

СТАН ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ

*Чернишова Д.М., студентка, Маринчина І. М., асистент
Буковинського державного медичного університету
кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

Вступ. Однією з основних проблем сучасного акушерства є зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності. У сучасних умовах, серед факторів, що приводять до перинатальної патології та антенатальної загибелі плода, зростає роль ендокринопатій різного генезу, у тому числі й гіперандрогенії (ГА). Ендокринна функція фетоплацентарного комплексу сприяє розвитку специфічних змін в репродуктивних органах, регуляції антенатального розвитку плода і обміну речовин під час вагітності. Дані механізми забезпечуються специфічними гормонами.

Метою нашої роботи було вивчення стану ендокринної функції плаценти у вагітних з гіперандрогенією.

Матеріали та методи. До основної групи увійшли вагітні жінки з гіперандрогенією (30 пацієнток). Контрольну групу склали 30 вагітних з відсутністю гестаційних ускладнень, обтяженого гінекологічного та акушерського анамнезу. Стан фетоплацентарної системи й резервні можливості плода оцінювали за рівнем гормонів фетоплацентарного комплексу (ФПК) – естріол (ЕЗ), плацентарний лактоген (ПЛ), прогестерон (Пр).

Результати і обговорення. Нами ретельно проаналізований перебіг і наслідки попередніх вагітностей. Так, у жінок контрольної групи найчастіше (89,4 %) вагітність закінчувалася артіфіційними абортами. На відміну від цього, у пацієнток з гіперандрогенією в анамнезі був високий рівень мимовільних абортів (9,7 %); часткове відшарування хоріону (89,4 %); вагітності, що не розвивається (6,5 %), звичне невиношування (20,0 %) і передчасних пологів (9,7 %), неплідність (42,0 %).

Згідно одержаних нами результатів основним ускладненням I половини вагітності у жінок з гіперандрогенією є загроза переривання вагітності (40,0 %), причому в 18,0 % спостережень мала місце ІЦН, часткове відшарування хоріону та плаценти (89,4 %) в малих термінах. Особливо звертає на себе увагу частота ускладнень з боку плода: дистрес - 56,7±5,2% та СЗРП - 47,8±5,3%. За нашими даними 82,2±4,0% дітей від матерів основної групи народились з малою масою при народженні, а в 68,9±4,9% були ще й недоношеними, в контрольній групі відповідні показники виглядають наступним чином - 6,7±4,6% і 6,7±4,6%. В подальшому ми оцінювали у даних вагітних стан фетоплацентарної системи й резервні можливості плода за рівнем гормонів ФПК. Ми встановили, що у вагітних обох груп спостерігається тенденція до поступового збільшення рівня прогестерону, але у вагітних основної групи середні значення концентрації даного гормону були суттєво нижчими на протязі всієї вагітності (в 20-24 тижні - 34,58±0,48 нмоль/л, в 34-37 тижнів - 72,16±3,67; p<0,0001).

Аналізуючи динаміку ПЛ у жінок обох груп нами встановлено, що у вагітних основної групи середні значення концентрації даного гормону були суттєво нижчими протягом всієї вагітності. Так, найбільш виражені розходження між групами (більш ніж в 3 рази) мали місце в 20-24 тижні (контрольна група – 3,48±0,04 мг/л, основна група – 1,13±0,02 мг/л; p<0,0001). Зменшення рівня ПЛ у жінок основної групи починаючи вже з другого триместру вагітності (враховуючи соматотропну дію гормону) пояснює і зміни маси плода, яка значно менша в порівнянні з контрольними даними. У жінок із фізіологічним перебігом гестації рівень естріолу зростає із збільшенням терміну вагітності. Так, в 20-24 тижні середня концентрація гормону становила 18,38±0,33 нмоль/л, наприкінці вагітності - 86,23±0,24 нмоль/л (p<0,0001). У терміні 20-24 тижні вагітності концентрація естріолу в основній групі була у 1,5 раза нижчою порівняно із контрольною групою і становила 12,36±0,15 нмоль/л, а в 34-37 тижнів гестації – у 3 рази нижчою - 28,06±0,39 нмоль/л, ніж у групі контролю (p<0,0001).

Висновок. Відсутність позитивної динаміки у продукції прогестерону та плацентарного лактогену, як правило, характеризує зниження гормонпродуруючої функції синцитіотрофобласта, структура, якого зазнає значних змін при плацентарній дисфункції, а зниження концентрації естріолу пояснює значний відсоток випадків загрозливого стану плода, як під час вагітності, так і в пологах у вагітних з гіперандрогенією.