

tissue after 35 years. The extent of manifestation of these changes allow to consider the myometrium in the lower uterine segment of primiparas above 35 years to be functionally defective, which may become the reason of labor complications.

ЛИТЕРАТУРА

1. Աղանց Կ., Փարզյան Ս. *գրք. Ժամանակակից մանկաբարձության հիմնական հարցերը* Երևան, 1993: 2. Библиейшвили З. Б., Синельникова М. П. Акуш. и гин., 1974, II, с. 11. 3. Голиков Ю. В., Сперанская Е. М. Тез. докл. VII Межд. конгр. акушеров-гинекологов. М., 1973, с. 58. 4. Дрампян Г. Х., Окоев Г. Г., Алавердян А. Г., Акопян В. А. Мат. Всес. симп. Кутанси, 1980, с. 30. 5. Задорожная Т. Д. Тез. II Республ. научно-технической конф.: Применение электронной микроскопии в материал ведении, биологии и медицине. Киев, 1979, с. 94. 6. Зайцева З. Н., Мусаев О. Х., Нурмагомедов С. Н. Акуш. и гин., 1983, 8, с. 37. 7. Калганова Р. И. Вспр. охр. мат. и дет., 1963, 10, с. 75. 8. Красильникова А. Я. Акуш. и гин., 1974, 5, с. 29. 9. Летучик А. А., Бокарева Т. В., Крайс Л. Н. Вспр. охр. мат. и дет., 1978, 11, с. 79. 10. Лопухин М. Т. Вспр. охр. мат. и дет., 1963, 10, с. 79. 11. Новикова З. В., Николаева Е. Н., Чернуха Е. А. Вспр. охр. мат. и дет., 1984, 5, с. 45. 12. Окоев Г. Г. Тез. IV Закавказской конф. геронтологов и гериатров, Ереван, 1980, с. 248. 13. Окоев Г. Г., Вакелян А. Л. В сб.: Актуальные вопросы акушерской и перинатальной патологии в группах высокого риска. Ереван, 1985, с. 119. 14. Персикьянов Л. С., Железнов Б. И., Богозяленская Н. В. В кн.: Физиология и патология сократительной деятельности матки. М., 1975, с. 56, 77. 15. Рудюк М. П. В кн.: Некоторые вопросы патологии беременности и родов. Винница, 1960, с. 251. 16. Шехтер А. Б., Берченко Г. Н. Арх. патол., 1978, 8, с. 70. 17. Weimann H., Huch P., Huch O. Geburtigh Frauenheilk. 1984. 44, 415. 18. Jaeger J. Arch. gynaek. 1963. 2, 173. 19. Okozu G. G., Drampian G. Kh. Abstracts X World Congress of gynecology and obstetrics. Tokyo, 1979, p. 21. 20. Ventura S. O. Monthly vital DHHS Publication No (PHS) 82-1120, Hyattsville M. D. May, 1982. 21. Ventura S., Heudershof G. E. Publ. Health Rep., 1981, 99, 133.

УДК 618.3:618.5:618.177

Г. Г. Долян, М. С. Татевосян, К. М. Мартиросян

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Терапия кломифеном—один из самых распространенных методов лечения эндокринного бесплодия. Частота наступления беременности после стимуляции овуляции кломифеном, по данным ряда авторов, варьирует в широких пределах от 48 до 78% [2, 5, 11, 12, 15].

Характерной особенностью течения беременности, наступившей в результате терапии эндокринного бесплодия кломифеном, является относительно высокая частота угрозы невынашивания и самопроизвольных аборт, которые отмечены в 23,2—24,4% случаев [1, 4, 6, 7]. Некоторые авторы большой процент самопроизвольных выкидышей после стимуляции кломифеном и его аналогами связывают с возможной гиперстимуляцией яичников и считают, что количество осложнений находится в прямой зависимости от дозы применяемого препарата

[9, 14 17]. Особого внимания заслуживает достаточно высокая частота поздних токсикозов у беременных, наблюдаемых в 14—50,7% случаев [8, 10].

Перед нами была поставлена цель изучить особенности течения и гормональных перестроек при беременности, индуцированной кломифеном и его аналогами.

Под наблюдением находились 70 женщин с бесплодием в анамнезе, беременность которых наступила на фоне терапии клостилбегитом и его аналогами. Контрольную группу составили 12 здоровых женщин со спонтанной нормально протекающей беременностью. Возраст женщин контрольной группы колебался от 20 до 36 лет, а у обследованных основной группы—20—41 год, составляя в среднем 27,3—0,2 года.

Динамическое исследование хорионического гонадотропина (ХГ) позволило выявить максимальный уровень при 6-недельной беременности 6,8 (1,2—38,8) МЕ/мл и 8-недельной беременности—6,3 (3,1—12,8) МЕ/мл, что статистически достоверно ниже аналогичных показателей в контрольной группе ($P < 0,001$). Отмечено также некоторое повышение уровня гормона в сроки 18 и 24 недели, что оказалось статистически недостоверным.

Плацентарный лактоген (ПЛЛ) выявлен при 6—7-недельной беременности. Установлено повышение концентрации гормона до 40-недельной беременности, при этом максимальные показатели его колебались в пределах 8,2 (7,1—9,5) мкг/мл, что статистически достоверно ниже его значений в контрольной группе ($P < 0,05$). Хотя на протяжении всей беременности уровень ПЛЛ был относительно низким у обследуемых пациенток, кривая динамики гормона в целом повторяла аналогичную кривую в контрольной группе.

Средние показатели фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в течение беременности колебались в пределах 4,7—9,0 МЕ/л. Максимальный уровень ФСГ отмечен в сроке 4—5-недельной беременности. При 16 и 34 неделях имело место статистически достоверное снижение содержания гормона в рассматриваемой группе по сравнению с контрольной ($P < 0,01$).

С развитием беременности наблюдалось повышение уровня пролактина от 861,0 (778,0—952,9) до максимальных значений—8180,1 (4139,3—16165,3) мМЕ/л к сроку 30—32-недельной беременности, что статистически достоверно ($P < 0,05$) выше уровня этого гормона в контрольной группе. Затем отмечено некоторое понижение уровня пролактина и повторное повышение до 6418,6 (4892,9—14240,8) мМЕ/л к 38-недельному сроку.

При анализе динамики изменения эстрадиола в течение беременности констатируется постепенное нарастание уровня гормона по мере роста беременности. Обращает на себя внимание статистически достоверное ($P < 0,05$) понижение концентрации эстрадиола на ранних стадиях развития беременности. Так, в сроке 4 и 6 недель она составила 1940,6 (1038,6—3626,1) и 3858,7 (2724,9—5464,1) нмоль/л.

До 16 недель беременности средний уровень эстрадиола был ниже контрольных показателей, второй триместр беременности протекал при нормальных показателях гормона. Далее при 28 и 30 неделях беременности констатируется достоверное повышение уровня эстрадиола ($P < 0,05$; $P < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Таким образом, динамическое наблюдение позволило констатировать гипоестрогению лишь в первом триместре беременности у женщин, леченных клостил-бегитом и его аналогами.

Изучение концентрации прогестерона в динамике индуцированной беременности позволило выявить значительные колебания гормона с выраженными пиками. Статистически достоверное понижение уровня прогестерона по сравнению с контрольной группой констатируется при 4 и 6 неделях беременности (соответственно $P < 0,01$; $P < 0,05$). Имея в общем тенденцию к повышению на протяжении беременности и достигая к 34—36 неделям максимальных значений 1008,7 (685,3—1204,3) нмоль/л, кривая прогестерона имела скачкообразный характер в отличие от постепенного его нарастания в контрольной группе.

Суточная экскреция суммарных эстрогенов в динамике беременности у обследованных женщин имела свои особенности. В первом триместре выявлена гипоестрогения ($P < 0,001$) и достоверное ($P < 0,001$) снижение экскреции суммарных эстрогенов по сравнению с контрольной группой. Последующее развитие беременности протекало на фоне нормальной экскреции суммарных эстрогенов.

Уровень прегнандиола у женщин обследуемой группы с 6,9 (3,3—14,6) мкмоль/сут в начале беременности достигал к концу беременности 127,6 (95,9—169,6) мкмоль/сут. Средние показатели прегнандиола в первом и втором триместрах беременности оказались в пределах нормы. С 36 недели констатируется статистически достоверное ($P < 0,001$) понижение экскреции прегнандиола.

Динамическое изучение уровня тестостерона позволило выявить более высокие показатели гормона в первом триместре беременности по сравнению с контрольными, причем наиболее выраженные различия выявлены при 8 и 12 неделях беременности ($P < 0,001$; $P < 0,001$). Так, при сроке 8 недель уровень гормона был равен 3,3 (2,6—4,2) нмоль/л, тогда как в контрольной группе—2,0 (1,8—2,2) нмоль/л, а в сроке 12 недель—3,6 (2,5—5,4) нмоль/л при 1,9 (1,5—2,6) нмоль/л в контрольной группе. Максимальные показатели тестостерона констатируются при 28 и 34 неделях беременности—соответственно 5,0 (3,4—7,5) и 6,9 (4,1—11,7) нмоль/л.

Одним из маркеров функционального состояния надпочечников является кортизол, уровень которого колебался в значительных пределах в течение индуцированной клонифеном беременности. В первом триместре беременности показатели кортизола колебались в пределах известных нормативов (контрольная группа). Исключение составила 8-недельная беременность, при которой констатируется статистически достоверное повышение уровня кортизола. Последующее развитие бе-

ременности протекало на фоне сравнительно низких показателей гормона. Минимальное содержание кортизола отмечено при 4-недельной беременности—188,6 (143,7—247,5) нмоль/л, максимальное— при 30 неделях—1688,8 (1911—3129,2) и 34 неделях беременности—1654,8 (1073,9—2550,0) нмоль/л. Статистически достоверное понижение уровня кортизола констатируется при 28 неделях беременности ($P<0,05$), 32 ($P<0,05$), 36 ($P<0,05$) и 38 неделях беременности ($P<0,01$).

Суточная экскреция 17—КС в первом триместре беременности колебалась в пределах 15,4 (13,8—17,1)—21,7 (16,2—29,2) мкмоль/сут., что соответствовало аналогичным показателям в контрольной группе. Последующее развитие беременности сопровождалось высоким уровнем экскреции 17—КС, причем максимальные показатели его констатированы при 22 неделях беременности—52,6 (36,2—76,6) мкмоль/сут. Достоверное повышение 17—КС выявлено при 14 и 20 неделях беременности ($P<0,001$ и $P<0,001$). С 36 недели беременности отмечено достоверное понижение экскреции 17—КС ($P<0,001$).

Суточная экскреция ДЭА почти в течение всей беременности колебалась на высоких пределах. Минимальная экскреция ДЭА констатирована при 4-недельном сроке беременности и соответствовала 1,9 (1,1—3,3) мкмоль/сут., а максимальная—при 16 и 32-недельной беременности—соответственно 5,6 (2,3—13,6) и 5,1 (2,6—10,2) мкмоль/сут. Статистически достоверное повышение ДЭА отмечено при 4 неделях беременности ($P<0,01$), 8 ($P<0,001$), 10 ($P<0,01$), 20 ($P<0,01$), 26 ($P<0,05$), 32 ($P<0,05$) и 38-недельной беременности ($P<0,01$).

При изучении динамики изменений СТГ в течение индуцированной клостилбегитом и его аналогами беременности статистически достоверных различий по сравнению с контрольной группой выявить не удалось, отмечен лишь довольно небольшой диапазон колебаний гормона в течение всей беременности от 2,9 до 10,5 нг/мл.

Благодаря динамическому клиническому наблюдению удалось выявить следующие особенности течения беременности, индуцированной клостилбегитом и его аналогами (табл. 1).

Как видно из представленных данных, наиболее частой патологией, осложняющей течение беременности, явилась угроза прерывания беременности. Обращает на себя внимание частота гестозов.

Результаты анализа исходов беременности женщин обследуемой группы представлены в табл. 2.

Как свидетельствуют данные табл. 3, в 58,5% наблюдений роды протекали по нормальному биомеханизму, без осложнений. Обращает на себя внимание довольно высокая частота кесаревых сечений в данной группе. Как видно из представленных данных, основная часть беременностей завершилась родами, причем в 78,6% случаев имели место срочные роды.

Следует отметить, что женщины с индуцированной клостилбегитом и его аналогами беременностью рассматривались как группа риска, что привело к расширению показаний для проведения ке-

сарева сечения. Высокая частота перинеотомий и эпизиотомий была обусловлена в основном возрастом пациенток. При разработке рациональных алгоритмов по ведению пациенток после терапии клостилбегитом и его аналогами следует иметь в виду частоту (18,5%) несвоевременного излития околоплодных вод и слабость родовой деятельности (7,7%). Ручное обследование полости матки в 4 случаях было произведено по поводу гипотонии матки и в одном случае в связи с подозрением на целостность плаценты.

Таблица 1
Осложнения течения индуцированной клостилбегитом беременности

Осложнения	Число	%
Угрожающий выкидыш	24	34,3
Ранние гестозы	10	14,3
Поздние гестозы	12	17,1
В/у гипоксия плода	6	8,6
В/у гипотрофия плода	3	4,3
Эндокриопатия (ожжение I, II ст.)	3	4,3

Таблица 2
Исходы индуцированной клостилбегитом беременности

Исход	Число	%
Роды в срок	55	78,6
Преждевременные роды	9	12,9
Запоздалые роды	1	1,4
Самолпроизвольные выкидыши	5	7,1

Таблица 3
Особенности течения родов после лечения клостилбегитом и его аналогами

Особенности	Число	%
Роды по нормальному биометризму (без осложнений)	38	58,5
Роды кесаревым сечением	16	24,6
Несвоевременное излитие околоплодных вод	12	18,5
Слабость родовой деятельности	5	7,7
Ручное обследование полости матки	5	7,7
Наложение акушерских щипцов	1	1,5
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1	1,5
Перинеотомия и эпизиотомия	19	19,2

В результате родов у обследованных женщин родились 34 (51,5%) девочки и 32 (48,5%) мальчика. Средний вес новорожденных колебался в пределах $3120,5 \pm 26,1$ г при среднем росте $47,9 \pm 0,1$ см, что практически не отличалось от аналогичных показателей в контрольной группе. Новорожденные были оценены по шкале Апгар в 7—10 баллов.

Таким образом, комплексное обследование течения беременности и родов у женщин с индуцированной кlostилбегитом и его аналогами беременностью позволило выявить следующие закономерности:

- недостаточность продукции ХГ в первом триместре беременности;
- снижение продукции ПЛЛ в третьем триместре беременности;
- гипоестрогения в первом триместре беременности;
- понижение уровня прогестерона в первом триместре беременности с хаотическими выбросами в динамике всей беременности;
- снижение суточной экскреции прегнандиола в третьем триместре беременности;
- повышение уровня тестостерона в первом триместре беременности с некоторыми пиками во втором и третьем триместрах;
- понижение продукции кортизола во втором и третьем триместрах беременности;
- повышение суточной экскреции 17—КС во втором триместре беременности;
- повышение суточной экскреции ДЭА почти в течение всей беременности;
- высокая частота угрожающих выкидышей—34,3%;
- высокая частота кесаревых сечений—24,6%; несвоевременное излитие околоплодных вод—18,5% и слабость родовой деятельности—7,7%.

Все установленные закономерности должны быть учтены при разработке тактики ведения беременности и родов у женщин с беременностью, индуцированной кlostилбегитом и его аналогами.

Армянский НИЦ по охране здоровья матери и ребенка

Поступила 15/VI 1993 г.

Գ. Գ. Դուլան, Մ. Ս. Թադևոսյան, Կ. Մ. Մարտիրոսյան

ՀԳԻՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԿԼԻՄԻՅԵՆՈՎ ԵՎ ՆՐԱ ԱԾԱՆՑՅԱԼՆԵՐՈՎ ՀԳԻՈՒԹՅԱՆ
ՁՎԱՀԱՏՄԱՆ ԽԹԱՆՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ

Վերջին տասնամյակներում ավելացել է հղիության հաճախականությունը ձվազատման խթանումից հետո: Կատարվել են կլինիկո-հորմոնալ հետազոտություններ կլոստիլբեգիտով և նրա ածանցյալներով հղիների մոտ ձվազատման խթանումից հետո: Հայտնաբերվել են կլինիկական և հորմոնալ որոշակի օրինաչափություններ, որոնք հատկանշական են տվյալ խմբի կանանց: Ուսումնասիրվել են նաև ծննդաբերության վարման առանձնահատկությունները: Կլոստիլբեգիտով և նրա ածանցյալներով ձվազատման խթանումից հետո:

նումից հետո առաջացած հղիության և ծննդաբերության վարձան մշակման գործընթացի համար հեղինակները խորհուրդ են տալիս հաշվի առնել ի հայտ բերված բոլոր օրինաչափությունները:

G. G. Dolyan, M. S. Tatevossian, K. M. Martirosian

Peculiarities of the Course of Pregnancy and Delivery at Induced Pregnancy with Clomiphen and its Analogues

A complex clinico-hormonal examination of women with pregnancy induced with clomibegit and its analogues has been carried out.

Definite clinical and hormonal objective laws are revealed peculiar to this contingent of women, specific features of the labor course are determined.

It is recommended to take into consideration all these peculiarities at choosing the tactics of conduction of the pregnancy and labor.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мануилова И. А., Иванов И. П., Пшеничникова Т. Я. Акш. и гинек., 1977, 11, с. 13.
2. Мануилова И. А., Сотникова Е. И., Похомова Н. А. В кн.: Диагностика и лечение женского бесплодия. М., 1979.
3. Овсянникова Т. В., Пшеничникова Т. Я., Сотникова Е. И. Там же, с. 109.
4. Памфемиров Ю. К., Заяц В. В., Курговой А. А., Семинюте А. Н. Акш. и гинек., 1987, 6, с. 42.
5. Пшеничникова Т. Я. Акш. и гинек., 1978, 1, с. 43.
6. Пшеничникова Т. Я. Дис. докт. М., 1979.
7. Серов В. Н., Тумилович Л. Р., Шахова А. Д. Вopr. охраны матер. и детства, 1978, 12, с. 42.
8. Хейвек С. Н. В кн.: Современные методы диагностики и лечения перинатальной патологии. М.—Ереван, 1982, с. 104.
9. Ben-Rafael Z., Dor J., Mashiach S. Fertil. and Steril., 1983, 39, 157.
10. Caspi E., Ronen J., Schreyer P. et. al. Brit. J. Obst. Gynecol., 1976, 83, 12, 967.
11. Fleming R., Clutts J. R. T. Brit. J. Obst. and Gynaec., 1982, 9, 9, 749.
12. Garcia J., Weniz A. C., Jones J. S. Fertil. and Steril., 1977, 28, 7, 707.
13. Heck M., British M., Serr D. M. JAMA, 1972, 221, 10, 1329.
14. Kistner R. W. Fertil. and Steril., 1976, 27, 1, 72.
15. Masson G. M., Harris D. Obstet. Gynecol., 1982, 3, 1, 6.
16. Rudolf K., Aartens E., Ho mann R. Zbl. Gynäkol., 1983, 105, 4, 193.
17. Taymor M. L., Yussman M. A., Gminski B. S. Fertil. and Steril., 1970, 21, 11, 759.

УДК 616—053.7:618.3:618.5:616—053.31

С. М. Геворкян, А. М. Сулян, Н. С. Оганесян, А. Н. Кочарян

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

По литературным данным [1, 2], около 45—82% подростков в возрасте 15—19 лет живут активной половой жизнью, при этом беременность наступает в 36% случаев. Беременность у юных первородящих протекает в необычных условиях, что обусловлено недоразвитием компенсаторных механизмов организма.