

УДК 618.33-091.1:612.621.31

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ЖІНОК ІЗ РАННІМИ ВТРАТАМИ ВАГІТНОСТІ

М. В. Бражук¹, О. В. Трохимович², І. О. Баранецька³

¹⁻³ Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної Академії медичних наук України», вул. Платона Майбороди, 8, Київ, 04050, Україна

Проблема ранніх втрат вагітності на протязі багатьох років залишається актуальною, так як вони є найбільш частим ускладненням гестаційного процесу і не мають тенденції до зниження. Незважаючи на численні дослідження етіології, патогенезу, діагностики і терапії ранньої втрати вагітності, в Україні частота цієї патології залишається високою і коливається від 10 до 20-25 % від загальної кількості вагітностей [1-4].

Мета провести аналіз особливостей зміни гормонального гомеостазу у жінок із ранніми втратами вагітності. Було обстежено 414 вагітних жінок в термінах 4-12 тижнів вагітності, віком від 20-42 років. Хворі були розподілені на 4 групи: 1 група – жінки з загрозливим викиднем, (n=220); 2 група – жінки з мимовільним викиднем, (n=21); 3 група – жінки з викиднем, що не відбувся, (n=84); 4 група – жінки з трубною вагітністю, (n=89). Контрольну групу склали 15 вагітних жінок з одноплідною вагітністю, що нормально розвивається, в термінах 4-12 тижнів.

Визначення концентрації гормонів в сироватці крові проведено імуноферментним методом з використанням тест-системи ХЕМА (Росія). Паралельно проводилось дослідження гормональної кольпоцитології. Визначались наступні індекси: індекс дозрівання (ІД), каріопікнотичний індекс (КІ), еозинофільний індекс (ЕІ). Забарвлення піхвових мазків проведено за поліхромним методом Шорра.

За даними гормональної кольпоцитології було виявлено ознаки прогестеронової недостатності різного ступеня вираженості в групі жінок у яких вагітність продовжувала прогресувати та у жінок, у яких в подальшому була діагностовано завмерла вагітність. За умов ускладненого перебігу визначався патологічний естрогенний тип мазка. При оцінці індексу дозрівання у жінок із загрозливим викиднем привертало увагу збільшення коефіцієнту поверхневих клітин, показник якого коливався в межах від 16 до 45%, в групі жінок з викиднем, що не відбувся, показники коливались від 23-70%, а в контрольній групі цей коефіцієнт не перевищував 15%. Каріопікнотичний індекс у жінок контрольної групи складав 5-6%, а за умов загрози переривання вагітності відзначалось його підвищення – 9-78 %, у жінок з вагітністю, що не розвивалась – 13-

79%, що не мало різкої відміни від показників 1-ї групи і не могло бути прогностичним критерієм не прогресуючої вагітності.

Середній показник концентрації естрадіолу у жінок першої групи в 4-8 тижнів вагітності становив $(5,3 \pm 0,68)$ нмоль/л що достовірно не відрізнялось від показників контрольної групи – $(6,0 \pm 1,3)$ нмоль/л. У терміні 9-12 тижнів вагітності в динаміці лікування концентрація естрадіолу в сироватці крові жінок першої групи складала $(10,8 \pm 0,71)$ нмоль/л, проти $(8,85 \pm 0,82)$ нмоль/л в контрольній.

Як показали дослідження, показник концентрації прогестерона (П) в крові коливався в широких межах. Знижена концентрація прогестерону спостерігалась лише у 40 % жінок, у 30 % жінок відзначалось коливання концентрації П в межах фізіологічних показників, у 30% пацієнток визначався підвищений рівень П, що на 10-15% перевищував показник контрольної групи. Це свідчило, про те, що у обстежених жінок мала місце як відносна так і абсолютна прогестеронова недостатність.

Дослідження концентрацій ХГЛ в сироватці крові жінок з фізіологічним перебігом вагітності в динаміці виявлено поступове збільшення даного показника до 8-9 тижнів вагітності, з подальшим поступовим зниженням. За умов загрозливого викидня в термінах до 8 тижнів спостерігалось зниження концентрації ХГЛ порівняно з контролем. Пік секреції ХГЛ зміщувався на 9-10 тижнів вагітності з послідуочим поступовим зниженням концентрацій.

Для жінок з мимовільним викиднем більш характерним було різке зниження показників ХГЛ після того, як викидень відбувся на 84 % через 5 днів, в той час як для жінок з викиднем, що не відбувся (завмерлою вагітністю) характерним було більш повільне зниження ХГЛ на 12 % за 5 днів.

У жінок з трубною вагітністю при визначенні ХГЛ в динаміці обстеження та лікування спостерігались нижчі показники, ніж у жінок контрольної та першої групи, характерним було також зниження його приросту на 15-20%, що давало змогу запідозрити позаматкову вагітність.

Висновки

1. Невідповідність концентрацій П та Е в сироватці крові даним гормональної кольпоцитології у жінок із загрозливим викиднем та викиднем, що не відбувся, може свідчити про зменшення чутливості прогестеронових та естрогенових рецепторів матки до впливу даних гормонів, що потенціює розвиток та підтримку загрози переривання вагітності.

2. Важливим є динамічне обстеження жінок на ХГЛ для прогнозування перебігу вагітності.

Література

«БІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – 2014»: Збірник наукових праць V Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених і студентів. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2014. – С.310-312.

1. Ранние потери беременности – новое понимание гормональных нарушений / Б. М. Венцовский, В. В. Каминский, Т. Ф. Татарчук [и др.] // Здоров'я України. – 2006. – № 8. – С. 20–25.

2. Сидельникова В.В. Гормональные аспекты в клинике невынашивания / В. В. Сидельникова // Российский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 19. – С. 817–819.

3. Корнацька А.Г. Оптимизация комплексной современной терапии у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием и доброкачественной дисплазией молочных желез / А. Г. Корнацька, О. Д. Дубенко // Здоровье женщины. – 2001. – № 1 (37). – С. 43–48.

4. Вовк І. Б. Алгоритм обстеження та лікування жінок з різними формами ранніх втрат вагітності/ І. Б. Вовк, В. К. Кондратюк, О. В. Трохимович// Здоровье женщины. – 2013. – № 6 (82). – С. 97–100