

ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ТА СОМАТИЧНОГО АНАМНЕЗУ У ЖІНОК З ГІПРАНДРОГЕНІЄЮ

У сучасних умовах, серед факторів, що приводять до перинатальної патології та антенатальної загибелі плода, зростає роль ендокринопатій різного генезу, у тому числі і гіперандрогенії (ГА) [1, с.158].

Гіперандрогенія - одне з найбільш частих ендокринних порушень, що спостерігається у 5% жінок у популяції й у 35 - 41% пацієток, що страждають безплідністю, яка обумовлена хронічною ановуляцією (ХА) [4, с. 40].

Незважаючи на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі акушерських і перинатальних ускладнень, не можна вважати всі питання цілком вирішеними [2, с.17-19]. Однією з таких наукових задач є зниження частоти ускладнень вагітності і пологів у жінок з гіперандрогенією.

Мета. Вивчити клінічні особливості преморбідного фону, перебігу вагітності, пологів і стану новонароджених у жінок з гіперандрогенією.

Об'єкт, методи та методологія досліджень. Для вирішення поставленої мети ми вивчили особливості преморбідного фону, перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у 50 жінок із гіперандрогенією в анамнезі, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи – основна група. Для порівняння ми використали аналогічні дані у 50 акушерськи та соматично здорових жінок та їх новонароджених, розроджених через природні пологові шляхи – контрольна група.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики з урахуванням критеріїв Фішера-Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік обстежених жінок був достовірно вище в основній групі – $28,2 \pm 1,4$ (контрольна група – $25,8 \pm 2,1$ років; $p < 0,05$). Ні у однієї з пацієток робота не була пов'язана з професійними шкідливостями. Різниця в частоті соматичної захворюваності наочно проглядалася з боку патології ЛОР-органів (контрольна група – 20,0 %; основна – 42,0 %); захворювань органів дихання (контрольна група – 4,0 %; основна – 24,0 %); сечовидільної системи (контрольна група – 2,0 %; основна – 20,0 %); щитовидної залози (контрольна група – 2,0 %; основна – 16,0 %); серцево-судинної системи (контрольна група – 2,0 %; основна – 14,0 %) і варикозного розширення вен нижніх кінцівок (тільки в основній групі – 10,0 %). Ні в одній з вагітних, що спостерігались нами, не було неврологічної симптоматики, а також ознак, що свідчать про гіпоталамічні порушення (ожиріння 3 ступеня, рожеві стрії й ін.). Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 82,0 % жінок з гіперандрогенією. У їхній структурі явно переважали запальні процеси (38,0 %) і патологічні зміни шийки матки (28,0 %).

Виходячи з отриманих результатів можна вказати, що крім високого рівня пізнього початку менархе звертає на себе увагу у пацієток з гіперандрогенією

в анамнезі значна частота олігоменореї, що виникає з менархе (контрольна група – 2,0 %; основна – 48,0 %); гіпоменструального синдрому (контрольна група – 2,0 %; основна – 16,0 %); дисфункціональних маткових кровотеч (тільки в основній групі – 12,0 %) і альгоменореї (контрольна група – 2,0 %; основна – 10,0 %). Встановлені особливості й обумовлюють розходження в частоті незміненої менструальної функції в пацієток різних груп (контрольна група – 92,0 %; основна – 30,0 %), а також підтверджують дані різних авторів про те, що підвищення рівня андрогенів викликає порушення менструального циклу [3, с.256-261].

Аналіз дітородної функції обстежених жінок показав, що в контрольній групі більшість жінок були першовагітні (62,0 %) і усі – першородячі (100,0 %). У порівнянні з цим, серед пацієток з гіперандрогенією в анамнезі переважали повторновагітні (62,0 %), а співвідношення першо- і повторнородячих було, приблизно, рівним.

Нами ретельно проаналізований перебіг і наслідки попередніх вагітностей. Так, у жінок контрольної групи найчастіше (89,4 %) вагітність закінчувалася артифіційними абортами. На відміну від цього, у пацієток з гіперандрогенією в анамнезі був високий рівень мимовільних абортів (9,7 %); вагітності, що не розвивається (6,5 %), звичне невиношування (20,0 %) і передчасних пологів (9,7 %), неплідність (42,0 %). Первинна неплідність переважала над вторинною (62,6 % і 37,4 %). Середня тривалість первинної неплідності склала $5,6 \pm 0,5$ і вторинної – $5,8 \pm 0,4$ років. Отримані результати наочно свідчать про наявність обтяженого репродуктивного анамнезу в жінок основної групи.

Згідно одержаних нами результатів основним ускладненням I половини вагітності у жінок з гіперандрогенією є загроза переривання вагітності (40,0 %), причому в 18,0 % спостережень мала місце ІЦН. Після 20 тижнів вагітності частота різних ускладнень була трохи вище. Так, гестаційна анемія в контрольній групі становила 20,0 %, в основній – 52,0 %; плацентарна дисфункція (ПД) – 6,0 % і 44,0 % відповідно; загроза передчасних пологів – 2,0 % і 30,0 % відповідно, преєклампсія – 2,0 % і 28,0 % відповідно. Основними клінічними проявами ПД в основній групі були затримка розвитку плода і його дистрес.

При оцінці термінів розвитку основних акушерських ускладнень нами встановлено, що спочатку у пацієток з гіперандрогенією виникала гестаційна анемія ($24,1 \pm 1,2$ тиж.), а потім преєклампсія ($26,2 \pm 1,4$ тиж.) і ПД ($30,1 \pm 1,8$ тиж.).

У наших спостереженнях звертає на себе увагу високий рівень передчасних пологів (20,0 %), а також 2 випадки переношеної вагітності (4,0 %). При вивченні причин передчасних пологів у жінок основної групи виявилось, що найчастіше вони починалися з передчасного розриву плодових оболонок (60,0 %), причому у всіх цих пацієток була зроблена хірургічна корекція ІЦН. У 30,0 % спостережень мала місце підвищена скорочувальна активність матки і тільки в одному випадку (2,0 %) – дострокове розродження шляхом операції кесарева розтину в зв'язку з погіршенням стану плода на фоні дистресу.

Аналізуючи перинатальні наслідки розродження необхідно відзначити в основній групі значний рівень СЗРП (контрольна – 6,0 % і основна – 20,0 %); асфіксії новонароджених (контрольна група – 4,0 % і основна – 18,0 %) і

внутрішньоутробного інфікування (контрольна група – 2,0 % і основна – 10,0 %). Частота задовільного стану новонароджених була значно вище в контрольній групі (контрольна – 88,0 % і основна – 52,0 %).

Висновок.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, жінки з гіперандрогенією складають групу високого ризику акушерських і перинатальних ускладнень, що розвиваються на фоні дезадаптації в системі мати-плацента-плід ендокринного генезу.

Література:

1. Алтурк Ахмад. Влияние исходной гиперандрогении на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения // Тез. докл. научн.-практ. конф. „Актуальные аспекты репродуктивного здоровья” // Репродуктивное здоровье женщины. - 2004. - №2. - С. 158.
2. Морфофункциональные особенности плаценты при гиперандрогении / Л.А.Агаркова, С.В.Логвинов, О.Г. Диш [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. 2006. – Т. 6.- С. 16-19.
3. Радзинский В.Е. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности / В.Е Радзинский, А.П. Милованов. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2004. – 393 с.
4. Arek P. Stress and embryo implantation / P.Arek // J.Gynekol. Obsted. Biol. Reprod (Paris). – 2004. - №33 (1 Pt 2). - P.40-42.