



ИЗУЧЕНИЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНЕМИИ.

Абдулазизова А.А.

Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников

Кафедра Акушерства Гинекологии и Перинатальной медицины

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17409364>

ARTICLE INFO

Received: 19th October 2025

Accepted: 20th October 2025

Online: 21st October 2025

KEYWORDS

привычное невынашивание
беременности, синдром
гиперандрогенемии,
прегравидарная подготовка к
беременности

ABSTRACT

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности. В структуре причин невынашивания частота неразвивающейся беременности составляет 45–88,6 % от числа выкидышей на ранних сроках, что обуславливает необходимость более детального изучения его причин и их профилактики еще до этапа планирования беременности. Синдром гиперандрогенемии является ведущим фактором невынашивания беременности и составляет около 30 %. Кроме того, пациентки с синдромом гиперандрогенемии могут иметь сопутствующие патологические изменения со стороны эндометрия и его рецепторного аппарата, нарушения аутоиммунитета в виде присутствующих в крови эмбриотропных аутоантител. Профилактика ранних потерь беременности и привычного невынашивания у женщин с гиперандрогенемией требует комплексного и дифференцированного подхода к ее решению..

Введение. Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности. В структуре причин невынашивания частота неразвивающейся беременности составляет 45–88,6 % от числа выкидышей на ранних сроках, что обуславливает необходимость более детального изучения его причин и их профилактики еще до этапа планирования беременности. Синдром гиперандрогенемии является ведущим фактором невынашивания беременности и составляет около 30 %. Кроме того, пациентки с синдромом гиперандрогенемии могут иметь сопутствующие патологические изменения со стороны эндометрия и его рецепторного аппарата, нарушения аутоиммунитета в виде присутствующих в крови эмбриотропных аутоантител. Профилактика ранних потерь беременности и привычного невынашивания у женщин с гиперандрогенемией требует комплексного и дифференцированного подхода к ее решению.

Цель. Провести ретроспективный анализ историй болезни женщин с привычным невынашиванием беременности и синдромом гиперандрогении.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены 60 историй болезни пациенток привычным невынашиванием беременности и с гиперандрогенией. Проанализированы анамнестические, объективные данные и результаты лечебно-диагностических исследований.

Результаты. В результате анализа архивной документации были выявлены различные факторы риска невынашивания беременности. Большая часть когорты не имела избыточной массы тела (среднее значение ИМТ – 23,1) и составила 32 человека, 22 женщины с избыточной массой тела со средним ИМТ равным 27,6, а максимальным ИМТ стало значение 36,8 и количество женщин с диагнозом ожирение составило 26. Возраст пациенток от 20 лет до 41 года. Наличие вредных привычек (избыточное употребление кофеина, курение, прием тератогенных препаратов) встретились у 32% пациенток. Хронические заболевания имелись практически у всех женщин. ИППП и воспаление органов малого таза имели в анамнезе больше половины женщин. Не было отмечено аномалий развития ни у одной женщины. Процент РДВ матки в анамнезе составил 83%, а медикаментозное прерывание беременности по медицинским показаниям – 41%. Количество потерь беременности в анамнезе составило от 1 до 4. Выполнение гистероскопии, биопсии эндометрия, пайпель – биопсии с целью диагностики патологии эндометрия в рамках прегравидарной подготовки было произведено у 18 пациенток. Проведение операций на органах малого таза – у 29 пациенток. 20 женщин принимали глюкокортикостероиды с целью лечения гиперандрогении. В результате проведенного УЗИ органов малого таза у 42 пациенток отмечались субъективные признаки хронического эндометрита. Исследование аутоиммунитета ни у кого не проводилось. Гормональное обследование было проведено у всех пациенток соответственно. У 78% женщин имеется указание на медикаментозное лечение в условиях стационара с угрозой спонтанного выкидыша.

Выводы. Кроме синдрома гиперандрогении у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе были выявлены различные факторы риска, в некоторых случаях их комплекс, наличие хронического эндометрита, а диагностика нарушений аутоиммунитета не была проведена. Таким образом, прегравидарная подготовка должна учитывать все нарушения и стать персонифицированной и комплексной.

Список литературы:

1. Goodman N.F., Cobin R.H., Futterweit W. et al. American association of clinical endocrinologists, American college of endocrinology, and androgen excess and PCOS society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome — part 2. Endocr Pract. 2015;21(12):1415–1426. DOI:10.4158/EP15748.DSCPT2.
2. Meier R.K., Meier R.K. Polycystic Ovary Syndrome. Nurs Clin North Am. 2018;53(3):407420. DOI: 10.1016/j.cnur.2018.04.008.
3. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., Дедов И.И. Синдром поликистозных яичников: этиология, патогенез, диагностика и лечение: научно-практическое руководство. М.: ВИДАР; 2016. [Andreeva E.N., Sheremetyeva E.V., Dedov I.I. Polycystic ovary syndrome:

etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment: scientific and practical guidance. M.: VIDAR; 2016 [in Russ.]].

4. Ali A.T. Polycystic ovary syndrome and metabolic syndrome. Ceska Gynekol. 2015;80(4):279–289.

5. Macut D., Bjekic-Macut J., Rahelic D., Doknic M. Insulin and the polycystic ovary syndrome. Diabetes Res Clin Pract. 2017;130:163–170. DOI: 10.1016/j.diabres.2017.06.011.

6. Cooney L.G., Dokras A. Beyond fertility: polycystic ovary syndrome and long-term health. Fertil Steril. 2018;110(5):794–809. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.021.

