

**РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ
В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ
В ПРЕГНАВИДАРНЫЙ ПЕРИОД**

Сентпорина А.Б.¹, Киселева Т.П.², Аскерова М.Г.², Сафонова А.Б.¹, Дубровина О.С.¹
¹МУ ГКБ № 40; ²Уральская государственная медицинская академия; г. Екатеринбург

Цель исследования: оценить особенности выявления гиперандрогении (ГА) на прегравидарном этапе и тактику ведения пациенток с данной патологией во время беременности.

Материалы и методы: Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование группы – 39 беременных в возрасте 21-38 лет (средний возраст 26,2 года). Диагноз ГА выставлялся по результатам лабораторных и антропометрических исследований — массо-ростовой индекс, особенности оволосения (по шкале Ферримана-Голвеса), наличие гиперандрогенной дерматиты. До зачатия методы исследования включали определение содержания в сыворотке крови эстрадиола, 17-ОП, тестостерона, ДГАС, пролактина, прогестерона в соответствии с фазой цикла; кортизола крови. У 12 женщин проведена диагностическая проба: 7 чел. – с дексаметазоном, 5 чел. – с синтактоном. По данным пробы диагноз надпочечниковая ГА выявлен у шестерых. По показаниям проводилось УЗИ и МРТ надпочечников. Гормональный статус исследовался в первом, втором и третьем триместрах беременности.

Результаты: Акушерский статус отягощен у 14 чел. (35%): бесплодие I имелось у 3 чел. (7,7%), бесплодие II – 1 чел. (2,6%), хронические воспалительные заболевания органов малого таза – 4 чел. (10,3%), регресс беременности – 2 чел. (5,1%), выкидыши на ранних сроках – 4 чел. (10,3%), привычное невынашивание беременности – 2 чел. (5,1%), мертворождение в анамнезе – 1 чел. (2,6%), гипоплазия матки – 2 чел. (5,1%), нарушение месячного цикла – 6 чел. (15,4%). Дексаметазон получали до беременности 10 человек, у которых зачатие наступило «на фоне» малых доз препарата (1/2-1/4 таблетки в сутки). Дексаметазон назначен впервые в женской консультации в малых сроках 12 беременным, со срока 12-15 недель – 2 чел., с 24-25 недели – 1 беременной. После дообследования препарат отменен 4 женщинам, четверо переведены на прием преднизолона. Гипердиагностика ГА на данном этапе выявлена у 8 женщин (20,5%). В малом сроке имели угрозу прерывания 21 чел. (54%), угроза сохранялась на протяжении беременности у 8 женщин (20%). Прием глюкокортикоидных препаратов продолжался у 18 женщин под контролем уровня 17-ОП, ДГЭА-С 1 раз в 4-6 недель, на фоне чего была отмечена к III триместру нормализация уровня 17-ОП (6 человек) и ДГЭА-С (8 чел.). До родов наблюдались 12 женщин. Полных сведений о репродуктивных потерях нет ввиду прерывания наблюдения у обратившихся. Родоразрешены оперативным путем (кесарево сечение) 2 чел. (16%) в сроке 39-40 недель по акушерским показаниям; у 10 женщин – самостоятельные роды в сроке 38-41 неделя. Отклонений в показателях раннего периода новорожденности у детей не отмечалось.

Выводы: 1. Гипердиагностика ГА составила 20,5%.

2. Женщины с ГА различного генеза представляют собой группу высокого риска на стадии прегравидарной подготовки и на протяжении всего периода беременности.

3. Необходимо коллегиальное соблюдение принципов диагностики и лечения ГА на прегравидарном и гравидарном этапах с учетом медицинских стандартов.