

©І. М. Маринчина

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ. Обстежено 30 вагітних основної групи та 30 вагітних з неускладненим перебігом гестації. Основний критерій відбору - наявність відхилень від норми за даними результатів першого біохімічного скринінгу у вагітних з гіперандрогенією (ГА). У вагітних «групи ризику» щодо виникнення плацентарної дисфункції в 20-24, 34-37 тижнів гестації проводилося визначення гормонів ФПК: плацентарного лактогена, естріола, прогестерону. У жінок ГА, починаючи з 20-24 тижнів вагітності достовірно знижувалися концентрації усіх гормонів у порівнянні з даними при фізіологічній вагітності.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ. Обследовано 30 беременных основной группы и 30 беременных с неосложненным течением гестации. Основной критерий отбора - наличие отклонений от нормы за результатами первого биохимического скрининга у беременных с гиперандрогенией (ГА). У беременных «группы риска» по формированию плацентарной дисфункции в 20-24, 34-37 недель беременности проводили определение гормонов ФПК: плацентарного лактогена, эстриола, прогестерона. У женщин с ГА, начиная с 20-24 недель беременности достоверно снижалась концентрация всех гормонов в сравнении с данными при физиологической беременности.

PROGNOSTIC VALUE OF MARKERS OF PRENATAL SCREENING IN PLACENTAL DYSFUNCTION INTRODUCTION. The study involved 30 pregnant women of the main group and 30 pregnant women with uncomplicated course of the gestation process. The main criterion of selection was the presence of abnormalities according to the results of the first biochemical screening in pregnant women with hyperandrogenism (HA). Pregnant of the "risk group" on the occurrence of placental dysfunction in 20-24, 34-37 weeks of gestation underwent a study of the reproductive hormones, placental lactogen, estriol and progesterone. Women with HA starting from 20-24 weeks of pregnancy were diagnosed the concentrations of all hormones compared with the data in physiological pregnancy was significantly reduced.

Ключові слова: пренатальний скринінг, плацентарна дисфункція.

Ключевые слова: пренатальный скрининг, плацентарная дисфункция.

Keywords: prenatal screening, placental dysfunction.

ВСТУП. У сучасних умовах, серед факторів, що проводять до перинатальної патології та антенатальної загибелі плода, зростає роль ендокринопатій різного генезу, у тому числі й гіперандрогенії (ГА) [1, с.183]. ГА спостерігається у 5 % жінок у популяції й у 35 - 41 % пацієнток з непліддям та звичним невиношуванням [4, с. 95].

При різній патології вагітності по-різному порушуються процеси дозрівання та морфофункціонального становлення хоріальних ворсин, що відображається на структурі фетоплацентарного бар'єра [3, с. 42]. Ендокринна функція фетоплацентарного комплексу (ФПК) сприяє розвитку специфічних змін в репродуктивних органах, регуляції антенатального розвитку плода і обміну речовин під час вагітності [2, с. 34].

Вивчення прогностичного значення концентрацій хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ), асоційованого з вагітністю протеїну-А плазми (РАРР-А) щодо виникнення плацентарної дисфункції (ПД) у вагітних з гіперандрогенією.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. До основної групи (30 пацієнток) - увійшли вагітні жінки з стертими формами ГА, діагностованої в I триместрі вагітності. Контрольну групу склали 30 вагітних з відсутністю гестаційних ускладнень, обтяженого гінекологічного та акушерського анамнезу. Дані результатів першого біохімічного скринінгу.

У вагітних «групи ризику» щодо виникнення плацентарної дисфункції в 20-24, 34-37 тижнів гестації

проводиться дослідження репродуктивних гормонів: плацентарного лактогена (ПЛ), естріола (Е₃), прогестерону (Пр) за загальноприйнятими методиками.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У пацієнток з ГА в анамнезі був високий рівень мимовільних абортів (93,3 %); часткове відшарування хоріону (100 %); вагітності, що не розвивається (40 %), звичне невиношування (46,7 %) і передчасних пологів (18 %), неплідність (36,7 %). Середня тривалість первинної неплідності склала 5,6±0,5 і вторинної - 5,8±0,4 років.

Згідно одержаних нами результатів основним ускладненням I половини вагітності у жінок з ГА є загроза переривання вагітності (100 %), причому в 46,7 % спостережень мала місце ІЦН, часткове відшарування хоріону (100 %) в малих термінах, ПРПО - 46,7 %, аномалія пологової діяльності - 66,7 %.

При доплерометрії порушення матково- і (або) фетоплацентарного кровотоку було у 30 (100 %) вагітних основної групи, і лише у 1 (3,0 %) - контрольної групи (p<0,05). Частота ускладнень з боку плода: дистрес - 73,3±5,2 % та СЗРП - 43,3±5,3 % (p<0,001). За нашими даними 86,6±4,0 % дітей від матерів основної групи народились з малою масою при народженні, а в 46,7±4,9 % були ще й недоношеними, в контрольній групі відповідні показники виглядають слідуючим чином - 6,7±4,6 % і 6,7±4,6 % (p<0,001).

Акушерство та гінекологія

Нами встановлено, що маркери пренатального скринінгу першого триместру не виходили за межі Мом, але концентрація даних маркерів наближалася до нижньої границі норми згідно терміну гестації. При статистичній обробці результатів першого біохімічного скринінга нами було відмічено, що рівень ХГЛ в крові в середньому становив - $24198 \pm 0,5$ мМЕ/мл в основній групі, що на 36,7% нижче даного показника у контрольній групі. Рівень PAPP-A в сироватці вагітних з гіперандрогенією склав $1960 \pm 0,9$ мМЕ/мл, що на 45,8 % менше, ніж в контрольній групі. За даними ряду авторів низькі рівні PAPP-A призводять до зниження активності ростових факторів, що беруть участь у плацентазії та ремоделюванні спіральних артерій, а отже вказують на скриті дефекти імплантації й формування плаценти в ранньому періоді, які проявляються у другій половині вагітності й можуть бути причиною ускладнень вагітності (зупинка розвитку плода, мимовільний викидень до 22 тижнів, передчасні пологи до 37 тижнів, гестоз). Зниження рівня вільного ХГЛ може свідчити про загрозу мимовільного викидня, зупинку вагітності [2, с. 34].

Для підтвердження даної гіпотези в подальшому у вагітних «групи ризику» щодо виникнення плацентарної дисфункції в 20-24, 34-37 тижнів гестації проводиться дослідження репродуктивних гормонів. Ми встановили, що у вагітних основної групи середні значення прогестерону були суттєво нижчими упродовж всієї вагітності (в 20-24 тижні - $34,58 \pm 0,48$ нмоль/л, в 34-37 тижнів - $72,16 \pm 3,67$; $p < 0,0001$). Аналізуючи

динаміку ПЛ нами встановлено що, найбільш виражені розходження між групами (більш ніж в 3 рази) мали місце в 20-24 тижні (контрольна група - $3,48 \pm 0,04$ мг/л, основна група - $1,13 \pm 0,02$ мг/л; $p < 0,0001$), у 34-37 тижнів - відповідно - $8,47 \pm 0,04$ та $3,69 \pm 0,06$ мг/л; ($p < 0,0001$). У вагітних основної групи концентрація естріолу була у 1,5 раза нижчою порівняно із контрольною групою в 20-24 тижні й становила $12,36 \pm 0,15$ нмоль/л, а в 34-37 тижнів гестації - у 3 рази нижчою - $28,06 \pm 0,39$ нмоль/л, ніж у групі контролю ($p < 0,0001$).

ВИСНОВКИ. 1. Жінки з гіперандрогенією відносяться до групи високого ризику по виникненню ускладнень гестації. Порушення стероїдогенезу знижує гормональну активність плаценти, ймовірно на тлі зниження активності ростових факторів, що беруть участь у плацентазії та ремоделюванні спіральних артерій, з подальшим погіршенням кровотоку у матково-плацентарних судинах і міжворсинчастому просторі й призводить до формування первинної плацентарної дисфункції.

2. На основі результатів першого біохімічного скринінгу у вагітних з гіперандрогенією можна виявити ризик цілого ряду ускладнень (не тільки вад розвитку), що може допомогти у виробленні індивідуальної програми ведення вагітності.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Для покращення перинатальних наслідків слід удосконалювати антенатальну діагностику плацентарної дисфункції та відповідно оптимізувати тактику розродження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зелинский А. А. Перинатальные потери и факторы риска акушерско-гинекологической патологии / А. А. Зелинский, Е. А. Карауш // зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України / відп. ред. Б. М. Венцківський. - К.: «Інтермед», 2005. - С. 183-187.
2. Сидельникова В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием / В. М. Сидельникова. - М.: «МЕДпресс-информ», 2011. - С. 219.

3. СтрихаКОВА. Н. поТера береМеННОСТИ//А. Н.СтрихаКОВ, М. В. МрНаТКО. - М.: «Мефли/и/иНСКое и/иН4>0pMa^0НН0е areНСТВО», 2007. - 224 с.

4. Androgen excess Disorders in women: polycystic ovary syndrome and Other Disorders / eds. R. Azziz, J. E. Nestler, D. Dewailly. 2nd edition. -Totowa, New Jersey : Humana Press, 2006. - 466 p.

Отримано 20.01.14