

УДК:618.3-06:616.155.193-7-085

©Ю.П. Вдовиченко, І.П. Бульваренко, А.Ю. Франчук, А.В. Бойчук
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК
З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ В АНАМНЕЗІ

ДЗ «Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика»
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ В АНАМНЕЗІ – У результаті проведеного аналізу перебігу вагітності і пологів у 100 жінок з гіперандрогенією в анамнезі на основі комплексного клініко-лабораторного і функціонального обстеження встановлено що патологічні зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирково-яєчниковій системі супроводжуються гіперандрогенією і секреторною недостатністю ендометрію, створюють несприятливі умови для формування фетоплацентарного комплексу та високим відсоток ускладнень пологів що призводить до збільшення частоти ургентних операцій кесарева розтину .

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ В АНАМНЕЗЕ – В результате проведенного анализа течения беременности и родов у 100 женщин с гиперандрогенией в анамнезе на основе комплексного клинико-лабораторного и функционального обследования установлено, что патологические изменения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой-яичниковой системе сопровождаются гиперандрогенией и секреторной недостаточностью эндометрия, создают неблагоприятные условия для формирования фетоплацентарного комплекса и высоким процент осложненных родов что приводит к увеличению частоты ургентных операций кесарева сечения.

PECULIARITIES OF COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH HYPERANDROGENIA IN ANAMNESIS – As a result of the conducted analysis of course of pregnancy and childbirth in 100 women with hyperandrogenia in anamnesis on the basis of complex clinical-laboratory and functional study found that pathological changes in the hypothalamic-pituitary-adrenal-ovarian system accompanied hyperandrogenia and secretory endometrium insufficiency, creating unfavorable conditions for the formation of fetoplacental complex and higher percentage of complicated labors resulting in an increased incidence of urgent operations cesarean section.

Ключові слова: вагітність, пологи, ускладнення, гіперандрогенія, профілактика.

Ключевые слова: беременность, роды, осложнения, гиперандрогения, профилактика.

Key words: pregnancy, childbirth, complications, hyperandrogenia, prevention.

ВСТУП. Антенатальна охорона плода – одна з найактуальніших задач перинатології, тісно пов'язана зі зниженням перинатальної смертності і захворюваності в групах високого ризику [1]. У сучасних умовах, серед-факторів, що приводять до перинатальної патології та антенатальної загибелі плода, зростає роль ендокринопатій різного генезу, у тому числі гіперандрогенії (Б.М. Венцівський та співавт., 2000; T. Satoetal., 2004).

Основним етіологічним фактором розвитку гіперандрогенії є генетично обумовлена, пов'язана із системою HLA, неповноцінність ферментативних систем у корі надниркових залоз і/або яєчників; або їхнє одночасне порушення, пов'язане єдністю ембріонального походження (з єдиного зачатка ціломічного мезотелію) [5–6]. У результаті спостерігається зниження рівня нормальних продуктів стероїдогенезу (у першу чергу кортизолу) і збільшення продукції андрогенів.

Надлишкова кількість андрогенів під час вагітності веде до стази і склеротичних змін у руслі мікроциркуляції, підвищується ламкість судин міометрію і плаценти, що несприятливо відображається на стані матково-плацентарного кровотоку і приводить, в свою чергу, до порушення функціонування фетоплацентарної системи, розвитку плацентарної недостатності (ПН) і стражданню плода [3]. Однією з актуальних проблем сучасного акушерства і гінекології є відновлення репродуктивної функції жінок, які страждають безплідністю, невиношуванням вагітності та мають ускладнений

перебіг гестаційного процесу і високий рівень перинатальних втрат в анамнезі [2–4]. В усіх цих ускладненнях велику роль відіграють фонові ендокринні порушення, що ведуть до гіперандрогенії, частота якої серед жінок репродуктивного віку досягає 15 % [4]. Незважаючи на значну кількість наукових публікацій у даному напрямку, цілий ряд питань, пов'язаних із перебігом гестаційного процесу і формуванням повноцінного потомства у жінок із гіперандрогенією, ще не повністю вивчені, а причини і механізми розвитку ускладнень вагітності також залишаються дотепер не встановленими. Не вивчені також питання формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також взаємозв'язок між фоною гіперандрогенією і розвитком основних акушерських і перинатальних ускладнень. Усе це свідчить про актуальність обраного наукового напрямку.

Мета дослідження: вивчити клінічні особливості перебігу гестаційного періоду і розродження жінок із гіперандрогенією в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Для вирішення поставленої мети нами проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 вагітних жінок із гіперандрогенією в анамнезі, а також проаналізовані акушерські і перинатальні наслідки розродження у них.

У комплекс проведеного обстеження були включені клінічні (репродуктивний, соматичний і акушерсь-

ко-гінекологічний анамнез), функціональні (ехографічні і кардіотокографічні, доплерометричні дослідження) і лабораторні (ендокринологічні і біохімічні) методи обстеження в динаміці на догравідарному етапі, під час вагітності і при пологах.

Під час вибору методу розродження особливу увагу приділяли віку пацієнок, їх анамнезу (наявність безпліддя, мертворождень) стану плода і готовності пологових шляхів.

Найбільш адекватним методом знеболення пологів у жінок з гіперандрогенією в анамнезі є перидуральна анестезія, яка дозволяє не лише зняти больові відчуття, пов'язані із скороченнями матки, і, тим самим, ліквідувати пологовий стрес, але й унаслідок блокади симпатичних нервових волокон, поліпшити регіональний кровотік в органах малого тазу і матці, нормалізувати матково-плацентарний кровообіг.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У результаті проведеного дослідження було встановлено, що патологічні зміни в гіпоталамо-гіпофізарно-наднирково-яєчниковій системі супроводжуються гіперандрогенією і секреторною недостатністю ендометрію, створюють несприятливі умови для формування плаценти. Спостереження показують що у вагітних з гіперандрогенією в анамнезі незалежно від її походження в I триместрі відмічалась висока частота репродуктивних втрат (10 %). Крім того, гіперандрогенія є фактором ризику передлежання плаценти, яка спостерігалась у 42,0 % випадків.

Найбільше діагностичне значення при розвитку істміко-цервікальної недостатності у жінок із гіперандрогенією мають дані клінічного, гормонального й ультразвукового моніторингу за станом шийки матки. Так, зміна рівня синтезу плацентарних білків у терміни розвитку істміко-цервікальної недостатності може мати тільки деяке діагностичне, але не прогностичне значення. Основними прогностичними критеріями при істміко-цервікальній недостатності, що розвилася на фоні гіперандрогенії, є: зниження рівня загального кортизолу в 1,5 рази протягом усієї вагітності; підвищення рівня дегідроепіандростерону-сульфату в 3 рази в I триместрі вагітності; передлежання/низьке прикріплення хоріона.

Плацентарна дисфункція у жінок з гіперандрогенією в анамнезі розвивається з 16 тижнів вагітності на тлі виражених дисгормональних і дисметаболічних порушень: у 16–20 тижнів характерне зниження вмісту плацентарного лактогену, естріолу і кортизолу на фоні одночасного збільшення концентрації плацентарних білків – плацентарного α_1 -мікроглобуліну; α_2 -мікроглобуліну фертильності і трофобластичного β -глікопротеїну. Додатково, з 24 тижнів достовірно зменшується рівень тестостерону, а після 32 тижнів – 17–

оксипрогестерону і дегідроепіандростерону-сульфату, що призводить до великих змін функціональної активності плацентарного комплексу і зміною гормонального гомеостазу.

Вираженість клінічних проявів плацентарної недостатності знаходиться в прямій залежності від характеру морфологічних змін у плаценті, а компенсаторно-приспосувальні реакції – від ступеня порушень репродуктивної функції. Головною ланкою в етіопатогенезі плацентарної недостатності при гіперандрогенії є порушення під час імплантації, раннього ембріогенезу і плацентації під впливом ендокринних факторів, що реалізуються у зміні дозрівання ворсинчатого дерева (29,0 %), порушень плацентації (18,0 %), анатомічних аномалій посліду (9,0 %) в поєднанні з порушеннями материнського кровотоку (57,0 %) і запальними змінами в плаценті (33,0 %).

У жінок із гіперандрогенією відмічається високий відсоток ускладнень пологів (аномалії пологової діяльності – 48,0 %, дистрес плода – 8,0 %, передчасний розрив плодових оболонок – 19,0 %, клінічно вузький таз – 3,0 %), що призводить до збільшення частоти ургентних операцій кесарського розтину і свідчить про розширення показань до планового оперативного розродження у цих пацієнок.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, жінки з гіперандрогенією в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології. Це диктує необхідність удосконалення загальноприйнятих лікувальних – профілактичних заходів.

ВИСНОВКИ. 1. Жінки з гіперандрогенією в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, які розвиваються на фоні порушень ендокринного генезу в системі «мати-плацента-плід».

2. Плацентарна дисфункція при гіперандрогенії в періоді імплантації, раннього ембріогенезу і плацентації реалізується у вигляді порушень дозрівання ворсинчатого дерева (29,0 %), порушень плацентації (18,0 %), анатомічних аномалій посліду (9,0 %) в поєднанні з порушеннями материнського кровотоку (57,0 %) а також є одним із чинників аномалії пологової діяльності, дистрес-плоду та ургентного кесарського розтину.

3. Жінок з гіперандрогенією в анамнезі необхідно відносити до групи високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології.

ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ: вивчення гормонів гіпофіза, яєчників, наднирників в стані фетоплацентарного комплексу у жінок з гіперандрогенією з метою розробки диференційованого методу лікування цієї патології.

3. Ляшко Е.С. Исследование плацентарных белков в III триместре беременности у женщин с хронической внутриутробной гипоксией плода / Е.С. Ляшко, Н.М. Побединский, Н.С. Сулейманова // Акушерство и гинекология. – 2008. – №4. – С. 15–19.

4. Побединский Н.М. Исследование плацентарных белков во второй половине беременности у женщин с гиперан-

ЛІТЕРАТУРА

1. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М. 2002; 12–130.
2. Волощук И.Н. Морфофункциональная характеристика маточно-плацентарного кровотока (результаты морфологических и доплерометрических исследований) / И.Н. Волощук, П.А. Ковганко, Е.С. Ляшко // Акушерство и гинекология. – 2007. – №2. – С. 7–9.

дрогенией / Н.М. Побединский, М.Г. Сонич, Е.С. Ляшко // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – №2. – С. 34–37.

5. Пищулин А.А., Бутов А.В., Удовиченко О.В. Синдром овариальной гиперандрогении неопухолевого генеза (обзор литературы)// Проблемы репродукции. – 1999. – №3. – С. 6–15.

6.Телунц А.В. Особенности клинического течения синдрома гиперандрогении и принципы его терапии у девочек-подростков // Гинекология. 2001. – Т.3. , №1. С. 24–29.

7. American Association of Clinical Endocrinologists: Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and Treatment of Hyperandrogenic Disorders // Endocrine Practice. 2001. – Vol.120. – №7. – P.34.

Отримано 04.03.2013