

Жуковская С.В., Павлюкова С.А., Шкутова А.А., Дюбанова М.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Введение. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как генетическими, так и эпигенетическими факторами, характеризующееся клинической либо лабораторной гиперандрогенией, ановуляторными менструальными циклами и специфической морфологией яичников [1, 3]. Сложность патогенетических механизмов данной патологии обуславливает развитие таких коморбидностей, как метаболический синдром, инсулинорезистентность и сахарный диабет; дислипидемия и жировой гепатоз; артериальная гипертензия [3]. Благодаря совершенствованию вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), наиболее эффективным методом реализации репродуктивной функции является экстракорпоральное оплодотворение. Однако несмотря на то, что прогрессивное развитие ВРТ привело к улучшению исходов беременности и стало альтернативой выбора для женщин с СПКЯ, беременность часто сопряжена с повышенным риском акушерских и неонатальных осложнений в сравнении со спонтанно наступившей беременностью [2, 4]. Таким образом, анализ специфических патофизиологических особенностей течения беременности и родов у женщин с СПКЯ при использовании ВРТ позволит минимизировать риски осложнений и оптимизировать перинатальные исходы.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности и родов у женщин с СПКЯ, беременность которых наступила в результате применения ВРТ.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование на базе УЗ «5-я Городская клиническая больница» г. Минска за 2021–2023 гг. Исследуемая выборка составила 48 женщин, беременность у которых наступила в результате применения ВРТ, выделено 2 группы: основная группа (n=25) – женщины с СПКЯ; группа сравнения (n=23) – женщины, которым проводили ВРТ в связи с мужским фактором бесплодия. Из исследования были исключены женщины с многоплодной беременностью, а также с медицинскими коморбидными состояниями, не связанными с метаболическим синдромом. Результаты исследования подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа с применением программ MS Office Excel 2013, Statistica 10.0, MedCalc, DataTab Statistics Software.

Результаты исследования. Обе группы женщин были сопоставимы по возрасту, так медиана возраста беременных в основной группе составила 33 [32; 36] лет; в группе сравнения – 34 [31; 37] года ($U=265$; $p>0,05$). Среди обследованных пациенток не было выявлено статистически достоверных различий по паритету родов, так в

основной группе 17 (68%) женщин были первобеременные, 7 (28%) женщин – повторнобеременные первородящие, и только 1 (4%) женщина – повторнородящая. В группе сравнения 14 (61%) женщин – первобеременные, 6 (26%) женщин – повторнобеременные первородящие, 3 (13%) женщины – повторнородящие ($\chi^2=1,283$; $p=0,258$).

В акушерском анамнезе у 19 (76%) женщин с СПКЯ (основная группа) отмечалось первичное бесплодие. У 5 (20%) женщин имел место спорадический самопроизвольный аборт, выскабливание полости матки в анамнезе отмечено у 3 (12%) женщин. В группе сравнения у 21 (91,3%) женщины также отмечалось первичное бесплодие, самопроизвольный аборт имел место у 5 (21,7%) женщин, а проведение искусственного прерывания беременности отмечено у 1 (4,3%) пациентки. Данные результаты не выявили статистически достоверные различия ($\chi^2=2,020$; $p=0,156$), однако была выявлена тенденция к увеличению частоты вторичного бесплодия у пациенток основной группы.

В основной группе медиана длительности бесплодия была достоверно выше, чем в группе сравнения: так, данный показатель в основной группе составил 5 [4; 7] лет, а в группе сравнения – 3 [2; 4] года ($U=116$; $p<0,01$).

Также стоит отметить наличие в основной группе избыточной массы тела и ожирения у каждой второй пациентки – у 14 (56,0%) женщин по сравнению с таковым в группе сравнения – у 4 (17,4%) женщин. Соответственно при СПКЯ индекс массы тела был достоверно выше, чем в группе с мужским фактором бесплодия: медиана которого у пациенток в основной группе составила 25 [20,7; 27,4] кг/м²; в группе сравнения – 21,9 [19,3; 22,6] кг/м² ($U=189,5$; $p<0,05$).

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза в основной группе и группе сравнения не было выявлено статистически достоверных различий по наличию в анамнезе таких заболеваний как миома матки, хронический аднексит, дисплазия шейки матки, эндометриоз, которые могли бы повлиять на развитие гестационных и неонатальных осложнений. Однако установлено, что нарушение функции яичников, характеризующееся олиго/аменореей, чаще регистрировалось у женщин основной группы: у 17 (68%) женщин. В группе сравнения у 22 (95,7%) женщин отмечен регулярный менструальный цикл.

Также в гинекологическом анамнезе основной группы чаще встречалось выполнение гистероскопии в связи с патологией эндометрия (в 10 (40,0%) случаях) ($\chi^2=4,4$; $p=0,036$), диагностической и лечебной лапароскопии (14 (56,0%) женщин) ($\chi^2=12,063$; $p<0,001$), наличие кист яичников (7 (28,0%) женщин) ($\chi^2=4,825$; $p=0,029$), которые потенциально могли оказать влияние на развитие гестационных и неонатальных осложнений.

При анализе гестационных осложнений было установлено, что гипертензивные расстройства достоверно чаще установлены в основной группе так, гестационная АГ отмечена у 8 (32,0%) пациенток, преэклампсия – у 5 (20,0%) пациенток по сравнению с таковыми в группе сравнения – в 1 (4,3%) случае отмечена гестационная гипертензия ($p<0,05$).

В основной группе беременность статистически значимо чаще была осложнена гестационным сахарным диабетом, который отмечался у каждой второй пациентки – 14 (56%) пациенток в основной группе и 3 (13%) пациентки в группе сравнения ($\chi^2=9,664$; $p=0,002$), что подтверждает важность оценки и мониторинга нарушений углеводного обмена у беременных с СПКЯ.

При анализе перинатальных исходов установлено, что в группе женщин с СПКЯ своевременные роды произошли у 22 (88%) пациенток, в 3 (12%) случаях наблюдались преждевременные роды. В группе сравнения у 24 (95,7%) женщин наблюдались своевременные роды. У 15 (60,0%) женщин при СПКЯ и у 13 (56,5%) женщин в группе сравнения были оперативные роды, в то же время была выявлена тенденция к увеличению частоты экстренного кесарева сечения в основной группе по сравнению с группой сравнения – в 13 (52%) и 9 (39,1%) случаях, соответственно ($p=0,091$).

При СПКЯ достоверно чаще наблюдалось рождение крупных к сроку гестации новорожденных по сравнению с таковым в группе сравнения – 8 (32%) и 1 (4,3%) новорожденный, соответственно ($p=0,015$). При этом медиана массы новорожденных в основной группе составила 3730 [3360; 4060] г; в группе сравнения – 3400 [3080; 3690] г ($U=188$; $p<0,05$).

Наличие гестационных осложнений и тенденции к оперативному родоразрешению в основной группе коррелируют с увеличением частоты дыхательных расстройств у новорожденных, при которых потребовалось проведение ИВЛ: у 4 (16%) новорожденных из основной группы против 0% из группы сравнения ($F=4,190$; $p=0,041$), и морфофункциональной незрелости – у 8 (32%) новорожденных по сравнению с 1 (4,3%) новорожденным в группе сравнения, а также достоверно чаще установлено развитие гипогликемических состояний новорожденных основной группы – у 13 (52%) против 2 (8,7%) новорожденных в группе сравнения ($\chi^2=10,456$; $p=0,002$).

Патоморфологические изменения плаценты у женщин основной группы характеризовались преимущественным нарушением процессов созревания ворсин хориона (диссоциированное и ускоренное созревание, хорангиоматоз), которые отмечены в 19 (76%) случаях, что указывает на активацию компенсаторных механизмов, направленных на улучшение перфузии плаценты. В то же время дисциркуляторные и воспалительные изменения встречались с одинаковой частотой в обеих группах.

Выводы:

1. У женщин с СПКЯ, беременность которых наступила в результате применения вспомогательных репродуктивных технологии, достоверно чаще наблюдаются такие осложнения беременности, как гестационная гипертензия (32,0%); преэклампсия (20,0%); гестационный сахарный диабет (56,0%).
2. Перинатальные исходы при СПКЯ и ВРТ характеризовались статистически значимым увеличением частоты рождения крупновесных новорожденных, а также развития функциональных нарушений в раннем неонатальном периоде вследствие морфофункциональной незрелости и гипогликемических состояний у новорожденных.

3. Выявленные особенности важно учитывать с целью выбора оптимальной тактики ведения беременности и родоразрешения, что позволит снизить риски гестационных осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов.

Литература

1. Артымук, Н.В. Новое о патогенезе и лечении синдрома поликистозных яичников / Н.В. Артымук, О.А. Тачкова // РМЖ. Мать и дитя. – 2021.
 2. Проблемы поликистозных яичников при экстракорпоральном оплодотворении / Е.А. Калинина, Т.А. Старостина, И.П. Торганова, В.А. Лукин // Экстракорпоральное оплодотворение в лечении женского и мужского бесплодия. – М.: МИА., 2022. – С. 497-515.
 3. Шестакова, И.В., Левченко Л.В., Кузнецова Т.В. Особенности беременности и родов у женщин с синдромом поликистозных яичников / И.В. Шестакова, Л.В. Левченко, Т.В. Кузнецова // Акушерство и гинекология. – 2019 – Т.6, №2. – С. 52-58.
 4. Fundamental Concepts and Novel Aspects of Polycystic Ovarian Syndrome: Expert Consensus Resolution / A. Aversa, S. La Vignera, R. Rago et al. // Front. Endocrinol. (Lausanne) – 2020. – N11, Vol. 11. – Article 516. doi: 10.3389/fendo.2020.00516.
-

Жуковская С.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

РАССТРОЙСТВО СТОЙКОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗАГАДКА СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Введение. Расстройство стойкого генитального возбуждения – сравнительно редкий термин в русскоязычной научной литературе, что отражает актуальность изучения данной проблемы и распространения информации, которая способна была бы повысить осведомлённость врачей, ознакомить их с этиологией, патогенезом, диагностикой и методами лечения данного заболевания.

Цель исследования. Изучить современные научные литературные источники, описывающие этиопатогенез данной патологии, предоставить краткий обзор проблемы.

Материалы и методы. Проанализирована современная медицинская научная литература, посвященная данной проблематике (изучены базы данных PubMed, UpToDate и др.).

Результаты исследования. Расстройство стойкого генитального возбуждения – *persistent genital arousal disorder* (PGAD) – это состояние, характеризующееся постоянным либо часто возникающим нежелательным физиологическим возбуждением гениталий (повышенная чувствительность, наполненность и/или ощущение полнокровия, набухания) в отсутствие сексуального возбуждения или желания, вызванного объектом либо фантазиями, которое может сохраняться от нескольких часов до нескольких дней и даже месяцев, вызывая значительные нарушения психосоциального благополучия и повседневного функционирования. Согласно зарубежным данным, распространенность PGAD оценивается в диапазоне от 0,6 до 4,3%, что свидетельствует о важности изучения данного состояния с целью повышения качества