

Т. А. КОЖАБЕКОВА, А.Ж. АКИМБАЕВА
Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Каз НМУ имени С.Д. Асфендиярова, Алматы

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

В данной публикации представлены ретроспективный разбор истории 22 больных с СПКЯ и проспективный анализ 9 истории родов пациенток с данной патологией. Изучены особенности течения гестационного периода и осложнения в родах при синдроме поликистозных яичников. Учитывая, выявленные осложнения во время беременности и в родах позволяет отнести женщин с гиперандрогенией яичникового генеза в группу риска по акушерским осложнениям.

Ключевое слово: синдром поликистозных яичников, ведение беременности, осложнение в родах, исход.

Актуальность: Синдром поликистозных яичников(СПКЯ)является актуальной и распространенной проблемой в 21 веке в связи с повышенным стрессом, психологической и физической нагрузкой на организм женщины, с урбанизацией и эмансипацией. Привычная потеря беременности при СПКЯ оказывает значительное влияние на психологическое состояние женщин, а также на их репродуктивное здоровье, снижая при этом демографический показатель страны. Поэтому важно проводить профилактику и лечение женщин с СПКЯ чтобы увеличить репродуктивную функцию женщин и демографию нашей страны (1,2,3,4).

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – это функциональная яичниковая гиперандрогения, комплекс эндокринных нарушений, ассоциированный с ановуляцией и гиперандрогенией. Частота данной патологии составляет 4–15 %(5,6).

Высокая эффективность современных гормональных средств приводит к восстановлению репродуктивной функции и наступлению беременности у пациенток гиперандрогенией. Однако не менее важным этапом является сохранение беременности с рождением жизнеспособного здорового ребенка (5,6,7)

Цель исследования: Изучения особенности течения беременности и осложнения родов у женщин с СПКЯ.

Материалы и методы исследования: Общее количество женщин с СПКЯ n=31. В соответствии с целью и задачами исследования проведен проспективный анализ n=9 и ретроспективный разбор истории болезни n=22 больных с СПКЯ в возрасте от 19-41 года (средний возраст 28,3±0,5лет). Контрольную группу составили 15 женщин с ненарушенной генеративной функцией, сохраненным ритмом менструаций, неотягощенным семейным анамнезом и состоянием здоровья не отличавшимся от популяционной нормы. Средний возраст женщин контрольной группы составил 26,6 ± 1,5 года.

Методы исследования: клинические, лабораторно-биохимические, гормональные, инструментальные и статистические. В 2-х группах были проведены исследования и наблюдения и оценены их результаты, сделаны выводы.

Таблица 1 - Течение беременности у больных СПКЯ. Количество наступившей беременности n=23

Осложнения беременности	I триместр n=23		II триместр n=21		III триместр n=21	
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
Ранний токсикоз	4	17,3	-	-	-	-
Угроза прерывания	7	30,4	5	23,8	-	-
Начавшийся выкидыш	1	4,3	-	-	-	-
Самопроизвольный выкидыш	2	8,6	-	-	-	-
Истмико-цервикальная недостаточность	-	-	6	28,5	-	-
Анемия беременных	3	13	6	28,5	4	19
Отеки беременных	-	-	2	9,5	4	19
Преэклампсия легкой степени	-	-	-	-	3	14,2
Хроническая гипоксия плода	-	-	-	-	1	4,7

Как видно из таблицы, что угроза прерывания беременности наблюдалась у каждой второй пациентки, с СПКЯ яичникового генеза. В 8,6% беременность не удалось сохранить произошел самопроизвольный выкидыш с выскабливанием полости матки.

Во втором триместре, в 28,5% диагностирована ИЦН, который обусловлен как функциональным, так и структурными изменениями истмического отдела матки в результате длительного воздействия гиперпродукции андрогенов и предшествующие выскабливания полости матки.

Тактика ведения беременности:

1. Дигидроэпиандростерон в ранние сроки беременности в среднем составляет 10,2мкмоль/сут.

2. У всех беременных, независимо от формы гиперандрогении следует проводить терапию глюкокортикоидами под динамическим контролем экскреции 17КС в дозах обеспечивающих нормальный уровень гормона. У пациенток с яичниковой формой ГА лечение дексаметазоном продолжается в течение I,II триместра беременности в дозах (0,125мг/сут) до 18-20 недель. У женщин с угрозой преждевременных родов, независимо от формы гиперандрогении, лечение дексаметазоном продолжается до 34недель беременности, в данном случае применение глюкокортикоидных препаратов необходимо и для профилактики респираторного дистресс-синдрома у плода(5).

4. С 5 -9 нед беременности у беременных со снижением уровня ХГ, эстрогенов с угрожающим выкидышем (30,4% - 7) назначался хориогонин по 1000-1500 ЕД в/м 1 раз в неделю.

3. Гормональная терапия проводилась дидрогестероном с учетом клинических проявлений по 10 мг* 2 раза в день до 16 недель беременности.

5. Во II триместре беременности проводился тщательный клинический, ультразвуковой контроль за состоянием шейки матки. При выявлении истмио-цервикальной недостаточности произведена хирургическая коррекция шейки матки (28,5%) путем наложения П-образных швов (по Мамедалиевой Н.М.) на шейку матки в сроке 13-17 недель беременности.

6. В 19% диагностирована железодефицитная анемия беременных, которые получали препараты железа.

7. В III триместре беременности в связи с гипертензией беременных назначено допегит по 250 мг 2 раза в день под контролем артериального давления. Все беременные осмотрены терапевтом и другими специалистами по показаниям.

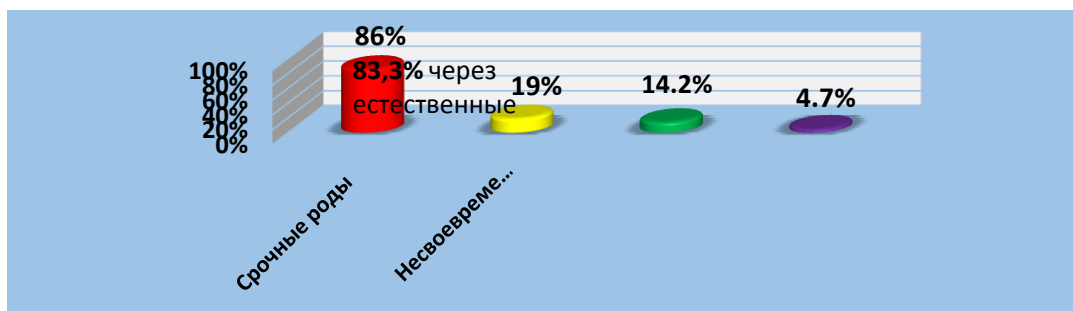


Диаграмма 1 - Осложнения родов у пациенток с СПКЯ

Из данной диаграммы видно, что несвоевременный разрыв плодных оболочек - 19%, кровотечение в раннем послеродовом периоде - 4,7% случаев. Преждевременные роды - 3-14,2%. Срочные роды - 18-85,7% из них: через естественные родовые пути 15 (83,3%) и путем операции кесарева сечения: 3-16,6%. Оперативное родоразрешение произведено по следующим показаниям: предлежание плаценты, угрожающее состояние плода, ПОНРП.

Новорожденные: Масса новорожденных доношенных в среднем 3100,0 - 3400,0. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Послеродовой период протекал без осложнений.

Таким образом, выявленные осложнения во время беременности и в родах позволяет отнести женщин с гиперандрогенией яичникового генеза в группу риска по акушерским осложнениям.

Выводы: При предварительном тщательном обследовании и своевременно проведенном адекватном лечении вне беременности, тщательном мониторинге гестационного процесса у больных с СПКЯ рождение жизнеспособных детей составляет 98%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Говоркян М.А. «Клинические лекции эндокринологической гинекологии», М. МИА. 2001 - 247с.
- 2 Сидельникова В.М «Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием, 2011. стр 9-76).
- 3 Андреева Е.Н. «Молекулярно-генетические аспекты патогенеза синдрома поликистозных яичников», «Проблемы репродукции», № 6, 2007 г.
- 4 Раисова А.Т. Современные подходы к лечению синдрома поликистозных яичников. А.-2000, 20.
- 5 Раисова А.Т. Эндокринная патология и беременность. А.-2008. Стр 34-59.
- 6 Rotterdam ESHRE/ARSM – sponsored consensus workshop group // Hum Reprod Update, 2004, 19, N 1, p. 41-473. Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome // Thessalonicki ESHRE|ARSM sponsored PCOS consensus Workshop Group, 2007
- 7 Boomsma C. M. Eijkemans M.J., Hughes E.G., Visser G.H., Fauser B.C., Macklon N.S. A meta-analysis of pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod Update, 2006, 12, p. 673-697

Т.А. КОЖАБЕКОВА, А.Ж. АКИМБАЕВА

Түйін: Осы мақалада 22 ретроспективтік және 9 проспективтік аналық без поликистозы бойынша босану тарихының сараптамасы келтірілген. Осы патология кезіндегі жүктіліктің ағымы, босанудағы асқынулар зерттеулерінің нәтижелері көрсетілген. Аналық без генезді гиперандрогенияда жүктілік және босану кезінде кездесетін асқынуларды ескере отырып бұл әйелдерді акушерлік асқыну бойынша қауып қатерлі топқа жатқызуға болады деп қорытынды берілген.

Түйінді сөздер: аналық безінің поликистоздық синдромы, жүктілікті жүргізу, босану кезіндігі асқынулар, нәтиже.

Т.А. KOZHABEKOVA, A. ZH. AKIMBAYEVA

Obstetrics and Gynecology Department No.2 of the Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty city

SPECIALTY OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH AT POLYCYSTIC OVARIES SYNDROME

Resume: This publication (issue) shows the retrospective analysis of the medical history of 22 patients with PCOS and prospective analysis of the 9 histories of childbirths of patients who have this pathology. We searched the specialties of the course of gestational period and complications during the childbirth at PCOS. Taking into consideration, the detected complications during the pregnancy and childbirth allow to include the women with ovarian hyperandrogenism genesis onto the group of risk on obstetric complications.

Keywords: polycystic ovaries syndrome, preparation and pregnancy care, result.