

## МОРФОФУНКЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕДОСТАТНОСТІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ

*І.В.Каліновська*

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології (зав. – проф. О.В.Кравченко) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

**Резюме.** Досліджено зміну гормональної функції плаценти у вагітних з плацентарною недостатністю та невиношуванням вагітності в анамнезі протягом всього гестаційного періоду. Отримані результати свідчать про необхідність ранньої корекції виявлених порушень.

**Ключові слова:** плацентарна недостатність, плацента, вагітність.

Фетоплацентарна система є однією з основних систем, яка відповідає за формування умов, необхідних для нормального розвитку плода [1]. Ускладнення вагітності досить часто призводять до змін у плаценті, які суттєво порушують її функцію [2]. Це негативно впливає на стан плода і, як наслідок, веде до розвитку гіпоксії та затримки його внутрішньоутробного розвитку. Плацента забезпечує не тільки розвиток плода, але й визначає результат всієї вагітності. Гормональна функція плаценти сприяє збереженню та прогресуванню вагітності. При розвитку плацентарної недостатності виникають зміни в фетоплацентарній системі, що ведуть до порушень компенсаторних механізмів плаценти на тканинному, клітинному та субклітинному рівнях [3, 4].

**Мета дослідження.** Вивчити стан фетоплацентарної системи у вагітних з невиношуванням за наявності ознак плацентарної недостатності.

**Матеріал і методи.** Обстежено 120 вагітних віком від 18 до 35 років в терміні вагітності від 4 до 40 тиж., які в анамнезі мали невиношування вагітності. Контрольну групу становили 60 практично здорових вагітних. Жінки основної і контрольної групи поділені на 4 підгрупи залежно від гестаційного терміну (ранній ембріональний період, ранній, середній та пізній фетальний період). У вагітних основної групи в 75,3% спостерігалися явища загрози переривання вагітності, 49% – у попередніх вагітностях. У 67,3% досліджених вагітних в анамнезі були самовільні викидні в терміні до 13 тиж., а також в 17,2% пізні самовільні викидні в терміні 22-25 тиж. У 32,5% вагітних основної групи дана вагітність

супроводжувалася кровомазанням у ранньому ембріональному періоді та частковим відшаруванням хоріона. У 16,2% вагітних основної групи в анамнезі були відмерлі вагітності в терміні до 10 тиж. У 25% вагітних основної групи діагностована затримка розвитку плода в терміні 22-38 тиж. У всіх пацієнток визначали вміст естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену та хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові методом твердофазного імуноферментного аналізу із стандартними наборами реактивів фірми "Хема-Медика" (Москва) та "Амкор-Био" (Санкт-Петербург). Всім вагітним проводили ультразвукову фетометрію, кардіотокографію плода, а також ультразвукову доплерометрію (з 18 тиж. вагітності).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У вагітних з плацентарною недостатністю досліджувані показники суттєво відрізнялися від показників у здорових вагітних. Порівняння даних стану матково-плацентарного кровообігу в обстежених вагітних свідчить про те, що суттєві гемодинамічні зміни у вигляді зменшення кровообігу та зниження його функціональних резервів у міжворсинчастому просторі спостерігалися в 33% вагітних в терміні 25-40 тиж. У решти вагітних основної групи, як і в досліджуваних контрольної групи порушень кровообігу при доплерометрії не виявлено. При дослідженні гормональної функції плаценти в обстежених вагітних виявлено такі дані. В ранньому ембріональному періоді (до 8 тиж.) у вагітних основної групи спостерігалася різке зниження рівня всіх гормонів у крові, а саме: рівень естрадіолу в середньому становив  $0,68 \pm 0,07$  нмоль/л, хоріонічного гонадотропіну

– 13200±1150 МЕ/л, плацентарного лактогену – 0,039±0,004 Мг/л. Слід відмітити, що рівень прогестерону в сироватці крові вагітних основної групи в ранньому ембріональному періоді залишився в межах норми.

При дослідженні результатів гормональної функції плаценти в ранньому фетальному періоді спостерігалось зниження рівня естрадіолу в 10 разів, хоріонічного гонадотропіну – в 3 рази, плацентарного лактогену – в 2 рази та рівня прогестерону – в 2 рази порівняно з контрольною групою. В середньому фетальному періоді (з 18 до 27 тиж. вагітності) рівень всіх гормонів у крові вагітних залишався нижчим, ніж у вагітних контрольної групи, хоча рівень естрадіолу нижчий у 2 рази (в середньому становив 18,5±2,8 нмоль/л). У пізньому фетальному періоді (з 28 до 40 тиж. вагітності) спостерігалось зниження рівня естрадіолу в крові вагітних з плацентарною недостатністю, що в середньому становило 21,15±2,75 нмоль/л. Рівень хоріонічного гонадотропіну у вагітних основної і контрольної групи суттєво не відрізнявся і був в межах норми. Концентрація плацентарного лакто-

гену в крові вагітних з плацентарною недостатністю становив у середньому 7,67±0,83 мг/л, що є в межах норми. Рівень прогестерону в крові вагітних основної групи становив у середньому 135,48±7,82 нмоль/л і суттєво не відрізнявся від показників контрольної групи.

**Висновок.** Наявність у вагітних плацентарної недостатності призводить до глибоких структурно-функційних порушень плацентарного комплексу, що проявляється зниженням гормональної функції плаценти протягом всього гестаційного періоду. Виражені гормональні зміни відбуваються в ранньому ембріональному та ранньому фетальному періодах (до 18 тиж. вагітності) в період формування плаценти, що призводить до переривання вагітності, а за наявності вираженої дисфункції плаценти – до відмерлих вагітностей.

**Перспективи наукового пошуку.** Результати даної роботи свідчать про необхідність подальшого вивчення змін фетоплацентарного комплексу у вагітних за наявності плацентарної недостатності та розробки адекватних методів їх корекції.

### Література

1. Кирющенко П.А., Ходжаева З.С., Вересов В.Н. и др. Хорионический гонадотропин человека: способы его регуляции и влияние на гестационный процесс // Пробл. берем. – 2002. – № 3. – С. 6-9.
2. Серова О.Ф. Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин // Акуш. и гинекол. – 2001. – Т. 31. – С. 19-23.
3. Дашкевич В.Є., Янюта С.М., Колонійченко Т.В., Дзуліт М.П. Плацентарна недостатність: сучасні аспекти патогенезу, діагностики, профілактики та лікування // Мистецтво лікування. – 2004. – № 4. – С. 22-25.
4. Резніченко Г.І., Бесарабов Ю.М. Патогенетичні та клінічні аспекти хронічної плацентарної недостатності, профілактика і лікування // Запоріж. мед. ж. – 2000. – № 3. – С. 30-34.

### МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

*И.В.Калиновская*

**Резюме.** Исследовано изменение гормональной функции плаценты у беременных с плацентарной недостаточностью и невынашиванием беременности в анамнезе в течение всего гестационного периода. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости ранней коррекции выявленных нарушений.

**Ключевые слова:** плацентарная недостаточность, плацента, беременность.

### MORPHOFUNCTIONAL PECULIARITIES OF THE FETOPLACENTAL SYSTEM INSUFFICIENCY IN GRAVIDAS

*I.V.Kalinovs'ka*

**Abstract.** The paper investigates a change of the placental hormonal function in gravidas with placental insufficiency and noncarrying of pregnancy in the past history during the whole gestational period. The obtained findings are indicative of the necessity of an early correction of detected abnormalities.

**Key words:** placental insufficiency, placenta, gestation.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 05.06.2006 р.