

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С СПКЯ

Ахмедова А.Т., Турсунова Н.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация: Беременность у женщин с СПКЯ может сопровождаться различными осложнениями, в том числе увеличивается риск прерывания беременности, недостаточности истмико-цервикальной функции, плацентарных нарушений и опасности преждевременных родов, что может привести к невынашиванию или преждевременному рождению. Повышение уровня андрогенов во время беременности может нарушать микроциркуляцию крови, влияя на кровоснабжение между маткой и плацентой, а также на пространство между ворсинками плаценты, вызывая плацентарные дисфункции.

Ключевые слова: истмико-цервикальная функция, синдром поликистозных яичников, преждевременные роды, беременность, плацентарная дисфункция.

Актуальность: Женщины, находящиеся в состоянии беременности при СПКЯ, относятся к категории высокого риска по развитию перинатальных осложнений. Прегравидарная подготовка, проводимая перед беременностью, играет существенную роль в оптимизации исходов беременности и снижении риска осложнений. Этот этап подготовки к беременности признан критически важным для снижения репродуктивных потерь на всех этапах гестации, подчеркивая медико-социальную значимость данного вопроса и актуальность исследований в данной области.

Цель исследования: снижение частоты акушерских осложнений путем дифференцированного подхода к ведению беременных с СПКЯ.

Материалы и методы исследования.

В исследование было включено 70 пациенток, обратившихся в родильный комплекс №2 города Самарканда с диагностированным синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), диагноз которым был поставлен в соответствии с критериями, утвержденными на Роттердамской консенсусной конференции по СПКЯ. Возраст женщин варьировал от 20 до 35 лет, со средним значением $24,8 \pm 3,5$ года. Сроки беременности колебались от 4 до 38 недель.

Результаты исследования. В процессе опроса беременных особое внимание уделялось оценке их социальных и психологических аспектов жизни

Развитие преэклампсии, замедление роста плода (СОРП) и фетоплацентарная недостаточность (ФПН) имеют тесную взаимосвязь и усложнили течение беременности в обеих изучаемых группах. Эти осложнения привели к необходимости активного лечения в стационарных условиях. Наши исследования показали, что ФПН была обнаружена чаще во второй группе (68,5%) по сравнению с первой группой (31,4%), что может быть связано с отрицательным воздействием экстрагенитального фона на беременность. Различия в частоте осложнений между группами оказались статистически значимыми.

Анализ показал, что средний срок беременности при родоразрешении был значительно короче во второй группе — в среднем 35,4 недели (в диапазоне от 32 до 37,3 недель), что контрастирует с более продолжительными сроками у здоровых женщин контрольной группы (39,1 недели, от 38 до 41 недели) и беременных первой подгруппы (37,6 недели, от 37 до 40 недель). Эти данные подтверждают, что лечение, проведенное на этапе планирования беременности в первой группе, было эффективным: срок до родоразрешения удалось увеличить до 37-40 недель по сравнению с 32-36,7 неделями у пациенток второй группы, где досрочное родоразрешение было необходимо для 5 женщин (14,2%).

Основными причинами досрочного родоразрешения во второй группе стали усугубление тяжести преэклампсии и ухудшение состояния беременной, включая преждевременную отслойку

нормально расположенной плаценты, что потребовало срочного родоразрешения. Это объясняет высокую частоту кесарева сечения во второй группе — у 40% пациенток, в сравнении с 20% в первой группе. Кесарево сечение чаще всего выполнялось по показаниям, связанным с аномалиями родовой деятельности (17,4% во второй группе против 8,5% в первой), тяжелой преэклампсией (14% во второй группе), острой гипоксией плода (28% во второй группе против 17,2% в первой), фетоплацентарной недостаточностью (11,4% во второй группе) и другими осложнениями.

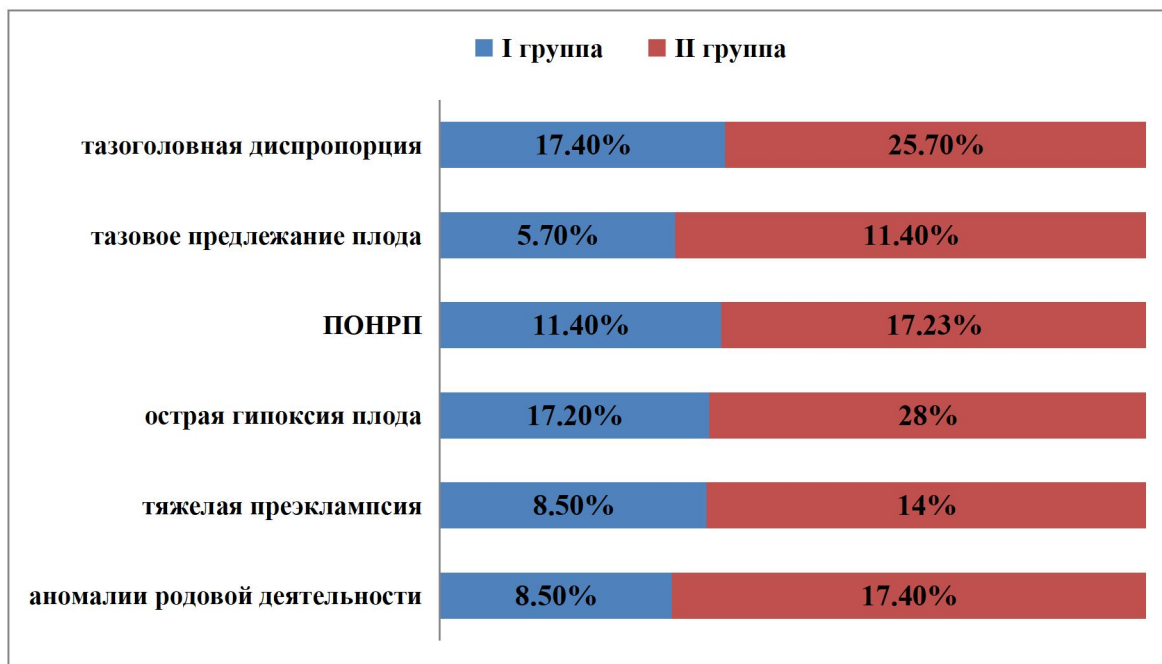


Рис.1 Основные показания к кесарево сечение в группах исследования

Данный анализ свидетельствуют о более высокой частоте кесаревых сечений во II группе. по причине тяжелой формы преэклампсии, острой гипоксии плода, ПОНРП, СОРП. Основные показания к кесарево сечение в группах исследования позволяет улучшить весо-ростовые показатели, приблизив их к группе здоровых беременных.

Состояние детей у рожениц с СПКЯ при рождении

Оценка состояния новорожденных от матерей с СПКЯ осуществлялась с использованием шкалы Апгар. В контрольной группе средний балл по шкале Апгар на первой минуте жизни составил $7,3 \pm 0,2$ в первой группе и повысился до $7,9 \pm 0,4$ через 5 минут, тогда как во второй группе начальный средний балл был $6,4 \pm 0,4$, увеличившись до $7,1 \pm 0,2$ за тот же период. Эти результаты показывают, что состояние новорожденных в первой минуту жизни было хуже во второй группе по сравнению с первой..

Среди всех новорожденных в отделение реанимации (ОРИТ) были направлены 7 детей (20%) из второй группы из общего числа 29 новорожденных, в то время как в первой группе в ОРИТ оказались 4 ребенка (11,4%) из 34. Причины для перевода новорожденных в реанимационное отделение включали преждевременные роды, синдром дыхательных расстройств (СОРП), острую дыхательную недостаточность и повреждения центральной нервной системы, что потребовало тщательного наблюдения и проведения реанимационных процедур для стабилизации состояния детей. (рис.2).

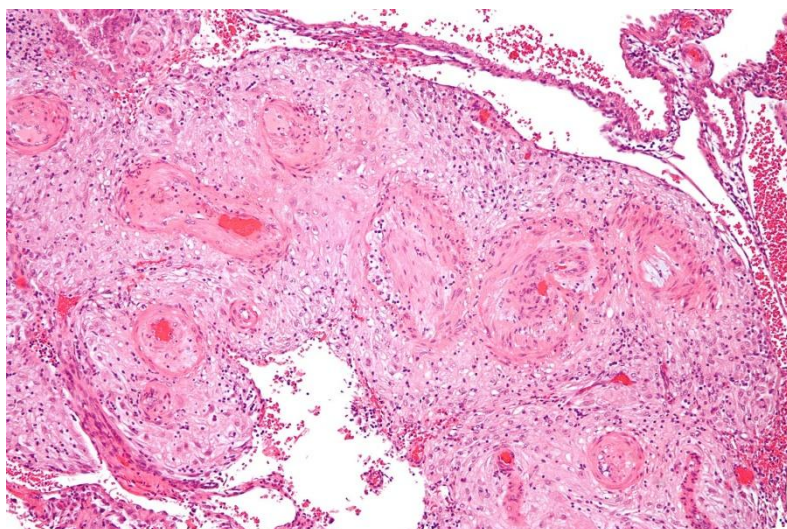


Рис.2 Микроскопическая картина децидуальной ткани у беременных с ФПН на фоне СПКЯ

Негативное воздействие гормональных дисбалансов на перинатальные результаты подтверждается нашим исследованием, привлекая внимание к морфологическому анализу материала из маточной полости (замершая беременность) у 17 (14,1%) женщин из первой и второй групп. Изучение механизмов, лежащих в основе неразвивающейся беременности, особенно при наличии метаболических нарушений, становится возможным через исследование взаимодействия на клеточном и молекулярном уровне. В этом контексте, одним из перспективных направлений является анализ роли тучных клеток, которые играют ключевую роль во многих процессах, включая аллергические реакции, адаптивный иммунитет, ангиогенез, тканевое ремоделирование, противоопухолевую защиту и заживление ран. Исследование их участия в иммунных и воспалительных процессах в эндометрии во время физиологической и неразвивающейся беременности выявляет новые аспекты, особенно в контексте метаболических патологий, где данные ещё предстоит изучить. Триптаза, одна из протеаз, выделяемых тучными клетками, имеет важную роль в воспалении и защитных реакциях, делая её ключевым компонентом в исследовании влияния тучных клеток на различные физиологические и патологические состояния, а также важным биомаркером для различных заболеваний.

В эндометрии женщин из первой группы наблюдалось переменное количество тучных клеток на поле зрения, но в общем их количество было значительно меньше, чем у беременных во второй группе с неразвивающейся беременностью. Стоит упомянуть, что тучные клетки в эндометрии относятся к слизистой субпопуляции, отличающейся малым размером и незначительным объемом секретируемого материала. Поэтому использование традиционных методов для выявления тучных клеток, таких как метахроматическое окрашивание, может представлять определенные сложности. В контрольной группе тучные клетки чаще всего ассоциировались с элементами микроциркуляторного русла, но также могли находиться в сококализации с другими структурами стромы.

Выводы. Частоту акушерских осложнений при дифференцированном подходе у беременных с СПКЯ удалось снизить 2,5 раза по сравнению с самопроизвольным течением беременности с СПКЯ у беременных женщин, осложнившееся преэклампсией (28,3%), гестационного СД (31,7%), что свидетельствует о серьезном премоурбидном нарушении углеводного обмена и эндокринными нарушениями, характерными для СПКЯ.

Литература:

1. Агабабян Л.Р. Учебник «Гинекология», Самарканд 2021 год.

2. Агабабян Л.Р. Монография «Синдром поликистозных яичников», Самарканд 2021 год.
3. Енькова, Валерия Вадимовна Беременность при синдроме поликистозных яичников. Исходы для матери и ребенка : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.01.01 Воронеж 2020
4. Ибрагимов Б.Ф. Худоярова Д.Р современные методы диагностики гиперандрогенных состояний в гинекологии, 2020
5. Asunción M, Calvo RM, San Millán JL, et al. A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(7):2434-2438. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.7.6682>.
6. Azziz R, Adashi EY. Stein and Leventhal: 80 years on. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(2):247.e1-247.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.12.013>.
7. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2004;81(1):19-25. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.004>.
8. Николаенков И.П., Потин В.В., Тарасова М.А., и др. Активность овариальной ароматазы у больных синдромом поликистозных яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. 63. – № 1. – С. 10–16. [Nikolayenkov IP, Potin VV, Tarasova MA, et al. Ovarian aromatase activity in polycystic ovarian syndrome. *Journal of obstetrics and women's diseases.* 2014;63(1):10-16. (In Russ.)]
9. Самойлович Я.А., Потин В.В., Тарасова М.А., и др. Дефицит овариальной ароматазы как причина нормогонадотропной ановуляции // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – Т. 15. – № 2. – С. 25–30. [Samoilovich YaA, Potin VV, Tarasova MA, et al. Ovarian aromatase deficiency as a cause of normogonadotropic anovulation. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa.* 2015;15(2):15-30. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/rosakush201515225-30>.
10. Николаенков И.П., Потин В.В., Тарасова М.А. Антимюллеров гормон и синдром поликистозных яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Т. 62. – № 6. – С. 55–61. [Nikolaenkov IP, Potin VV, Tarasova MA. Anti-Mullerian hormone and polycystic ovary syndrome. *Journal of obstetrics and women's diseases.* 2013;62(6):55-61. (In Russ.)]