

Таблиця 1. Етапи комплексної диференційно-реабілітаційної терапії у жінок з позаматковою вагітністю

I етап	Інтраопераційно:
	1) Ретельний гемостаз з наступною аспірацією геморагічного вмісту з малого таза;
	2) Висічення спайок в малому тазі, включаючи перетубарні в ділянці протилежної труби;
	3) Адекватну інфузійну терапію, що сприяє покращанню мікроциркуляції та імунної реактивності організму;
	4) Антибактеріальну терапію;
	5) Визначити стан та прохідність маткової труби, що залишилася;
	6) Бактеріологічне дослідження секрету маткової труби;
	7) Мікробіологічне дослідження тканини маткової труби;
II етап	Післяопераційний період (1-10-та доба):
	1) Антибактеріальна терапія з урахуванням виявлених збудників інфекцій;
III етап	2) Рання фізіотерапія із застосуванням низькочастотного ультразвуку та дециметровхвильової терапії
	Пізній післяопераційний період:
	1) Корекція гормональних розладів з урахуванням виявлених змін гормонального гемостазу (1-6 днів);
	2) Курсова антибактеріальна терапія залежно від збудників (хламідії, уреоплазма та ін.) трансмісивних інфекцій (1-3 міс.);
	3) Диспансерне спостереження протягом 2 років;
4) Оцінка ефективності викликаних заходів	

При вивченні віддалених (протягом 2 років) результатів відновлення репродуктивної функції звертали увагу на загальний стан жінки, менструальну та дітородну функції. Так, загальний стан виявився не порушеним у абсолютної більшості ((90,2±3,8) %) хворих, що отримали реабілітаційне лікування, тоді як частка таких жінок з традиційним лікуванням становила (68,0±9,3) % (p<0,05). У 9,8 % пацієнток основної групи був відмічений періодичний біль внизу живота, в попереку.

Після проведеного курсу реабілітаційної терапії нормальна менструальна функція відновилась у 53 ((86,9±4,3) %), альгодисменорея реєструвалася у 5 ((8,2±3,5) %), у 3 ((4,9±2,8) %) – монофазний цикл. В групі 25 пацієнток, що отримали традиційне лікування, в післяопераційний період нормальні менструації відмічали у 16 ((64,0±9,6) %) обстежуваних, у 9 ((36,0±9,6) %) – порушення менструальної функції, що проявлялись альгодисменореєю, монофазним циклом та недостатністю лютеїнової фази (p<0,05).

Із всіх жінок основної групи 10 не планували вагітності, із 51 пацієнтки, що залишилася, вагітність настала у 35 ((68,6±6,5) %). Пологами завершилось 29 ((82,8±6,4) %) вагітностей, абортами (самовільними чи штучними) – 6 ((17,1±6,4) %).

У хворих, що лікувалися традиційно, встановлені порушення дітородної функції. Так, серед 25 жінок, 21 з яких бажала народжувати, протягом 2 років у 13 ((61,9±10,6) %)

відмічалось непліддя. Вагітність настала у 8 ((38,1±10,6) %) пацієнток. Причому 4 ((50,0±17,7) %) жінки народили дітей, одна ((12,5±11,7) %) вагітність закінчилась самовільним викиднем, а у 3 ((37,5±17,1) %) вона була повторною еktopічною.

ВИСНОВОК Таким чином, комплексна диференційна багатоетапна реабілітаційна терапія, розпочата в ранній післяопераційний період з урахуванням розміщення плододмісту дозволяє у значного числа пацієнток з видаленою матковою трубою відновити репродуктивну функцію, знизити кількість повторних трубних вагітностей та неплідних шлюбів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Буянова С.Н., Смирнова В.С. Основные принципы современной диагностики и лечения внематочной беременности // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1996. – №4. – С. 38-44.
2. Чернецька О.С., Палади Г.А. Современные аспекты развития, диагностики и лечения внематочной беременности// Акушерство и гинекология. – 1999. – №1.
3. Стрижаков А.Н., Скакунов А.С. Современные концепции в системе обследования и тактике лечения больных при подозрении на ectopic беременность // Акушерство и гинекология. – 1996. – №1. – С. 3-6.
4. Стрижаков А.Н., Шахламова М.Н., Белоцерковская Л.Д. Внематочная беременность. – М.: Медицина, 1998. – 118 с.
5. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н. Ранняя восстановительная физиотерапия после эндохирургических операций в гинекологии// Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2000. – №2. – С. 42-44.
6. Asseryanis E., Frigo P. A new diagnostic method to detect ectopic pregnancy at a very early stage // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 1995. – V. 173, №1. – P. 236-237.

УДК 618.11–008.64:618.2/.4–036.1–07–085.354

Дука Ю.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ

Дніпропетровська державна медична академія

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ – В статті проаналізований перебіг вагітності та пологів у жінок з гіперандрогенією непухлинного походження, а також відображені ускладнення гестації у 30 вагітних жінок, які знаходились під спостереженням з 7 до 38 тижнів вагітності. Усі вагітні жінки були поділені на 2 групи, залежно від часу встановлення діагнозу гіперандрогенії (до чи під час вагітності). Під час аналізу перебігу вагітності та пологів у даної групи жінок виявлена залежність між часом встановлення діагнозу гіперандрогенії і частотою гестаційних ускладнень. Пізня діагностика гіперандрогенії і пов'язана з цим відсутність своєчасної глюкокортикоїдної терапії підвищують частоту розвитку гестаційних ускладнень. Вкрай необхідно встановлювати форму гіперандрогенії напередодні вагітності. У них повинна бути проведена спеціальна підготовка до вагітності, а

також необхідна рання діагностика та лікування фетоплацентарної недостатності, починаючи з першого або на початку другого триместра вагітності на тлі продовження патогенетичної терапії.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ – В статье проанализировано протекание беременности и родов у женщин с гиперандрогенией неопухолового генеза, а также отображены осложнения гестации у 30 беременных женщин, которые находились под наблюдением с 7 до 38 недель беременности. Все беременные женщины были разделены на 2 группы, в зависимости от времени постановки диагноза гиперандрогении (до или во время беременности). Во время анализа протекания беременности и родов у этой группы женщин установлена зависимость между временем постановки диагноза гиперандрогении и частотой гестационных осложнений.

Поздня діагностика гіперандрогенії і пов'язане з цим відсутність своєчасної глюкокортикоидної терапії підвищують частоту розвитку гестаційних ускладнень. Необхідно вивчати форму гіперандрогенії перед вагітністю. Цим жінкам необхідно проводити спеціальну підготовку к вагітності, а також необхідна рання діагностика і лікування фетоплацентарної недостатності, починаючи з першого або початку другого триместра вагітності на фоні продовження патогенетическої терапії.

FEATURES OF PREGNANCY AND LABOR COURSE AT WOMEN WITH HYPERANDROGENISM – The article deals with the analysis of pregnancy and labor course at the women with hyperandrogenism of a non-tumoral origin, and the complications of gestation at 30 pregnant women which were under observation from 7 about 38 weeks of pregnancy. All pregnant women were divided into 2 groups, depending on time of establishment of the diagnosis of hyperandrogenism (before or during pregnancy). During analysis of pregnancy and labor course at this group of the women the dependence between stabilization time of the diagnosis and frequency of gestation complications is revealed. Late diagnostics of hyperandrogenism and connected with it absence of in-time glucocorticoid therapy increase frequency of gestation complications development. It is extremely necessary to define the form of hyperandrogenism before pregnancy. They should have special preparation before pregnancy and early diagnostics and treatment of fetoplacental failure, since first or beginning of the second trimester of pregnancy against a background of continuation of pathogenetic therapy is necessary.

Ключові слова: гіперандрогенія, вагітність, ускладнення гестації, патологічний перебіг пологів.

Ключевые слова: гиперандрогения, беременность, осложнения гестации, патологическое течение родов.

Key words: hyperandrogenism, pregnancy, complications of gestation, pathological course of labor.

ВСТУП На думку ряду авторів, серед факторів, що призводять до перинатальної патології й антенатальної загибелі плода, зросла роль ендокринної патології, у тому числі гіперандрогенії різного генезу [1, 2, 3, 4]. Форми гіперандрогенії з переважним ураженням надниркових залоз, яєчників або обох органів, власне кажучи, є проявом клінічного поліморфізму однієї патології, що залежить від тривалості і глибини патологічного процесу. Вона має одну першопричину – порушення гіпоталамо-гіпофізарно-наднирково-яєчникових взаємозв'язків на різних етапах розвитку жіночого організму [5, 6, 7]. Частота патології вагітності при гіперандрогенії складає від 21 до 48 %, за даними різних авторів [1-4]. Це зв'язано з тим, що вагітність і пологи можуть виявити сховану дисфункцію органів і систем. У цих умовах наявна ферментативна неповноцінність, що здатна спричинити ряд гестаційних ускладнень.

Метою нашого дослідження було проаналізувати перебіг вагітності і пологів у жінок з гіперандрогенією, яка була встановлена до та під час вагітності, а також порівняти тяжкість перебігу вагітності і пологів у жінок обох груп.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 31 вагітну жінку з діагнозом гіперандрогенії, що знаходилася на стаціонарному лікуванні у відділенні реабілітації репродуктивної функції жінки міського пологового будинку №2 м. Дніпропетровська.

Діагноз гіперандрогенії виставлявся за даними лабораторних досліджень і антропометричних даних: вагоровостим індексом, типом морфограми, особливостями оволосіння (за шкалою Феррімана-Голлвея), наявністю гіперандрогенної дермопатії (акне, стрії).

Методи дослідження включали визначення вмісту в сироватці крові естрадіолу, прогестерону, тестостерону методом радіоімунного аналізу, секретії 17-КС і ДЕА в добовій сечі. Визначене місце в діагностиці порушень гормональних взаємозв'язків займала гормональна кольоцитограма.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік вагітних обох груп коливався від 19 до 31 року. У 14 (45,1 %) вагітних діагноз гіперандрогенії був встановлений до вагітності (I група), а в 17 (54,9 %) жінок рівень андрогенів у крові вагітності сягав верхньої межі норми, а гіперандрогенія встановлена під час вагітності (II група). Причому, у 11 (78,5 %) жінок з першої групи вагітність була індукованою.

Супутня екстрагенітальна патологія була виявлена в 28 (90,3 %) вагітних, з них захворювання щитоподібної залози відзначалися в 4 (12,9 %) жінок. Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 28 (90,3 %) жінок з гіперандрогенією. Найчастіше гінекологічний анамнез був обтяжений за рахунок ерозії шийки матки – у 6 (19,3 %) жінок, хронічного запального процесу придатків матки – у 10 (32,2 %) пацієнток.

Вік появи менархе в хворих був різний. Виділено наступні періоди: 10-12 років – 9 (29 %) вагітних, 13-15 років – 19 (61,3 %) жінок, 16-18 років – 3 (9,6 %) жінки. Порушення менструального циклу за типом опсоменореї відзначали 8 (25,8 %) пацієнток, збережений менструальний цикл був у 22 (70,9 %) жінок.

На первинну безплідність в анамнезі вказували 3 вагітних із тривалістю безплідності від 1 до 4 років. Вторинною безплідністю страждали 2 жінки.

Вагітності у 17 повторно вагітних жінок закінчувалися пологоми рідко – 2 (28,6 %) випадки. Найбільш характерним порушенням репродуктивної функції у даній категорії жінок було звичне невиношування вагітності – 11 (64,7 %) жінок. Спонтанне переривання вагітностей у першому триместрі спостерігалось частіше до 8 тижнів вагітності. Мали місце вагітності, що не розвиваються – 4 (23,5 %) випадки. Достовірно нижче відзначені медичні аборти в ранніх термінах. 3 (17,6 %) жінки були прооперовані з приводу позаматкової (трубноі) вагітності, 2 (6,4 %) – з приводу апоплексії яєчника, 1 (3,2 %) – з приводу кісти яєчника.

Перебіг вагітності у досліджуваного контингенту жінок характеризувався деякими особливостями.

Найбільш частим ускладненням першого триместру вагітності була загроза переривання вагітності – у 30 (96,7 %) жінок. Цей показник у багато разів вище, ніж у популяції. Вивчення особливостей загрози переривання вагітності показало, що в 24 (77,4 %) жінок її ознаки з'являлися в першому триместрі вагітності, у 6 (19,3 %) – у другому триместрі. У однієї вагітної відмічалася вагітність, що не розвинулась. У 20 (64,5 %) жінок загроза переривання вагітності спостерігалася у всіх трьох триместрах вагітності. "Небезпечними" термінами в першому триместрі були 7-8 тижнів вагітності, критичними термінами в другому триместрі вагітності були 28-30 тижнів.

Токсикоз першої половини вагітності зустрічався відносно рідко – 12 (38,7 %) випадків.

Одне з перших місць за частотою серед ускладнень вагітності в жінок з гіперандрогенією займала плацентарна недостатність – 26 (83,8 %), що спостерігалася з початку другого триместру вагітності у 22 (84,6 %) вагітних. При пізній діагностиці гіперандрогенії плацентарна недостатність відзначається в 1,6 раза частіше. Діагноз плацентарної недостатності встановлювався за наступними параметрами: визначення екскреції естріолу з сечею; естрадіолу, прогестерону, хоріонічного гонадотропіну та β-фетопротеїну в сироватці крові, динамічне УЗД в I, II та III триместрах вагітності – стан плаценти.

Усім вагітним виконувались заходи, спрямовані на поліпшення стану фетоплацентарного комплексу. В комплексну терапію загрози переривання вагітності та для лікування фетоплацентарної недостатності включали засоби, які мають властивості антиоксидантів (вітрум-пренатал, матерна, прегнавіт). У II та III триместрі вагітності патогенетично обґрунтованим було застосування препаратів, які знижують збудженість матки, та методів, які покращують матково-плацентарний кровотік. Препаратом вибору був гініпрал 10 мгк 2,0 мл внутрішньовенно з подальшим переведенням на таблетовані форми по 0,005 2-3 рази на день. Додатково призначали верапаміл по 0,004 3 рази на день. Враховуючи токолітичні властивості, використовували препарати магнію. Починали терапію з внутрішньовенної інфузії 10 мл 25 % сірчанокислої магnezії на 200-500 мл фізіологічного розчину або 5% розчину глюкози протягом 7 днів. Як варіант застосовували внутрішньом'язове введення 10 мл 25 %

сірчаноокислої магнезії. Також додатково призначали препарат "Магне В6" курсами по 20 днів протягом усіх триместрів вагітності. З метою корекції ендокринних порушень призначали дексаметазон під контролем 17-кетостероїдів, прегніл по 500 ОД 3 рази з інтервалом 3 дні, хоріонічний гонадотропін по 1500 МО внутрішньом'язово 2 рази на тиждень. З гестагенів найчастіше застосовували утрожестан по 100 мг 2 рази на день, в деяких вагітних – дуфастон по 10 мг до 5 разів на день.

Діагноз хронічної внутрішньоутробної гіпоксії і затримки внутрішньоутробного розвитку плода встановлювався при кардіомоніторному дослідженні, при ультразвуковому дослідженні біофізичного профілю плода, а також за клінічними даними. Незважаючи на високий відсоток плацентарної недостатності, у II групі частота затримки розвитку плода, за даними УЗД, і ваги тіла немовляти істотно не відрізнялася від відповідних показників у I групі. Багато в чому це пов'язано з ранньою профілактикою і лікуванням фетоплацентарної недостатності в обстежуваних вагітних.

Гестоз розвивався в 26 (83,8 %) пацієнок, з них у 19 (73 %) – набряки під час вагітності, у 3 (11,5 %) – гіпертензія під час вагітності, у 4 (15,4 %) – прееклампсія легкого ступеня. Привертає увагу відносно "доброякісний" перебіг гестозу, мала вираженість симптоматики. Очевидно, це можна пояснити тим, що обстежені вагітні неодноразово і довгостроково знаходилися на стаціонарному лікуванні в медичній установі.

Аналіз перебігу пологів обстежених жінок показав, що найбільш частими ускладненнями були несвоєчасний відхід навколоплідних вод – у 19 (61,3 %) та аномалії пологової діяльності – у 21 (67,7 %) випадку. При аналізі методів розродження в жінок з гіперандрогенією відзначається визначений відсоток операції кесаревого розтину – 2 (6,4 %). Такий перебіг пологів пояснюється обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (пізній репродуктивний вік, безплідність або звичне невиношування вагітності), великою частотою плацентарної недостатності, розвитком пізнього гестозу. В обстеженій групі не було ні одного випадку перинатальної смертності.

Важливо відзначити, що характер і частота гестаційних ускладнень у жінок з гіперандрогенією мають пряму залежність від початку проведення глюкокортикоїдної терапії, що

є патогенетичною при гіперандрогенії [2, 3, 5]. Вагітні першої групи одержували терапію дексаметазоном ще до настання дійсної вагітності. Вагітні другої групи – під час вагітності, залежно від терміну, коли уперше встановлений діагноз гіперандрогенії (до 12 тижнів, у 12-18 тижнів, після 18 тижнів). Як видно, у другій групі відсоток гестаційних ускладнень вищий.

Вважаємо необхідним проведення скринінгу у всіх жінок на виявлення гіперандрогенії (явної чи прихованої), оскільки це дозволить запобігти цілій низці патологічних порушень під час вагітності та пологів.

ВИСНОВКИ 1. Жінки з гіперандрогенією відносяться до групи високого ризику розвитку ускладнень гестації, у зв'язку з чим у них повинна бути проведена спеціальна підготовка до вагітності, а також необхідне проведення превентивного лікування під час вагітності.

2. Пізня діагностика гіперандрогенії і пов'язана з цим відсутність своєчасної глюкокортикоїдної терапії підвищують частоту розвитку гестаційних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Течение беременности и состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с привычным невынашиванием и гиперандрогенией различного генеза / Т.П. Беспалова // Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщины: Сб. тр. 1 Северо-Кавказского съезда акушеров-гинекологов. – 1994. – С. 166.
2. Орлова О.О. Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин после медикаментозной коррекции гормональной недостаточности яичников: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – С.Пб.; 1996. – 16 с.
3. Agarwal S. K., Buyalos R. P. Corpus luteum function and pregnancy rates with clomiphene citrate therapy: comparison of human chorionic gonadotrophin - induced versus spontaneous ovulation// Hum. Reprod. – 1995. – Vol. 10, N2. – P. 328-330.
4. Aksoy S. The prognostic value of serum estradiol, progesterone, testosterone and free testosterone levels in detecting early abortion// Eur. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol. – 1996. – Vol. 67 N1. – p. 5-8.
5. Формы надпочечниковой гиперандрогении и значение корригирующей терапии в восстановлении нарушенной репродуктивной функции у женщин / Е.К. Комаров // Вестник акушерства и гинекологии. – 1997. – №3. – С. 106-108.
6. Комаров Е.К. Нарушения регуляции функции надпочечников и яичников у женщин с гиперандрогенией (патогенез, диагностика, лечение): Автореф. дис... д-ра мед. наук. – С.Пб., 1993. – 27 с.
7. Диагностика гиперандрогенных состояний у женщин / С.Н. Хейфец, Е.Г. Иванов // Акушерство и гинекология. – 1995. – №1. – С. 12-14.

УДК 618.39–021.3–008.6–037:616.153–097

Банахевич Р.М.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНОЮ ВТРАТОЮ ВАГІТНОСТІ І АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ

Дніпропетровська державна медична академія

ПРОГНОЗУВАННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНОЮ ВТРАТОЮ ВАГІТНОСТІ І АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ – Будучи ускладненням перебігу вагітності, а не власне захворюванням, прееклампсія обумовлена зниженням матково-плацентарного і плацентарно-плодового кровотоку, зменшенням перфузії життєво важливих органів, патологічним підвищенням коагуляційних властивостей крові. Антифосфоліпідний синдром (АФС) є одним з небезпечних станів, що супроводжується порушеннями в системі гемостазу, хронічними тромбозами, повторною втратою вагітності (до 90 %). Прогнозування розвитку прееклампсії і тяжкості її перебігу на фоні АФС має велике практичне і соціальне значення. В ході обстеження 109 вагітних з невиношуванням у 34,3 % визначено високий рівень циркулюючих антифосфоліпідних антитіл. У пацієнок з циркулюючими антифосфоліпідними антитілами розвиток легкої прееклампсії спостерігався у 2,9 % вагітних, середньої тяжкості – у 11,4 % вагітних, тяжкої – у 22,9 % вагітних. Розвиток еклампсії склав 2,8 %.

Використання скринінгових методів обстеження гемостазіологічних показників, виявлення циркулюючих антифосфоліпідних антитіл у жінок з високим перинатальним ризиком дасть можливість більш ранньої

діагностики доклінічних ознак прееклампсії, проведення превентивних заходів з метою покращання результатів вагітності для матері і для плода.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЕКЛАМПСИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ – Являясь осложнением протекания беременности, а не собственно заболеванием, прееклампсия обусловлена снижением маточно-плацентарного и плацентарно-плодового кровотока, уменьшением перфузии жизненно важных органов, патологическим повышением коагуляционных свойств крови. Антифосфоліпідний синдром (АФС) является одним из опасных состояний, которое сопровождается нарушениями в системе гемостаза, хроническими тромбозами, последующей потерей беременности (до 90 %). Прогнозирование развития прееклампсии и сложности её протекания на фоне АФС имеет большое практическое и социальное значение. В ходе обследования 109 беременных с невынашиванием у 34,3 % определен высокий уровень циркулирующих антифосфоліпідних антител. У пациенток с циркулирующими антифосфоліпідними антителами развитие легкой прееклампсии наблюдалось у 2,9 % беременных, средней тяжести –