

Взаимосвязь психовегетативного статуса беременных, страдающих вегетативной дистонией, с течением беременности, родов и состоянием новорожденного

К.П.Маслянкина, Л.С.Александров, А.И.Ищенко, Н.В.Тутер, А.П.Никонов

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России

Резюме

В статье обсуждается взаимосвязь психовегетативного статуса беременных, страдающих вегетативной дистонией, с течением беременности, родов и состоянием новорожденного. Показано, что у беременных с вегетативной дисфункцией имеются особенности акушерско-гинекологического анамнеза, состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса.

Ключевые слова: беременные, психовегетативный статус, вегетативная дисфункция.

The relationship of psycho-autonomic status of pregnant women suffering from vegetative dystonia, with pregnancy, birth and status of newborn

K.P.Masliankina, L.S.Alexandrov, A.I.Ischenko, N.V.Tutter, A.P.Niconov

Summary

The article discusses the relationship of psycho-autonomic status of pregnant women suffering from vegetative dystonia, with pregnancy, childbirth and the newborn state. It is shown that pregnant women with autonomic dysfunction are the features of obstetric-gynecological history, state of the vegetative nervous system and mental state.

Key words: pregnant women, psychovegetative status, vegetative dysfunction.

Сведения об авторах

Маслянкина Кристина Павловна – аспирант каф. акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
Александров Леонид Семенович – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
Ищенко Анатолий Иванович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
Тутер Нина Валерьевна – д-р мед. наук, науч. сотр. отд. патологии вегетативной нервной системы ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
Никонов Андрей Павлович – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Введение

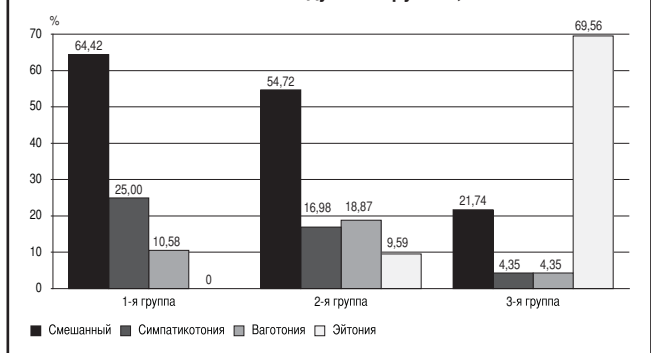
Изучение роли вегетативной нервной системы в течении беременности и родов в настоящее время вызывает большой интерес, обусловленный тем, что данные литературы свидетельствуют о регуляторном характере деятельности вегетативной нервной системы женщины в период беременности. Более того, в настоящее время считается, что функциональное состояние вегетативной нервной системы во многом определяет условия протекания беременности, родов и состояние новорожденного (D.Atallah и соавт., 1999). Поэтому любые виды вегетативной дисфункции могут вызвать нарушения в обеспечении адекватного гормонального, иммунного и гомеостатического статуса организма женщины в этот период (K.Eglston и соавт., 2007) [1]. Однако, несмотря на пристальный интерес исследователей к данной проблеме, недостаточно изученным остается вопрос о влиянии вегетативной дисфункции на течение беременности, родов и состояние новорожденных (О.В.Козина, 2002; Д.О.Ниязлиева, 2003) [2, 3]. Между тем результаты подобных исследований могли бы стать основой разработки дифференцированных комплексных схем ведения беременности, родов и раннего неонатального периода в зависимости от состояния вегетативной нервной системы. В этой связи изучение взаимосвязи психовегетативного статуса беременных, страдающих вегетативной дистонией, с течением беременности, родов и состоянием новорожденного представляется актуальным и значимым.

Клиническая характеристика больных и методы исследования

Целью исследования было изучение взаимосвязи психовегетативного статуса беременных, страдающих вегетативной дистонией, с течением беременности, родов и состоянием новорожденного.

В исследовании приняли участие 200 женщин в возрасте от 22 до 39 лет. Для решения поставленных задач когорта пациенток была разделена на 3 группы: основную, группу сравнения и контрольную. Соответственно, основную

Рис. 1. Состояние ИВТ в исследуемых группах, %.



группу (1-ю группу) составили беременные пациентки на разных сроках беременности, у которых была диагностирована вегетативно-сосудистая дистония – 104 человека. Группа сравнения (2-я группа) была сформирована из 73 условно здоровых беременных женщин. В контрольную группу (3-ю группу) были включены 23 условно здоровые небеременные женщины.

Группы исследования были сопоставимы по возрасту, а 1 и 2-я группы – также по паритету беременности. В период исследования у пациенток отсутствовали признаки острых и обострения хронических соматических заболеваний.

Клинико-инструментальные методы исследования женщин проводились в соответствии с порядком оказания акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам (Приказ Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 №808н). Всем женщинам проводились терапевтический и акушерский осмотр, оценка соматического статуса; консультация специалистов. Параклинические методы обследования включали общий анализ крови и мочи. По показаниям исследовались биохимические показатели крови. Также всем женщинам проводились инструментальные ис-

следования – ультразвуковое (фетометрия), по показаниям – доплерометрическое и кардиотокографическое. В программу обследования пациенток были включены методы, позволившие оценить состояние их исходного вегетативного тонуса (ИВТ) – по таблице А.М.Вейна (2003 г.) [4]. Психологический статус женщин оценивался при помощи теста Плутчика–Келлермана.

Результаты собственных исследований

При изучении ИВТ у беременных были зафиксированы все его типы: эйтония, симпатикотония, парасимпатикотония, смешанный тип (рис. 1).

Из данных рис. 1 следует, что в обеих группах беременных достоверно преобладал смешанный ИВТ. Вторым по частоте вариантом ИВТ в 1-й группе была симпатикотония, которая регистрировалась достоверно чаще, чем ваготонический ИВТ ($p < 0,05$). В то же время в группе условно здоровых беременных как симпатикотонический, так и ваготонический варианты ИВТ встречались примерно с одинаковой частотой. В группе небеременных женщин ведущим был эйтонический вариант ИВТ – он регистрировался в 16 (69,56%) случаях.

В результате анализа данных теста Плутчика–Келлермана было отмечено, что наиболее предпочитаемыми психическими защитными механизмами у беременных женщин являются проекция, рационализация и отрицание. Следовательно, среди беременных наблюдается сочетанное использование как зрелых, так и примитивных механизмов психической защиты (МПЗ). В наименьшей степени ими используется такой защитный механизм, как замещение ($23,8 \pm 0,9\%$).

В группе небеременных женщин наиболее предпочитаемыми психическими защитными механизмами были конструктивные механизмы компенсации и рационализации. Наименее предпочитаемыми механизмами в 3-й группе оказались деструктивные – вытеснение и проекция. Полученные данные можно расценивать как свидетельство психологической устойчивости женщин, включенных в 3-ю группу.

При сравнительном анализе данных беременных и небеременных женщин было отмечено, что по некоторым шкалам опросника различия между группами достигали значимого уровня (рис. 2).

Обращает на себя внимание, что в группе беременных достоверно более высокий процент реализации от максимально возможного был зафиксирован по шкалам вытеснения, отрицания и проекции. В то же время в группе небеременных женщин были отмечены достоверно более высокие показатели по шкале компенсации.

Представляет интерес и сравнительный анализ общей напряженности всех защит (ОНЗ). В группе беременных женщин этот показатель составил $49,12 \pm 1,12\%$, тогда как в группе контроля он был достоверно ниже и находился на уровне $36,27 \pm 1,32\%$ ($p < 0,05$). Учитывая, что нормативные значения ОНЗ для городского населения России равны 40–50%, ОНЗ, зарегистрированная в основной группе, отражает неразрешенные внешние и внутренние конфликты у беременных женщин.

С целью изучения влияния вегетативного статуса на психоэмоциональное состояние был проведен сравнительный анализ данных беременных женщин с разным вегетативным статусом (рис. 3).

Из данных диаграммы следует, что для женщин с вегетативной дисфункцией в большей мере были характерны МПЗ, говорящие об их личности как эмоционально незрелой – средний балл по шкалам регрессии и отрицания в 1-й группе был достоверно выше по сравнению с результатами 2-й группы. В то же время такой МПЗ как рационализация, характеризующий личность как эмоционально зрелую, был в большей мере присущ женщинам с нормальным состоянием вегетативной нервной системы. Также были выявлены значимые различия при сравнительном анализе ОНЗ – в 1-й группе этот показатель был достоверно выше по сравнению со 2-й группой ($53,18 \pm 2,11\%$ и $44,53 \pm 1,93\%$ соответственно, $p < 0,05$). Следовательно, использование малоэффективных МПЗ беременными с вегетативными нару-



Вагинорм-С®

Инновационный путь
лечения дисбиоза
влагалища

- ✓ Восстанавливает естественную кислую среду во влагалище
- ✓ Блокирует рост условно-патогенной флоры*
- ✓ Способствует укреплению местного иммунитета**
- ✓ Разрешен с первых дней беременности



ЛСР-005889/08 от 23.07.2008

На правах рекламы

Вагинорм-С®

МНН: аскорбиновая кислота.

Регистрационный номер: ЛСР-005889/08

Лекарственная форма: таблетки вагинальные. Фармакологическое действие: снижает pH влагалища, ингибируя рост бактерий, и способствует восстановлению и поддержанию нормальных показателей pH и флоры влагалища. Таким образом, при снижении pH влагалища в течение нескольких дней происходит выраженное подавление роста анаэробных бактерий, а также восстановление нормальной флоры. Показания: хронический или рецидивирующий вагинит (бактериальный вагиноз, неспецифический вагинит), обусловленный анаэробной флорой (вследствие измененного pH влагалища). Для нормализации нарушенной микрофлоры влагалища. Противопоказания: гиперчувствительность к любому из компонентов; кандидозный вульвовагинит. Применение при беременности и лактации: не противопоказано во время беременности и лактации. Способ применения и дозы: интравагинально, 1 вагинальную таблетку вводят во влагалище 1 раз вечером перед сном. Курс лечения – 6 дней. Возможны повторные курсы лечения. Курс терапии возможно продлить на более длительный срок. Побочное действие: препарат хорошо переносится. Очень редко – гиперчувствительность к одному из компонентов препарата. Редко возможно жжение или зуд во влагалище, усиление слизистых выделений, гиперемия, отечность вульвы. Передозировка: случаи передозировки не описаны. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: солицилаты стимулируют процесс выведения витамина С из организма. Эстрогены улучшают биодоступность витамина С. Витамин С снижает активность антикоагулянтов. Особые указания: препарат не угнетает рост грибковой флоры влагалища. Такие проявления, как жжение и зуд, могут быть обусловлены сопутствующей грибковой инфекцией. Проверки в применении Вагинорма-С в связи с моноклиническими или менструальными кровотечениями не обязательны. Срок годности: 3 года. Условия отпуска из аптек: без рецепта. Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. Имеются противопоказания, перед применением проконсультируйтесь со специалистом, ИМП от 30.07.2010.

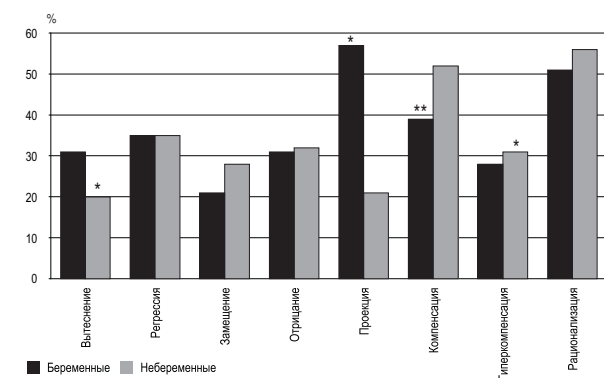
* Инструкция по применению от 30.07.2010.

** Громова О.А. и др. Молекулярные механизмы разрушения бактериальных пленок при топическом применении аскорбиновой кислоты. – Гинекология, том 12, №6, с. 36-41.

ООО «Зббтт Лабораториз»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16а, строение 1,
бизнес-центр «Метрополис», 6 этаж
Тел./факс: (495) 258 42 80/81
www.abbott-russia.ru

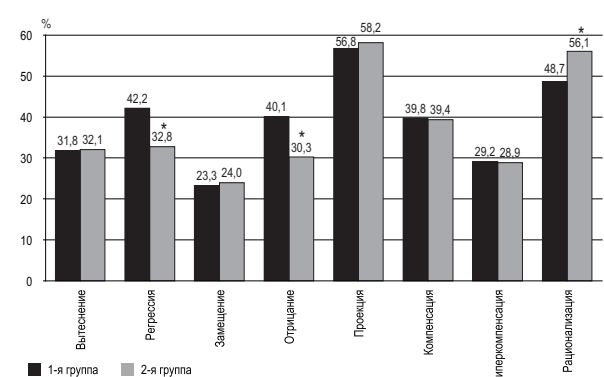
Abbott
A Promise for Life
2013/07-026

Рис. 2. Сопоставление результатов теста Плутчика–Келлермана в изучаемых группах, %.



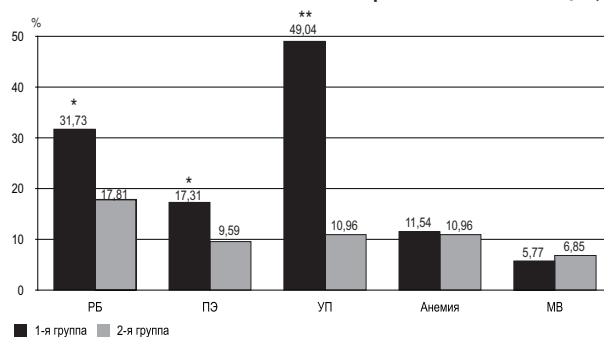
*Достоверные различия при $p < 0,05$; **при $p < 0,01$.

Рис. 3. Сопоставление данных теста Плутчика–Келлермана у беременных женщин в зависимости от вегетативного статуса, %.



*Здесь и далее в рис. 4–8: статистически значимые различия при $p < 0,05$.

Рис. 4. Сравнительный анализ осложнений беременности в зависимости от состояния вегетативной нервной системы женщин, %.

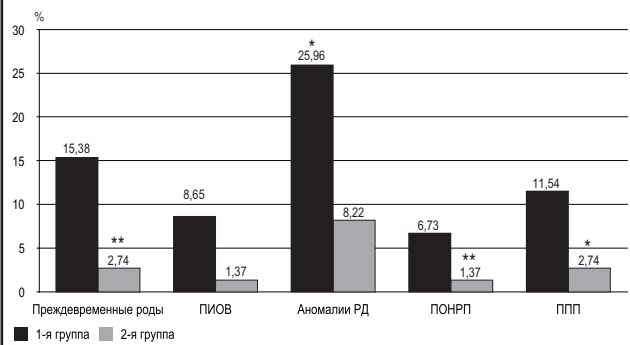


Примечание. РБ – рвота беременных, ПЭ – преэклампсия, УП – угроза прерывания, МВ – маловодие. Здесь и далее в рис. 5, 8: **статистически значимые различия при $p < 0,01$.

шения приводит к возникновению у них неразрешимых конфликтов, что может усугублять вегетативные расстройства и оказывать негативное влияние на течение беременности и родов.

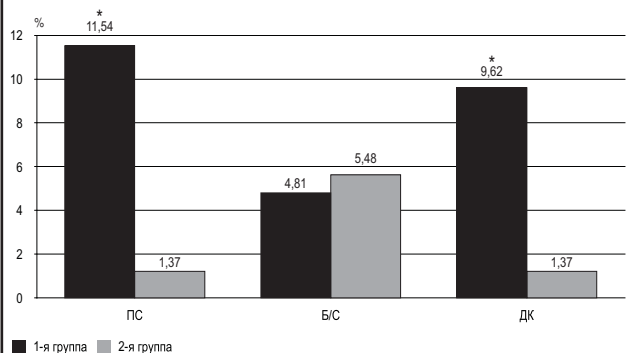
При изучении особенностей течения беременности в зависимости от вегетативного статуса было выявлено, что осложненное течение беременности в 1-й группе отмечалось достоверно чаще по сравнению со 2-й группой – в 61,54 и 20,55% случаев соответственно ($p < 0,01$). Анализ структуры осложнений позволил установить, что у женщин с вегетативной дисфункцией наиболее часто диагностировались угроза прерывания беременности (49,04%) и рвота беременных (31,73%). В то же время во 2-й группе достоверно чаще по сравнению с другими осложнениями диагностировалась лишь рвота беременных (17,81%); рис. 4.

Рис. 5. Частота осложнений родов у женщин с разным вегетативным статусом, %.



Примечание. ПИОВ – преждевременное излитие околоплодных вод, ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ППП – патологический прелиминарный период.

Рис. 6. Частота разных аномалий РД у женщин в зависимости от состояния вегетативной нервной системы, %.



ПС – первичная слабость РД, Б/С – быстрые или стремительные роды, ДК – дискоординация РД.

При сравнительном анализе данных между группами было отмечено, что в основной группе достоверно чаще регистрировались такие осложнения, как рвота беременных, преэклампсия и угроза прерывания беременности. Следует подчеркнуть, что у женщин с вегетативными нарушениями наличие нескольких осложнений беременности диагностировалось достоверно чаще по сравнению со здоровыми (25,0 и 8,22% случаев соответственно, $p < 0,01$).

При изучении особенностей течения беременности мы также обратили внимание на достоверно более высокую частоту развития хронической гипоксии плода у пациенток с вегетативной дисфункцией. В результате балльной оценки обнаруженных изменений на кардиотокографии было выявлено, что средний балл по шкале Фишера в 1-й группе был достоверно ниже, чем во 2-й ($5,22 \pm 0,47$ и $7,47 \pm 0,38$ соответственно, $p < 0,05$). При этом если частота выявления начальных признаков гипоксии в группах была сопоставима (7,69% в 1-й группе и 5,48% – во 2-й группе, $p > 0,05$), то выраженная гипоксия плода достоверно чаще регистрировалась в 1-й группе (12,50 и 1,37% соответственно, $p < 0,05$). В результате оценки совокупности УЗИ-критериев было выявлено, что в 1-й группе достоверно чаще наблюдалась прогрессирующая гипоксия плода – в 13,46% случаев, тогда как во 2-й группе – лишь в 1,37% ($p < 0,05$). Очевидно, более частое развитие гипоксии плода у женщин, страдающих вегетативной дистонией, обусловлено, с одной стороны, нарушением сосудистого тонуса и как следствие – оксигенации плода, а с другой – более частым развитием осложнений беременности.

При изучении течения родов было выявлено, что у женщин с вегетативной дисфункцией патология диагностировалась достоверно чаще – в 68,27% случаев в 1-й группе и 16,44% – во 2-й ($p < 0,01$). Изучение частоты отдельных видов нарушений родовой деятельности (РД) позволило установить, что в обеих группах наиболее часто диагно-

стировались аномалии РД. Однако сравнительный анализ данных женщин из разных групп показал, что все нарушения процесса родов в 1-й группе отмечались достоверно чаще (рис. 5).

Мы проанализировали частоту отдельных аномалий – в сравнительном аспекте с данными условно здоровых беременных (рис. 6).

Из данных рис. 6 следует, что в 1-й группе достоверно чаще отмечались такие аномалии РД, как первичная слабость и дискоординация.

Более частое развитие осложнений беременности и родов, а также выполнение операций кесарева сечения у женщин с вегетативными расстройствами не могло не отразиться на состоянии новорожденных. В результате было отмечено, что при рождении средние показатели физического развития детей основной группы достоверно не отличались от аналогичных показателей детей группы сравнения. Однако оценка функционального состояния новорожденных показала, что асфиксию легкой степени тяжести перенесли 36,54% детей основной группы и лишь 13,70% детей группы сравнения ($p<0,05$). Оценка по шкале Апгар также различалась у детей от матерей с разным состоянием вегетативной нервной системы. Так, средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте в основной группе была достоверно ниже, чем в группе сравнения, а на 5-й минуте выявленное различие даже усугублялось (рис. 7). Это свидетельствует о сохраняющемся состоянии гипоксии новорожденных и наличии у них функциональных расстройств.

Переходные состояния детей основной группы регистрировались в 30,77% случаев, тогда как в группе сравнения они были зафиксированы у 15,07% новорожденных ($p<0,05$). Основные переходные состояния, диагностированные у новорожденных, представлены в табл. 1.

Следует отметить, что в основной группе достоверно чаще выявлялись новорожденные с сочетанием нескольких переходных состояний.

Период ранней адаптации детей протекал на фоне ряда нарушений, которые достоверно чаще встречались в основной группе (рис. 8).

В результате катamnестического наблюдения за детьми в течение 1 мес было установлено, что к окончанию срока катamnеза в основной группе некоторые показатели физического развития были достоверно ниже при сопоставлении их с результатами детей из группы сравнения (табл. 2).

При анализе данных табл. 2 обращает на себя внимание, что у детей 1-й группы масса тела за месяц возросла незначительно и была достоверно ниже показателя детей 2-й группы. При индивидуальном анализе данных детей от матерей с вегетативными нарушениями было отмечено, что недостаточная прибавка массы тела за 1-й месяц была выявлена в 12,50% случаев, тогда как у детей от здоровых матерей – лишь в 4,11% ($p<0,05$). Клинические признаки гипотрофии 1-й степени наблюдались у 7,69% детей основной группы и 1,37% – группы сравнения ($p<0,05$).

Обсуждение полученных результатов

Результаты, полученные на предыдущем этапе исследования, позволили установить наличие достоверных различий показателей психовегетативного статуса, характера течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин в зависимости от состояния вегетативной регуляции. В этой связи было изучено наличие взаимосвязей между перечисленными показателями с целью выявления наиболее значимых из них. Поскольку в результате проведенного анализа было зарегистрировано большое количе-

Рис. 7. Сравнительный анализ средней оценки по шкале Апгар у новорожденных от женщин с разным вегетативным статусом.

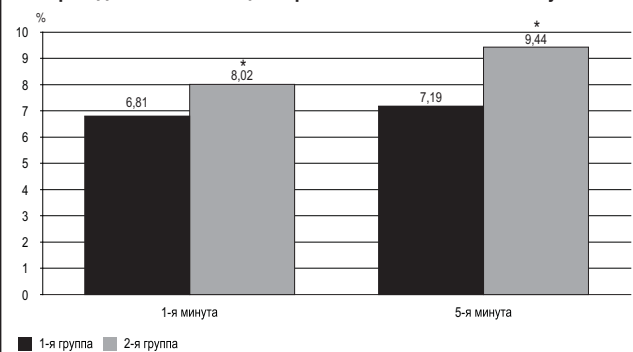
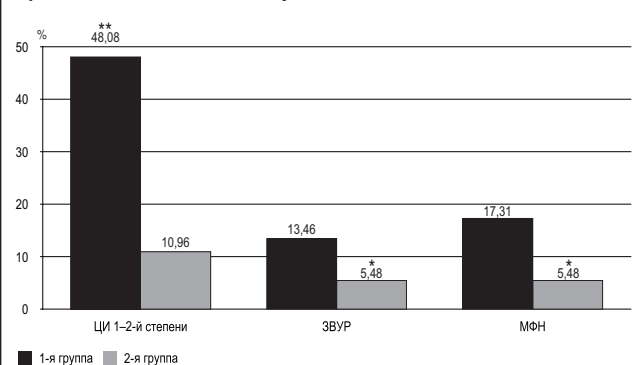


Рис. 8. Частота нарушений состояния новорожденных от женщин с разным вегетативным статусом, %.



Примечание. ЦИ – церебральная ишемия, ЗВУР – задержка внутриутробного развития, МФН – морфофункциональная незрелость.

ство статистически достоверных умеренных взаимосвязей, анализировались лишь взаимосвязи, соответствующие цели и задачам исследования (табл. 3).

При анализе данных табл. 3 обращает на себя внимание, что наличие аномалии вегетативной регуляции у беременных женщин положительно коррелировало не только с развитием патологии беременности в целом, но и с отдельными аномалиями, такими как рвота беременных и преэклампсия, угроза прерывания.

При изучении взаимосвязей вегетативных нарушений с нарушениями развития плода и состоянием новорожденного также были отмечены значимые корреляции (табл. 4).

Учитывая наличие сведений о влиянии психоэмоционального статуса женщин на течение беременности, родов и состояние новорожденного, был проведен корреляционный анализ с целью выявления достоверных взаимосвязей между данными характеристиками. В табл. 5 представлены лишь достоверные взаимосвязи между изучаемыми признаками.

При анализе данных табл. 5 обращает на себя внимание положительная корреляция между ОНЗ и патологией беременности, родов, плода и новорожденного. Учитывая, что у беременных женщин с вегетативной дисфункцией ОНЗ была достоверно выше по сравнению со здоровыми беременными, вполне закономерно выглядит более частое развитие у них нарушений течения беременности, родов, развития патологии плода и новорожденного.

Таблица 1. Переходные состояния новорожденных в группах исследования					
Показатель	1-я группа (n=104)		Группа сравнения (n=73)		p
	абс.	%	абс.	%	
Транзиторная потеря первоначальной массы тела	9	8,65	2	2,74	<0,05
Транзиторное нарушение теплового баланса	11	10,58	2	2,74	<0,05
Транзиторные изменения кожных покровов	15	14,42	3	4,11	<0,05
Транзиторная гипербилирубинемия 1–2-й степени	7	6,73	5	6,85	>0,05

Таблица 2. Показатели физического развития детей от женщин с разным вегетативным статусом			
Показатель	1-я группа	2-я группа	p
Масса тела, г	3952,35±81,22	4267,48±94,7	<0,05
Длина тела, см	55,10±0,33	56,10±0,38	<0,05
Окружность головы, см	36,11±0,21	36,18±0,33	>0,05
Окружность груди, см	36,28±0,28	36,14±0,29	>0,05

Таблица 3. Взаимосвязи между вегетативной дисфункцией и течением беременности и родов		
Параметр	Коэффициент корреляции	p
Осложнения беременности (в целом)	0,65	<0,01
Рвота беременных	0,42	<0,05
Презкламсия	0,44	<0,05
Угроза прерывания	0,53	<0,05
Патология родов (в целом)	0,68	<0,01
Преждевременные роды	0,54	<0,01
ПИОВ	0,60	<0,01
Аномалии РД (в целом)	0,45	<0,05
Слабость РД	0,58	<0,01
Быстрые или стремительные роды	0,61	<0,05
Дискоординация РД	0,66	<0,05
ПОНРП	0,53	<0,01
ППП	0,38	<0,05

Таблица 4. Взаимосвязи между вегетативной дисфункцией и нарушениями развития плода и состоянием новорожденного		
Параметр	Коэффициент корреляции	p
Хроническая гипоксия плода	0,48	<0,05
ЗВУР	0,50	<0,05
Апгар – 2	0,38	<0,05
Транзиторная потеря первоначальной массы тела	0,40	<0,05
Транзиторное нарушение теплового баланса	0,37	<0,05
Транзиторные изменения кожных покровов	0,37	<0,05
Церебральная ишемия	0,41	<0,05
МФН	0,44	<0,05
Недостаточные прибавки массы на 1-м месяце	0,36	<0,05
Недостаточные прибавки длины на 1-м месяце	0,41	<0,05

Таблица 5. Взаимосвязи показателей теста Плутчика–Келлермана с течением беременности, родов и состоянием новорожденного			
Шкала теста	Показатель	Коэффициент корреляции	p
Вытеснение	Патология беременности	0,34	<0,05
Регрессия	Патология беременности	0,63	<0,01
	Патология родов	0,51	<0,01
	Патология плода	0,50	<0,05
	Нарушения состояния новорожденного	0,32	<0,05
	Патология беременности	0,44	<0,05
Отрицание	Патология родов	0,38	<0,05
	Патология плода	0,42	<0,05
	Нарушения состояния новорожденного	0,37	<0,05
	Патология беременности	0,37	<0,05
Компенсация	Патология родов	0,35	<0,05
	Патология плода	0,40	<0,05
	Нарушения состояния новорожденного	0,35	<0,05
	Патология беременности	-0,44	<0,05
Рационализация	Патология родов	-0,37	<0,05
	Патология плода	-0,35	<0,05
	Патология беременности	0,52	<0,05
ОНЗ	Патология родов	0,47	<0,05
	Патология плода	0,33	<0,05
	Нарушения состояния новорожденного	0,35	<0,05
	Патология беременности	0,35	<0,05

Заключение

Таким образом, проведенное исследование позволило установить влияние вегетативной нервной системы на течение беременности, родов и состояние новорожденного. Полученные данные могут служить основанием для разработки дифференцированной тактики ведения беременности и наблюдения за новорожденным в зависимости от психовегетативного статуса женщины.

Литература

1. Eglston KA, McMabon C, Austin MP. Stress in pregnancy and infant HPA axis function: Conceptual and methodological issues relating to the use of

salivary Cortisol as an outcome measure. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32: 1–13.

2. Козина О.В. Влияние нейроциркуляторной дистонии на течение беременности и исход родов. *Гинекология*. 2002; 3 (2): 61–2.

3. Ниязиева Д.О. Морфофункциональные особенности плацентарного комплекса у беременных с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.

4. Вегетативные расстройства. Под ред. А.М.Бейна. М., 2003.

5. DiPietro JA, Hilton SC, Hawkins M et al. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Dev Psychol* 2002; 38 (5): 659–68.

Современные онкомаркеры в дифференциальной диагностике опухолей яичников вне и во время беременности (обзор литературы)

С.А.Мартынов

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России, Москва

Резюме

Обзор литературы посвящен оценке информативности современных онкомаркеров и их комбинаций в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований яичников вне и во время беременности.

Ключевые слова: онкомаркеры, опухоли и опухолевидные образования яичников, доброкачественные опухоли яичников, рак яичников, пограничные опухоли яичников, дифференциальная диагностика, беременность.

Serum biomarkers for differential diagnosis of adnexal masses in pregnant and nonpregnant women

S.A.Martynov

Summary

The literature review is devoted to evaluation of possibilities of serum biomarkers and their combinations in differential diagnosis of benign and malignant adnexal masses in pregnant and nonpregnant women.

Key words: serum biomarkers, differential diagnosis, adnexal masses, benign ovarian masses, borderline ovarian tumors, ovarian carcinoma, pregnancy.

Сведения об авторе

Мартынов Сергей Александрович – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. гинекологического отделения ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова.

E-mail: samartynov@mail.ru

Согласно мировой статистике злокачественные опухоли яичников занимают второе место в структуре опухолей женских половых органов в развитых странах и третье – в развивающихся странах [29]. Эпителиальные опухоли выявляются в 95% всех злокачественных новообразований яичников, при этом чаще всего уже на поздних стадиях заболевания, с чем связан плохой прогноз выживаемости [10, 29, 48]. Наряду с этим достаточно высока (до 30%) частота ложноположительных диагнозов при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников (О/ООЯ) [3, 5, 8, 9, 48]. В связи с этим поиск наиболее информативных онкомаркеров для дифференциальной диагностики О/ООЯ представляет большой интерес.

Опухолевый маркер (онкомаркер) – любая белковая субстанция, которая появляется у онкологического больного и коррелирует с наличием опухоли, степенью ее распространения и регрессом в результате лечения [4]. Существуют четыре вида опухолевых маркеров: плацентарные антигены, онкофетальные антигены, метаболические маркеры и антигены, ассоциированные с мембранами опухолевых клеток.

Среди плацентарных антигенов наибольшее значение имеет хорионический гонадотропин человека (β -ХГЧ). Повышение концентрации β -ХГЧ отмечается при опухолях трофобласта, герминогенных опухолях, пузырном заносе, хорионкарциноме, мелкоклеточном бронхогенном раке легких, при некоторых типах злокачественных опухолей желудка, печени, тонкой и толстой кишки, почек, молоч-

ных желез, матки. Применительно к злокачественным опухолям яичников β -ХГЧ играет важную роль в диагностике герминогенных опухолей, особенно недисгермином, хорионкарциномы, эмбрионального рака и полиэмбриомы [2, 10]. Однако в силу синтеза данного гликопротеина клетками трофобласта и значительной вариабельности содержания β -ХГЧ на разных сроках гестации использование его во время беременности в качестве онкомаркера менее эффективно [10, 45, 46]. В то же время β -ХГЧ используется для диагностики пузырного заноса и служит маркером пороков развития плода при скрининге II триместра беременности [2, 10].

Онкофетальные антигены представлены α -фетопротеином и раковым эмбриональным антигеном. α -Фетопротеин является физиологическим продуктом клеток желточного мешка, печени и желудочно-кишечного тракта плода. В сыворотке плода α -фетопротеин обнаруживается с 4-й недели беременности. Его концентрация достигает пика между 12 и 16-й неделями, а затем постепенно снижается вплоть до рождения ребенка [2]. α -Фетопротеин является специфическим маркером эмбриональной карциномы вне беременности. К этому типу опухолей относятся гепатоцеллюлярная аденокарцинома, тератобластома, дисгерминома и стромально-клеточные опухоли. В сочетании с β -ХГЧ и лактатдегидрогеназой (ЛДГ) α -фетопротеин используется для дифференциальной диагностики дисгермином. Однако ввиду значительных колебаний уровня α -фетопротеина при нормально протекающей беременности