

Корекція плацентарної дисфункції у жінок з гіперандрогенією в анамнезі

В.І. Бойко, В.А. Кіяненко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать про негативний вплив гіперандрогенії в анамнезі на формування фетоплацентарного комплексу, а в подальшому і на перинатальні результати розродження. Використання вдосконаленої методики корекції плацентарної дисфункції дозволяє своєчасно провести профілактику декомпенсованих змін і поліпшити перинатальні результати розродження пацієнток групи високого ризику – з гіперандрогенією в анамнезі. Методика є простою і загальнодоступною, може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, гіперандрогенія.

Серед причин патології репродуктивної функції жінок значна роль належить гіперандрогенії (ГА) – патологічному стану, який характеризується змінами в секретії андрогенів, порушенням їхнього метаболізму та зв'язуванню на периферії. Частота цієї патології серед жінок репродуктивного віку досягла 15%, а серед пацієнток із порушеннями менструальної функції – 35–50% [1–3].

До сьогоднішнього дня не досліджені патофізіологічні причини гестаційних ускладнень у жінок із ГА, не розроблені критерії прогнозування та відповідно профілактики, що унеможливило адекватне лікування в період гестації. Низка питань патогенезу розвитку плацентарної дисфункції (ПД) при ГА є досі не вирішеною, що викликає поглиблений інтерес до цієї теми [1–3].

Незважаючи на велику кількість наукових публікацій з проблеми перебігу вагітності та пологів у жінок із ГА в анамнезі, є багато наукових завдань, які треба розв'язати. На нашу думку, одним із таких завдань є зниження частоти перинатальної патології у жінок із ГА в анамнезі.

Публікації в даному напрямку поодинокі, не систематизовані та мають фрагментарний характер. Усе це в сукупності свідчить про актуальність вибраної теми для проведення наукового дослідження, яке спрямовано на зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок групи високого ризику.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок із ГА в анамнезі на підставі вивчення нових аспектів патогенезу розвитку ПД, а також розроблення та впровадження вдосконаленої лікувально-профілактичної методики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети дослідження проводили два етапи. На першому етапі здійснювали клініко-статистичний аналіз 200 історій пологів жінок із ГА в анамнезі. На другому етапі ми провели клініко-лабораторне оцінювання ефективності розроблених нами лікувально-профілактичних заходів та обстежили 60 жінок, які були розділені методом випадкового вибору на дві групи: I (порівняння) група – 30 вагітних із ГА в анамнезі, лікованих під час вагітності за загальноприйнятою методикою, і II (основна) група – 30 вагітних із ГА в анамнезі, яким під час вагітності проводили комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на профілактику акушерських і перинатальних ускладнень.

Усім вагітним було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, об'єктивних та додаткових методів дослідження. Контрольну групу (КГ) склали 30 вагітних, які були розроджені через природні пологові шляхи без соматичної та гінекологічної патології.

Критерієм включення пацієнток у дослідження була наявність ГА в анамнезі.

Використані для обстеження вагітних методи є безпечними для матері і плода, достатньо інформативними для об'єктивного оцінювання функціонального стану різних систем і систем материнсько-плодового комплексу. Обстеження всіх вагітних проведено за однаковими методиками та з використанням одних і тих самих апаратів, що виключає вплив можливої помилки, характерної для будь-якого неінвазивного методу дослідження, на достовірність результатів обстеження.

Загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи у вагітних II групи включали відповідно до протоколів МОЗ України: гормональну корекцію (глюкокортикоїди та гестагени), вітамінотерапію (вітаміни С, Е, Р); антиоксиданти, спазмолітики та антиагреганти. За наявності істміко-цервікальної недостатності на шийку матки накладали циркулярний шов в терміні від 16–18 до 22–24 тиж вагітності.

Відмінними рисами застосування запропонованого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних III групи були: індивідуальний підбір засобів лікування залежно від генезу ГА; поетапний підхід; послідовне використання додаткових препаратів з одночасним застосуванням лише 1–2 (винятково за потреби – 3). До комплексу профілактичних заходів включали препарати актовегін, діосмін (флебодія) та солкосерил у загальноприйнятих дозах.

Тривалість і якість проведення лікувально-профілактичних заходів залежала від результатів додаткових методів дослідження: ехографії, доплерометрії, кардіотокографії (КТГ), визначення біофізичного профілю плода (БПП), оцінювання ендокринологічного статусу, які динамічно використовували після 20 тиж вагітності.

При виборі методу розродження особливу увагу приділяли віку пацієнток, їхньому анамнезу (наявність безпліддя в анамнезі, мертвонародження), стану плода та готовності пологових шляхів. Програмовані пологи проводили тільки в разі готовності пологових шляхів та задовільного стану плода за показниками функціональної діагностики. Обов'язковим моментом була попередня амніотомія та динамічне кардіомоніторне спостереження. Найбільш адекватним методом знеболювання пологів у вагітних із ГА в анамнезі є перидуральна анестезія, яка дозволяє не тільки усунути больові відчуття, пов'язані зі скороченнями матки, і, тим самим, ліквідувати пологовий стрес, але і внаслідок блокади симпатичних нервових волокон, поліпшити регіонарний кровообіг в органах малого таза та матки, нормалізувати матково-плацентарний кровообіг.

Особливості ведення пологів полягали в обмеженому застосуванні похідних окситоцину, використанні перидуральної анестезії, своєчасній епізіотомії та профілактиці гіпотонічної кровотечі.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у досліджуваних нами вагітних із ГА в анамнезі супроводжується високою частотою загрози переривання вагітності (33,3%) на тлі істміко-цервікальної недостатності (16,7%), після 20 тиж вагітності – значним рівнем гестаційної анемії (53,3%); ПД (43,3%); загрозою передчасних пологів (33,3%) і преєклампсією (26,7%).

Частота передчасних пологів у цих вагітних складає 23,3%, а серед основних причин частіше зустрічається передчасний розрив плодових оболонок (57,1%), у 28,6% спостережень мала місце підвищена скорочувальна активність матки і тільки в одному випадку (14,3%) – дострокове розродження шляхом операції кесарева розтину (КР) в зв'язку з хронічним дистресом плода на тлі ПД і затримки розвитку плода (ЗРП) III ступеня.

Серед основних методів розродження слід зазначити високу частоту КР, у кожній третій вагітній з ГА в анамнезі (36,7%) була проведена ця операція. У структурі показань до операції переважали гострий дистрес плода на тлі ПД (36,3%) та неефективне лікування аномалій пологової діяльності (27,3%).

Перинатальні наслідки розродження у вагітних із ГА в анамнезі характеризуються високою частотою ЗРП (23,3%); асфіксії новонароджених (20,0%), синдрому дихальних розладів (23,3%), що зумовлений недоношеністю, а також постгіпоксичною енцефалопатією (13,3%). Сумарні перинатальні втрати складають 66,7% (синдром дихальних розладів на фоні глибокої недоношеності і гостра асфіксія плода на фоні тяжкої форми ЗРП).

Динаміка рівня гормонів та плацентарних білків протягом вагітності у цих жінок свідчить, що ПД у них розвивається з 20 тиж вагітності на тлі виражених дисгормональних і дисметаболічних порушень: зниження вмісту плацентарного лактогену, естріолу і кортизолу на фоні одночасного підвищення концентрації плацентарних білків – плацентарного α -1-мікроглобуліну; α -2-мікроглобуліну фертильності і трофобластичного β -глікопротеїду; з 24-го тижня достовірно зменшується рівень тестостерону, а після 32 тиж – 17-оксипрогестерону і дегідроепіандростерону-сульфату.

Особливості формування та функціональний стан фетоплацентарного комплексу (ФПК), за даними інструментальних методів дослідження у вагітних із ГА в анамнезі, полягають у тому, що зміни функціонального стану ФПК спостерігаються з 28-го тижня вагітності і характеризуються високою частотою ЗРП (16,7%); порушеннями серцевої діяльності плода (10,0%); дихальних рухів плода (13,3%); його рухової активності (13,3%) і тонуусу (8,0%). Субкомпенсовані порушення ФПК мають місце в 10,0% і декомпенсовані у 6,7%.

Матково-плацентарно-плодовий кровообіг у обстежених вагітних характеризувався достовірним посиленням кровообігу в артерії пупкового канатика – АП (СДВ КІШК – до

$5,3 \pm 0,4$ і ІР – до $1,3 \pm 0,1$; $p < 0,05$) і в маткових артеріях – МА (СДВ КІШК – до $2,5 \pm 0,1$ і ІР – до $0,7 \pm 0,03$; $p < 0,05$).

Використання запропонованих нами лікувально-профілактичних заходів у вагітних із ГА в анамнезі дозволило знизити частоту загрози передчасних пологів (з 23,3% до 13,3%); ПД (з 43,3% до 23,3%); преєклампсії (з 26,7% до 13,3%); КР (з 36,7% до 23,3%); ЗРП (з 23,3% до 10,0%); асфіксії новонароджених (з 20,0% до 13,3%); синдрому дихальних розладів (з 23,3% до 13,3%); постгіпоксичної енцефалопатії (з 13,3% до 6,7%), а також попередити перинатальні втрати у цих жінок.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про негативний вплив гіперандрогенії в анамнезі на формування фетоплацентарного комплексу, а в подальшому і на перинатальні результати розродження. Використання вдосконаленої методики корекції плацентарної дисфункції дозволяє своєчасно провести профілактику декомпенсованих змін і поліпшити перинатальні результати розродження пацієнток групи високого ризику – з гіперандрогенією в анамнезі. Методика є простою і загальнодоступною, може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

**Коррекция плацентарной дисфункции у женщин с гиперандрогенией в анамнезе
В.И. Бойко, В.А. Кияненко**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о негативном влиянии гиперандрогении в анамнезе на формирование фетоплацентарного комплекса, в дальнейшем и на перинатальные исходы родоразрешения. Использование усовершенствованной методики коррекции плацентарной дисфункции позволяет своевременно провести профилактику декомпенсированных изменений и улучшить перинатальные исходы родоразрешения пациенток группы высокого риска – с гиперандрогенией в анамнезе. Методика является простой и общедоступной, может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, гиперандрогения.

**Correction of placental dysfunction at women with hyperandrogenia in anamnesis
V.I. Boyko, V.A. Kijanenko**

Results of the spent researches testify to negative influence of hyperandrogenia in anamnesis on formation фетоплацентарного a complex, in and further and on perinatal outcomes of delivery. Use of an advanced technique of correction of placental dysfunction allows to carry out in due time preventive maintenance decompensation changes and to improve perinatal outcomes of delivery patients of group of high risk – with hyperandrogenia in anamnesis. The technique is simple and popular, wide application in practical public health services can find.

Key words: placental dysfunction, hyperandrogenia.

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Сумской государственной университет МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2; тел.: (050) 307-35-63. E-mail: vboyko@mail.ru

Кияненко Виталий Анатольевич – Сумской государственной университет МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волощук І.Н., Ковганко П.А., Ляшко Е.С. Морфофункціональна характеристика маточно-плацентарного кровотока (результати морфологічних і доплерометричних досліджень) // Акушерство і гінекологія. – 2009. – № 2. – С. 7–9.
2. Ляшко Е.С., Побединский Н.М., Сулейманова Н.С. Исследование плацентарных белков в III триместре беременности

ности у женщин с хронической внутриутробной гипоксией плода // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 15–19.
3. Побединский Н.М., Сонич М.Г., Ляшко Е.С. Исследование плацентарных белков во второй половине беременности у женщин с гиперандрогенией // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 2. – С. 34–37.

Статья поступила в редакцию 07.10.2013