

АНАЛЫҚ БЕЗДІҢ ПОЛИКИСТОЗДЫ СИНДРОМЫ КЕЗІНДЕГІ ЖҮКТІЛІК АҒЫМЫ МЕН БОСАНУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Берілген басылымда аналық бездің поликистозды синдромымен ауыратын 22 ретроспективті талдау тарихы және науқастардың осы патологиямен 9 босану тарихының проспективті анализі көрсетілген. Аналық бездің поликистозды синдромы(АБПКС) кезінде гестационды кезең ағымы мен босанудағы асқынулардың ерекшеліктері зерттелген. Жүктілік және босану кезінде анықталған асқынуларды ескере отырып, аналық без генезді гиперандрогениясы бар әйелдерді акушерлік асқыну қаупі бар тобына жатқызады.

Түйінді сөздер: Аналық бездің поликистозды синдромы, жүктілікті жүргізу, босанудың асқынулары, нәтиже.

Маңыздылығы: Аналық бездің поликистозды синдромы стресстің, әйел ағзасына психологиялық және физикалық жүктеменің, урбанизация мен эмансипацияның әсерінен 21 ғасырдың маңызды әрі кең тараған мәселесі болып табылады. АБПКС кезіндегі қайталамалы түсік әйелдің психологиялық жағдайына ғана емес, сонымен қатар репродуктивті денсаулығына, мемлекетіміздің демографиялық көрсеткішінің төмендеуіне әсер етеді. Сондықтан АБПКС -мен ауыратын әйелдерге репродуктивті функция мен демографияны көтеру мақсатында профилактика мен ем жүргізу керек. (1,2,3,4).

Аналық бездің поликистозды синдромы(АБПКС) – функционалды аналық бездің гиперандрогениясы, ановуляция және гиперандрогениямен ассоцирленген эндокринді бұзылыстың жиынтығы. Берілген патологияның жиілігі 4–15 %-да кездеседі(5,6).

Заманауи гормональды заттардың жоғары тиімділігі гиперандрогениямен науқастардың жүктілікті және репродуктивті функциясын қалпына келтіреді. Алайда маңыздысы жүктіліктің сақталып, дені сау, өмір сүруге қабілетті нәрестенің туылу кезеңі болып табылады (5,6,7)

Зерттеу мақсаты: АБПКС -мен ауыратын әйелдердегі жүктілік ағымы мен босанудағы асқыну ерекшеліктерін зерттеу.

Зерттеу әдістері мен құралдары: АБПКС -мен әйелдердің жалпы саны n=31. Зерттеудің мақсаты мен тапсырмаларына сай АБПКС -мен ауыратын 19-41 жас аралығындағы n=9 проспективті анализ бен n=22 ретроспективті талдаудағы ауру тарихына зерттеу жүргізілді (орта жас 28,3±0,5 жас). Бақылау тобын генеративті функциясы қалыпты, етеккірі сақталған, отбасылық анамнезінде тұқымқуалаушылығы жоқ, денсаулық жағдайы популяциялық нормадан айырмашылығы жоқ 15 әйел құрады. Бақылау тобындағы әйелдердің орта жасы 26,6 ± 1,5 жасты құрады.

Зерттеу әдістері: клиникалық, зертхана – биохимиялық, гормональды, құрал – жабдықтармен және статистикалық 2 топта да зерттеу мен бақылау жүргізіліп, қорытындыны бағалап, нәтиже шығарылды.

Кесте 1 - Аналық безінің поликистозды синдромымен ауыратын науқастың жүктілік ағымы. Жүктілердің саны n=23

Жүктіліктің асқынуы	I триместр n=23		II триместр n=21		III триместр n=21	
	Абс.саны	%	Абс.саны	%	Абс.саны	%
Ерте токсикоз	4	17,3	-	-	-	-
Үзілу қаупі	7	30,4	5	23,8	-	-
Басталған түсік	1	4,3	-	-	-	-
Өздігімен болған түсік	2	8,6	-	-	-	-
Истмико-цервикальды жеткіліксіздік	-	-	6	28,5	-	-
Жүктілердегі анемия	3	13	6	28,5	4	19
Жүктілердегі ісіну	-	-	2	9,5	4	19
Презкламсияның жеңіл дәрежесі	-	-	-	-	3	14,2
Ұрықтың созылмалы гипоксиясы	-	-	-	-	1	4,7

Кестеден көріп тұрғандай жүктіліктің үзілу қаупі АБПКС -мен ауыратын әр екінші науқаста аналық бездік түрінде кездеседі. 8,6% науқаста жүктілікті сақтап қалу мүмкін болмады түсікпен байланысты жатырды қырылуымен аяқталды.

Жүктіліктің екінші триместрінде 28,5% истмико-цервикальды жетіспеушілік анықталған, андрогендердің гиперпродукциясының ұзақ әсерінен және жатыр қуысының қырылуынан жатырдың истмикалық бөлімінің функционалды және құрылымдық өзгерісі болған.

Жүктілікті жүргізу тактикасы:

1. Жүктіліктің ерте мерзімінде дигидроэпиандростерон орташа есеппен 10,2мкмоль/тәу.
2. Барлық жүкті әйелдерде, гиперандрогенияның формасына байланыссыз, гормонның қалыпты мөлшерін ұстап тұратын 17 КС экскрециясын динамикалық бақылап, глюкокортикоидты терапияны жүргізу қажет. Гиперандрогенияның аналық безді формасында дексаметазонмен (0,125 мг/тәу) емдеу жүктіліктің I, II триместрінің 18-20 аптасына дейін жалғасады. Ерте босану қаупі бар әйелдерде Гиперандрогения формасына байланыссыз дексаметазонмен емдеу жүктіліктің 34-ші аптасына дейін жалғасады, бұл жағдайда ұрықтың респираторлы дистресс-синдромын алдын-алу үшін қолдану керек (5)
3. Жүктіліктің 5-9 аптасында ХГ-ның, эстрогеннің төмендеуінен түсік тастау қаупі (30,4%-7) кезінде хориогонин тағайындалады 1000-1500 бірлік б/е, аптасына бір рет.
4. Жүктіліктің 16 аптасына дейін клиникалық көріністеріне қарай дидрогестеронмен 10 мг * күніне 2 рет гормональды терапия жүргізілді.

5. Жүктіліктің II триместрінде жатыр мойнына клиникалық, ультрадыбыстық бақылау жүргізілді. Жүктіліктің 13-17 аптасында истмико-цервикальды жеткіліксіздік анықталған жағдайда жатыр мойнына (28,5%) П-типтегі тігіспен хирургиялық коррекция жасалды. (Н.М. Мамедалиева бойынша)
6. Темір препараттарын қабылдаған 19% жүктілерде темір тапшылықты анемия анықталған
7. Жүктіліктің III триместрінде жүктілерде гипертензия болуына байланысты артериалды қан қысымын бақылай отырып допегит 250 мг 2 рет күніне тағайындалды. Барлық жүкті әйелдер терапевт пен басқа мамандарға көрсеткіш бойынша қаралды.

Кесте 2 - Аналық безінің поликистоздық синдромымен науқастарда босанудың асқынуы

№	Жедел босану:	табиғи жолмен босану	Кесар тілігі арқылы босану	Қағанақ қапшығының мезгілсіз жарылуы	Мезгілден бұрын босану	Босанғанан кейін ерте кезеңде қан кету
	86%	83,3%	16,6%	19%	14,2%	4,7%

Бұл 2 кестеде қағанақ қапшығының уақытынан бұрын жырттылуы - 19%, ерте босанудан кейінгі кезеңде қан кету 4,7% жағдайлары көрсетілген. Уақытынан бұрын босану 3-14,2%. Жедел босану 18-86%, ал оның ішінде табиғи жолмен босану 15(83,3%) және кесар тілігі 3-16,6% құрады. Операциялық жолмен босануға келесі жағдайда рұқсат беріледі: плацентаның жатуы және қалыпты орналасқан плацентаның мезгілден бұрын сылынуы кезінде.

Жаңа туылған нәресте: Жетіліп туылған балалардың салмағы шамамен 3100-3400. Апгар шкаласымен 7-8 баллды құрайды. Босанудан кейінгі уақыт асқынусыз өткен.

Сонымен, жүктілік пен босану кезіндегі асқынулар аналық без генезді гиперандрогениясы бар әйелдерді акушерлік қауіп қатер тобына жатқызаға болады.

Қорытынды: Жүктіліктен тыс алдын – ала мұқият тексеру және уақтылы ем тағайындалып, аналық безінің поликистоздық синдромымен ауыратын науқастың гестационды кезеңінде мониторинг жүргізсе өмірге қабілетті балалардың туылуының 98% құрайды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Говоркян М.А. Клинические лекции эндокринологической гинекологии. - М.: МИА, 2001. – 247 с.
- 2 Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. - М.: МИА, 2011. – 193 с.
- 3 Андреева Е.Н. Молекулярно-генетические аспекты патогенеза синдрома поликистозных яичников // Проблемы репродукции». – 2007. - № 6. – С. 71-77.
- 4 Раисова А.Т. Современные подходы к лечению к лечению синдрома поликистозных яичников. - А.: Балауса, 2000. – 209 с.
- 5 Раисова А.Т. Эндокринная патология и беременность. - А.: 2008. – 248 с.
- 6 Rotterdam ESHRE/ARSM – sponsored consensus workshop group // Hum Reprod Update. – 2004. - №19. – P. 41-473.
- 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.

T.A. KOZHABEKOVA, M.B. MEDELBEKOVA, G.F. KHAIBULLAYEVA

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.