alterations in the formation of the thyrotropic-thyroid system in antenatality.*

**Key words:** neonatal thyrotropic-thyroid system, gestosis, maternal hypothalamic syndrome and thyroid disease.

Целью исследования явилось изучение состояния тиреотропно-тиреоидной системы у доношенных новорожденных при физиологической и осложненной беременности.

#### Материал и методы исследования

В сыворотке крови матери и в пуповинной крови определяли содержание тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина ( $T_3$ ) и тироксина ( $T_4$ ).

Обследованы доношенные новорожденные при физиологической беременности (94), при гестозе различной степени тяжести (76), при гипоталамическом синдроме у матери (60) и при патологии щитовидной железы (59). К последней относятся: диффузная гиперплазия, аутоиммунный тиреоидит, а также диффузно-токсический, узловой и

диффузно-узловой зоб. Кровь у матери брали из локтевой вены в конце III периода родов, у новорожденного ее брали из пуповины сразу после рождения.

Гормональные исследования проведены иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирмы ЗАО "Алкор-био" (Санкт-Петербург). Полученные данные обработаны с помощью пакета программы Statistic for Windows 6.0.

#### Результаты исследования и обсуждение

Содержание ТТГ и тиреоидных гормонов у новорожденных и их матерей представлено в табл. 1.

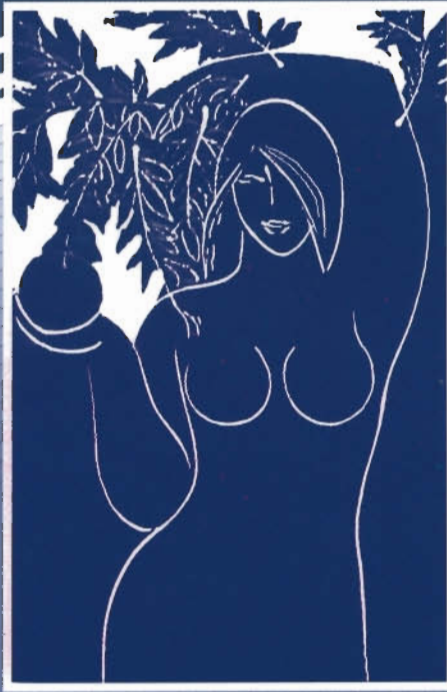
Как видно из табл. 1, содержание ТТГ у новорожденных девочек было выше, а  $T_3$ ,  $T_4$  — ниже, чем у матерей. Такая же закономерность установлена и в отношении новорожденных мальчиков.

Низкий уровень  $T_3$ ,  $T_4$  в пуповинной крови связан с меньшей функциональной активностью щитовидной железы плода.

Содержание ТТГ у новорожденных девочек ниже, чем у мальчиков. Половые различия в содержании гормонов щитовидной железы отсутствуют.

#### Для корреспонденции:

Елгина Светлана Ивановна, доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава  
 Адрес: 650029 Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а  
 Тел.: (8-3842) 36-49-00  
 E-mail: elgina@kemcity.ru



# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

6

2009