

# Ризик переривання вагітності в I триместрі вагітності у жінок зі склерокістозом яєчників

**Т.М. Бабкіна, К.М. Дельва**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Івано-Франківський обласний перинатальний центр

Склерокістоз яєчників (СКЯ) відіграє головну роль серед причин жіночого безпліддя. Дана проблема є надзвичайно важливою, ще й тому, що включає в себе порушення не тільки в репродуктивній сфері, які призводять до безпліддя та підвищують ризик розвитку злоякісних процесів ендометрія, а ще й різноманітні метаболічні та кардіоваскулярні зміни, що маніфестують у молодому віці.

**Мета дослідження:** ультразвукова оцінка перебігу вагітності в I триместрі вагітності у жінок зі склерокістозом яєчників, що супроводжувався гіперандрогенією та хронічною ановуляцією.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на базі відділення Центру планування сім'ї та гінекологічного відділення Івано-Франківського обласного перинатального центру за допомогою апаратів «Voluson 730 Pro» та «Radmir ultima pro General Electric». Обстежено 28 вагітних, у яких СКЯ був встановлений до настання вагітності. До першої групи увійшли пацієнтки з яєчником формою СКЯ – 10, до другої групи – з наднирниковозалозною формою – 8 жінок, до третьої – з центральною формою – 5, до четвертої – зі змішаною формою – 5 жінок. Діагноз та верифікацію проводили на основі ультразвукового обстеження (огляд жінок до настання вагітності, огляд під час вагітності), клініко-анамнестичного та лабораторного досліджень (визначення в сироватці крові дегідроепіандростерону сульфату, 17-оксипрогестерону, кортизолу, тестостерону, прогестерону, в I триместрі визначали білки фетоплацентарного комплексу).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток становив 27,9 року. Більшість жінок (до 98%) відзначали порушення циклу за типом олігота дисменореї, гірсутизм – 71%, ожиріння – 68%. У

пацієнток з яєчником формою при ультразвуковому обстеженні на ранніх строках вагітності відзначали збільшення в розмірах яєчників, підвищення їх кровопостачання, утворення жовтого тіла вагітності (у 60%). Для наднирниковозалозної форми характерним було незначне збільшення яєчників та низький відсоток візуалізації жовтого тіла вагітності (до 35%), кровопостачання посилене. Центральна та змішана форми СКЯ супроводжувалися збільшенням об'ємів яєчників та ранньою регресією жовтого тіла. У 63% пацієнток ми спостерігали першу вагітність, яка наставала після тривалого безпліддя (від 3–6 років), завдяки індукції овуляції. У частини жінок відзначався обтяжений акушерський анамнез (40% – викидні в I триместрі, 23% – раптове переривання вагітності в терміні 14–20 тиж, завмерла вагітність в ранні строки 6–7 тиж – 10%, передчасні пологи – 25%, прееклампсія – 13%, фетоплацентарна недостатність). Перебіг вагітності у пацієнток зі СКЯ суттєво відрізнявся від жінок з контрольної здорової групи. Відзначалась загроза переривання вагітності в більшості пацієнток до 93%. Раптове переривання вагітності відбулось у 45% пацієнток. Також відсоток завмерлих в ранній термін вагітностей сягнув 9,4%, істміко-цервікальна недостатність була встановлена у 24%.

## ВИСНОВКИ

Чітко встановлено, що вагітну з діагнозом СКЯ слід розглядати як жінку з групи високого ризику щодо перинатальних ускладнень. Тому важливим на сьогоднішній день є раннє та правильне встановлення діагнозу СКЯ для своєчасного патогенетичного консервативного чи хірургічного лікування, а також для прицільного ведення вагітних з даною патологією. Оскільки ультразвукове обстеження є одним із ключових методів діагностики СКЯ, то вивчення і встановлення основних діагностичних критеріїв є вкрай актуальним.

# Актуальные вопросы фетальной анестезиологии

**Н.П. Веропотвелян, Е.П. Смородская**

ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

В последние годы в Украине начали внедрять современные перинатальные технологии, в том числе в области хирургии плода. Реализация и развитие этого направления требуют интеграции умений и опыта различных специалистов: акушеров, врачей УЗИ, генетиков, анестезиологов, хирургов, неонатологов и других.

В настоящее время существуют и развиваются три направления фетальной хирургии, различающиеся по своей «агрессивности», радикальности и срокам проведения: про-

цедура EXIT с последующим хирургическим лечением новорожденного, открытая хирургия плода и малоинвазивная (закрывающаяся) хирургия плода.

К середине II триместра беременности (когда начинают применять методы фетальной хирургии и терапии) у плода уже почти сформирована болевая чувствительность, но она еще не совершенна и существенно отличается от таковой у доношенного новорожденного и тем более у взрослого.