

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бицадзе В.О. Патогенез, принципы диагностики и профилактики осложненной беременности, обусловленных тромбофилией: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004.
2. Зайнулина М.С. Пути снижения материнской и перинатальной смертности при нарушении системы гемостаза / М.С. Зайнулина // Медицинский академический журнал, 2013. – Т.13, №1. – С.73-82.
3. Макацария А.Д. Системные синдромы в акушерско-гинекологической практике / Макацария А.Д. - М.: МИА, 2010. – 888 с.
4. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии. – М.: «Триада-Х», 2008. – 152 с.
5. Макацария А.Д. Тромбофилические состояния в акушерской практике. Научное издание / Макацария А.Д., Бицадзе В.О. - М.: «Руссо», 2001. - 704 с.
6. Пюрбеева Е.Н. Значимость врожденной тромбофилии в патогенезе внутриутробной задержки развития плода / Пюрбеева Е.Н., Зайнулина М.С. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Т.LIV (2). – С.9-12.

УДК 618.12-002.3-065

## ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ

ЄГОРОВ О.О.

м. Харків

З появою високоактивних синтетичних гормональних препаратів стало можливим проведення хворим з передраком і початковими стадіями рака ендометрія (РЕ) патогенетичного консервативного лікування [1,3,5].

Впровадження гормонотерапії в якості органозберігаючого лікування передраку і початкових форм РЕ є патогенетичним і високоефективним, що дозволяє жінкам молодого віку зберегти менструальну функцію і фертильність [2, 7, 8, 10].

Нагляд за перебігом вагітності та пологів у таких хворих поки що недостатній [4, 6, 9]. Гормональний статус є одним із невивчених аспектів стану фетоплацентарної системи при зазначеній патології.

У зв'язку з цим, метою дослідження було вивчення гормонального статусу вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ.

### Матеріал і методи дослідження

Першу групу склали 40 вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ T1s і T1aN0M0G1; T1aN0M0G2. До другої групи увійшли 30 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності.

З метою оцінки гормональної функції фетоплацентарної системи у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ визначали вміст прогестерона, плацентарного лактогена, естріола, кортизола в сироватці крові, узятій з ліктьової вени в ранкові години, за допомогою радіоімунологічного методу і використанням стандартних наборів фірми "Sorin" (Франція). Дослідження проводилися в наступні терміни вагітності: 10-15, 16-25, 26-34, 35-39 тижнів.

### Результати дослідження та їх обговорення

Проведені дослідження показали, що у вагітних з фізіологічним перебігом вагітності в міру її прогресування, спостерігається збільшення вмісту прогестерона, естріола, плацентарного лактогена, кортизола.

Результати дослідження гормональної функції фетоплацентарної системи у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ представлені в табл. 1.

Таблиця 1

#### Показники гормональної функції фетоплацентарної системи у вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ

Гормони	Термін гестації (тижні)	Перша група (n=40)	Друга група (n=30)
ПРОГЕСТЕРОН (нмоль/л)	10-15	84,6±1,1*	96,7±2,6
	16-25	120,3±10,5*	139,4±10,2
	26-34	250,4±12,2*	285,3±12,4
	35-39	300,5±13,7*	353,6±14,3
естріол (нмоль/л)	10-15	4,6±0,1*	5,7±0,6
	16-25	15,3±0,4*	21,2±1,1
	26-34	52,3±2,7*	56,1±2,1
	35-39	68,3±2,8*	84,5±3,8
плацентарний лактоген (мкг/мл)	10-15	1,24±0,04*	1,31±0,03
	16-25	2,88±0,02*	2,97±0,02
	26-34	5,81±0,01*	6,32±0,04
	35-39	6,75±0,04*	8,25±0,02
кортизол (нмоль/л)	16-25	692,4±10,4*	718,1±14,3
	26-34	1065,8±30,5*	1314,5±31,4
	35-39	1247,6±30,2*	1435,7±41,1

\* - різниці вірогідні,  $p < 0,05$

Як видно з представленої табл. 1, порівняння середніх показників вмісту фетоплацентарних гормонів в ті ж самі гестаційні терміни в першій і другій групах показало достовірне зниження рівня досліджуваних гормонів у жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ в усі терміни вагітності. Це можливо пояснити ендокринно-обмінними порушеннями у хворих з патологією ендометрія (ожиріння, полікістоз яєчників).

### Висновки

Проведені дослідження гормонального статусу вагітних після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій РЕ свідчать про те, що перебіг вагітності при цій патології відбувається в умовах виснаження гормональної функції плаценти, що створює умови для розвитку акушерських ускладнень, погіршує прогноз для новонароджених. Виявлені зміни вимагають розробки відповідних коригуючих заходів, вибору терапії у даної групи вагітних з урахуванням гормонального статусу.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. *Авдеев В.И.* Клиническое значение изучения гормонального статуса и рецепторов стероидных гормонов в опухоли у больных раком эндометрия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 27 с.
2. *Ашрафян Л.А., Новикова Е.Г.* Гинекологические аспекты в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Вып. 1, т. XLX. – С. 27-33.
3. *Бохман Я.В., Бонтэ Я., Вишневский А.С.* Гормонотерапия рака эндометрия. – СПб.: Гиппократ, 2009. – 163 с.
4. *Ермакова Н.А.* Количественная оценка уровня эстрогенного фона у больных раком эндометрия как показателя чувствительности опухоли к гормонотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 31 с.
5. *Козаченко В.П.* Гормоны в онкологии // Практическая гинекология. – 2010. – Т. 1, № 3. – С. 8-11.
6. *Макаров О.В.* Гиперпластические процессы эндометрия: диагностика и лечение с учетом рецепторного профиля эндометрия // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 32-36.
7. *Петрикова Т.Ю.* Ранняя диагностика и патогенетическое обоснование терапии при гиперпластических процессах эндометрия // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 3. – С. 36-40.
8. *Goldman J., Dicker D.* Gynaecological oncology // Fam. Physic. – 2010. – №1. – P. 5-7.
9. *Mutter G.L.* Histopathology of genetically defined endometrial precancer / G.L. Mutter // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2011. – Vol. 19. – P. 301 – 309.
10. *Perantoni A.O.* Carcinogenesis in The Biological Basis of Cancer / Perantoni A.O. — Cambridge, 2011. — P. 80-125.

УДК: 618.146:618.398+618.3-008.6

## **ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ ШИЙКИ МАТКИ ДО ПОЛОГІВ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ТА ПЕРЕНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ**

*ЖАБЧЕНКО І.А., КОВАЛЕНКО Т.М., ЛИЩЕНКО І.С.*

м. Київ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Актуальність проблеми перенесеної вагітності (ПВ) обумовлена наявністю численних ускладнень в пологах зі сторони матері та плода, високою перинатальною захворюваністю та смертністю, значною частотою пологового травматизму, оперативного розродження, а також післяпологових ускладнень, особливо у жінок високого ризику. Частота ПВ коливається в межах 3,5–13,5% від загальної кількості пологів, середній показник становить 8-10% [1, 9].

Значно ускладнює ситуацію невизначеність з поняттям ПВ, так як до цього часу недостатньо чітко проводиться допологова діагностика пролонгованої та справжньої ПВ, що призводить до злиття цих понять. Більшість авторів вважають, що ПВ можна вважати такою вагітністю, яка перевищує тривалість доношеної вагітності на 2 тижні та більше [1, 4]. Деякі автори відносять перенесування до патологічних станів [5, 6], в той же час інші дослідники вважають пролонговану вагітність варіантом норми [7, 8].

Ризик раптової антенатальної загибелі плода та частота уражень центральної нервової системи (ЦНС) у новонароджених різко зростають саме після 41 тижня вагітності, який