

## КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З ЕНДОКРИННОЮ НЕПЛІДНІСТЮ В АНАМНЕЗИ

Ласкіна Ю.С.

Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика

Неплідність є однією з важливіших медико-соціальних проблем сучасної медицини [2, 5]. Це зумовлено тим фактом, що за останнє десятиріччя завдяки широкому впровадженню в клінічну практику значного арсеналу лікарських засобів підвищилась ефективність стимуляції вагітності у жінок з різними формами ендокринної неплодності [1, 3, 4].

Як повідомлює в своїх роботах Є.М.Віхляєва [3] ефективність лікування ендокринної неплодності у всьому світі в 1976 році складала всього лише 30-35%, через 10 років – 35-40%, а зараз – 50-68%. По-

ряд з тим, акушерські питання розродження таких хворих вивчені недостатньо, а поодинокі публікації, що є в цьому напрямку, носять суперечний і фрагментарний характер.

Усе зазначене послужило підставою для вивчення особливостей акушерської та перинатальної патології у жінок з ендокринною неплодністю в анамнезі.

Для вирішення поставленої мети ми провели клініко-статистичний аналіз 386 історій пологів з 1976 по 1996 р.р. на базі клініки кафедри акушерства та гінекології №1 КМАПО.

У першу чергу, було виділено дві великі групи залежно від причин розвитку ендокринної неплідності. До першої віднесено хронічну ановуляцію (49%), до другої – порушення активності стероїдогенезу в I та II фазі яєчникового циклу (51%). Серед причин хронічної ановуляції найчастіше відмічали полікістозні яєчники (31,0%), адреногенітальний синдром (надрикова гіперандрогенія) – 5,0, післяпологовий нейроендокринний синдром (гіперпролактинемія) – 4,5, психоемоційний стрес – 3,0, психічні захворювання з тривалим лікуванням препаратами фенотіазинового ряду – 3,0, церебральну травму – 2,0 і синдром гіперстимуляції яєчників – 0,5%. При порушенні стероїдогенезу в I та II фазі яєчникового циклу в 32,7% випадків відмічено недостатність лютеїнової фази: в 11,0% - ендометріоз, в 6,0 – недостатність фолікулінової фази та в 1,3% - лютеїнізацію неовулюючого фолікула.

Середня тривалість неплідності від моменту першого звертання складала  $4,33 \pm 0,31$  року. Первинна неплідність мала місце в 73,8% випадків, вторинна – в 26,2%. Крім того, у 37,9% жінок вагітність була індукованою.

Аналізуючи клінічні особливості першої половини вагітності, слід відмітити високий рівень ранніх токсикозів (38,0%) та загрози переривання вагітності (28,0%). В другій половині найчастішим ускладненням була загроза передчасних пологів (52,0%) та фетоплацентарна недостатність (43,0%). Рідше зустрічалися пізні токсикози (19,0%), серед яких переважала нефропатія II ст. з тривалим перебігом і неефективним лікуванням.

Особливий інтерес становлять дані про взаємозв'язок виду ендокринної неплідності та рівня різних ускладнень вагітності. Так, у жінок з гіперпролактинемією цей показник складав 100%, при адреногенітальному синдромі – 94, при недостатності I фази – 89 та II фази – 97%, при ендометріозі – 37%.

Передчасні пологи у жінок з ендокринною неплідністю в анамнезі були практично у кожній п'ятій жінки (19,1%), запізнili – в 5,9% спостережень. Строкові пологи відбулися лише у 75% обстежених. Передчасні пологи в 29-32 тижні склали 3,9%, в 33-34 тижні – 5,7, в 35-36 тижнів – 9,5%.

Серед різних ускладнень клінічного перебігу пологів неохідно виділити передчасний розрив плодових оболонок (69,2%) і різні види аномалій пологові

вої діяльності (62,8%). В їх структурі переважали первинна (48,4%), вторинна слабкість (20,5%) і дискоординувана пологова діяльність (17,3%). Крім того, в 34,2% випадків мала місце ригідність шийки матки, тобто у кожної жінки зустрічалось кілька видів аномалій пологової діяльності. Травми м'яких тканин пологових шляхів зустрічались в 44,5% випадків. Через природні пологові шляхи ули розроджені 55,5% жінок, шляхом операції кесарева розтину – 44,5%. Не можна не звернути уваги на високий рівень гіпоксії плода в пологах (38%).

Показник перинатальної смертності складав 40,8% (антенатальної – 17,8%, інтранатальної – 10,2% і постнатальної – 12,8%). Оцінюючи стан живих новонароджених, слід відмітити, що в задовільному стані народились 58,5%, в асфіксії середнього ступеня тяжкості – 29,7 і в тяжкій асфіксії – 11,8%. Серед основних показників захворюваності новонароджених переважали постгіпоксична енцефалопатія (13,8%) і пологова травма (1,9%). В структурі первинної смертності (16 випадків) переважали природжені вади розвитку (58,2%), внутрішньоутробне інфікування (24,2%) і пологовий травматизм (17,6%).

Аналіз масо-зростових показників свідчив про відсутність їх взаємозв'язку з видом ендокринної неплідності. При цьому в структурі масових характеристик отримано так дані: 1500-2000 г – 5,8%, 2001-2500 – 8,3, 2501-3000 г – 25,8, 3001-3500 г – 26,5, 3501-4000 г – 23,3, понад 4000 г – 10,4%.

Частота післяпологових гнійно-запальних ускладнень складала 11,7% (в 7% випадків мав місце ендометрит і в 4,7% - ранова інфекція). Крім того, звертала на себе увагу висока частота субінволюції матки (9,8%) і гіпогалакції (22,8%).

Також чином, жінки з ендокринною неплідністю в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської та перинатальної патології. Це диктує необхідність розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти загрози переривання вагітності, фетоплацентарної недостатності і пізніх токсикозів. Крім того, в пологах необхідна профілактика передчасного розриву плодових оболонок і різних аномалій пологової діяльності. А в післяпологовому періоді – гнійно-запальних ускладнень і гіпогалакції.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гаврилова А.С., Кузнецова В.А., Ткаченко Л.В. Комплексный метод лечения женского бесплодия // Акушерство и гинекология. – 1988. - №8. – С.68-69.
2. Ивановя Л.И. Лечение и профилактика бесплодия у женщин // Бесплодие в супружестве. – К.: Здоровья, 1990.
3. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: Медицина, 1997.
4. Сотникова Е.И., Чернуха Е.А., Назаренко Т.А. Особенности течения беременностей, наступивших при применении различных методов стимуляции овуляции у пациенток с гипогонадотропной формой аменореи // Акушерство и гинекология. – 1994. - №2. – С.14-17.
5. Тимошенко Л.В., Веропотвелян П.Н. Бесплодный брак // Практическая гинекология. – К.: Здоровья, 1988. – С.87-104.

## РЕЗЮМЕ

### **Клинико-статистические особенности родов у женщин с эндокринным бесплодием в анамнезе**

**Ласкина Ю.С.**

Проведен анализ 386 случаев родоразрешения женщин с различными видами эндокринного бесплодия. С хронической ановуляцией было 49% женщин, с нарушением активности стероидогенеза в I и II фазе яичникового цикла - 51%. Первичное бесплодие было в 73,8% случаев, вторичное - в 26,2%. Проведенный анализ показал, что эти женщины составляют группу высокого риска по развитию акушерской и перинатальной патологии. Это диктует необходимость разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий с учетом причин эндокринного бесплодия и прогнозирования возможных осложнений во время беременности и родов.

## SUMMARY

### **Clinico-statistic peculiarities of labours in women with endocrine infertility in anamnesis**

**Yu.S.Laskina**

The analysis of 386 cases of deliveries in women with different types of endocrine infertility has been conducted. There were 49% of women with chronic anovulation and 51% with steroidogenesis activity disorders in the I and II stage of ovarian cycle. Primary infertility was in 73,8% of cases, and secondary one was in 26,2%. Carried out analysis showed that these women compose a high risk group in the development of obstetric and perinatal pathology. It requires the necessity of elaborating a complex of medical and prophylactic measures with taking into account the causes of endocrine infertility and prognosis of possible complications in pregnancy and deliveries.