3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М., 2006. - 317 с.
4. Кулаков В.И., Аполихина И.А., Прилепская В.Н., Гус А.И., Сухих Г.Т. Современные подходы к диагностике папилломавирусной инфекции гениталий у женщин и их значение для скрининга рака шейки матки (обзор литературы) // Практическая гинекология, 2005., Т.1. - №2. - с. 21-23.
5. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги / Наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676.
6. Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю. Современные подходы к диагностике и лечению эктопии шейки матки // Жіночий лікар, 2007, №3. - с. 26.
7. Каминский В.В., Жук С.И., Прилепская В.Н. Здоровье женщины от юности до зрелости// Здоров'я жінки , 2007, №21. – с. 31-34.

УДК: 612.43-055.26:579.862:618.177-089.888.11

ЗМІНИ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИРОВАТКИ КРОВІ СГВ-ПОЗИТИВНИХ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ЕКЗ

ПЕРЕБЕНДЮК Т.В., БУЛАВЕНКО О.В., ФУРМАН О.В., МИХАЛЬЧУК М.А.

м. Вінниця

Відомо, що вагітні з відновленою репродуктивною функцією становлять групу високого ризику щодо широкого спектра гестаційних ускладнень, серед яких значне місце займають невиношування та недоношування вагітності, що обумовлено як патогенетичними факторами безплідності – ендокринними, інфекційними, імунологічними, так і гормональною терапією, яку застосовують на етапі лікування безплідності.

Мета дослідження – дати оцінку комплексу гормональних змін в системі «мати-плацента-плід» у вагітних після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) на фоні підтвердженої урогенітальної та ректовагінальної колонізації стрептококом групи В (СГВ) та ефективності оптимізованих лікувально-профілактичних заходів у жінок із відновленою репродуктивною функцією.

Матеріал і методи дослідження

Вміст естрадіолу (Е2) та естріолу (Е3), прогестерону (Пг), кортизолу (К), хоріонічного гонадотропіну (β-ХГ) і плацентарного лактогену (Пл) визначали радіоімунологічним методом у 98 СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ, розділених на 2 паритетні підгрупи по 49 вагітних у кожній (основна група та група порівняння) і 52 вагітних з непорушеною репродуктивною функцією (контрольна група) віком від 35 до 39 років у терміні вагітності 25-27 і 32-34 тижні. Для оцінки збалансованості гормонального впливу на міометрій визначали співвідношення рівнів $П/Е_2$.

Усі без винятку СГВ-позитивні вагітні для збереження та пролонгації вагітності після проведеного ЕКЗ отримували: утрожестан, фолієву кислоту та йодид калію (індивідуально за показами до лікування додавали: вібуркол, актовегін, діпірідамол, еноксипарін натрія, вітамін Е (токоферол) та аскорбінову кислоту). Вагітним основної групи застосували традиційно прийняту схему (Шкоба Л.С., 2005): дуфастон, кратал, аспірин, канефрон, пренатал та корегування мікробіоценозу статевих шляхів препаратом мікожинакс, а групі порівняння – розроблену нами: матерну, інтерферон 2α, або віферон та гінофлор.

Вибір препаратів обумовлений необхідністю попередження інтраамніального інфікування. Дія призначених препаратів була спрямована на: перешкоджання проникнення СГВ через навколоплодові оболонки; зниження ступеня колонізації статевих шляхів умовно-

патогенною та патогенною мікрофлорою; нормалізацію pH та відновлення фізіологічного бар'єру піхви, що перешкоджає виникненню вагінальних інфекцій.

Вірогідність розбіжностей середніх значень визначали за допомогою обчислення критерію Стьюдента. Різницю вважали вірогідною при $p<0,05$. Отримані відхилення кількісних показників гормонів від фізіологічної норми розглядали як опосередковане свідчення порушення функції ФПК та стану плода.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що на початок лікування вагітних за різними схемами в основній групі спостерігалось одночасне достовірне зменшення концентрації Е3 (45,2±3,1 нмоль/л проти 54,4±2,5 нмоль/л у контрольній групі, $p<0,05$) та Пг (279,3±10,1 нмоль/л проти 325,4±12,2 нмоль/л у контрольній групі, $p<0,01$) та достовірне підвищення концентрації К (694,2±10,2 нмоль/л проти 608,6±14,2 нмоль/л, $p<0,001$). У групі порівняння спостерігалось лише достовірне зменшення концентрації Пг (271,3±11,2 нмоль/л) порівняно з контрольною групою (325,4±12,2 нмоль/л, $p<0,01$). Разом із тим, концентрація E_2, β-ХГ та ПЛ в обох досліджуваних групах не відрізнялась від показників контрольної групи ($p>0,05$).

Таким чином, на початок лікування в обох досліджуваних групах СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у терміні вагітності 25-27 тижнів встановлено достовірне зниження секреції Пг та підвищення рівня К, порівняно з контрольною групою, що клінічно підтверджувалось симптомами загрози переривання вагітності (73,47 % в основній групі та 67,35 % - у групі порівняння, $p>0,05$). Окрім того, у вагітних основної групи на відміну від групи порівняння було відмічено також достовірне зниження Е3 (45,2±3,1 нмоль/л проти 54,4±2,5 нмоль/л у контрольній групі, $p<0,05$). Отримані результати свідчать про наявність ознак фетоплацентарної недостатності, котрі були більш вираженими в групі вагітних з традиційним лікуванням.

Достовірні відмінності гормонального гомеостазу у терміні вагітності 32-34 тижні між групами СГВ-позитивних вагітних, котрих лікували за різними схемами, встановлені за рівнем вмісту кортизолу, а також гормонів плацентарного комплексу – естріолу та плацентарного лактогену. Рівень К в групі порівняння був найнижчим і достовірно відрізнявся від показників як основної групи, так і контрольної (518,6±14,6 нмоль/л проти 786,2±16,7 нмоль/л $p<0,001$ і 635,5±12,2 нмоль/л, $p<0,001$). На тлі проведення запропонованих нами лікувально-профілактичних заходів значних порушень гормонопродукуючої функції плаценти виявлено не було: рівень Е3 в групі порівняння достовірно вищий, ніж в основній групі (79,8±3,4 нмоль/л проти 64,2±2,2 нмоль/л, $p<0,001$) та не відрізняється від значень контрольної групи (80,1±2,7 нмоль/л, $p>0,05$). Аналогічну закономірність встановлено і для значень ПЛ (257,6±12,3 нмоль/л проти 203,8±10,4 нмоль/л $p<0,01$ і 261,4±18,4 нмоль/л при $p>0,05$). Отже, відсутність вираженого дефіциту ПЛ свідчить про поліпшення стану ФПК, що клінічно підтверджувалось меншою частотою гіпоксії плода (8,16 % проти 26,53 %, $p<0,05$) та плацентарної недостатності (32,65 % проти 59,18 %, $p<0,01$).

Визначені нами зміни рівня гормонів вагітних можуть бути обумовлені впливом комплексу факторів: попередніми змінами репродуктивного здоров'я досліджуваних нами вагітних, багатоплідною вагітністю, котра характерна для процедури ЕКЗ, колонізацією урогенітальних та ректовагінальних шляхів стрептококом групи В та, як наслідок, високою ймовірністю виникнення внутрішньоутробного СГВ-інфікування.

Висновки

Існують відмінності у функціональній спроможності гормональної регуляції плаценти між досліджуваними групами СГВ-позитивних вагітних. У вагітних групи порівняння реєструються позитивні зміни у гормональній спроможності ФПК, які характерні для компенсованої гормоносинтетичної та метаболічної функції плаценти. Отримані результати опосередковано свідчать на користь позитивного впливу розроблених та застосованих нами лікувально-профілактичних заходів на гормонопродукуючу функцію плаценти СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ.