

©Н. М. Кінаш

*Івано-Франківський національний медичний університет*

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ПОЄДНАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ В АНАМНЕЗІ

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ПОЄДНАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ В АНАМНЕЗІ. В умовах сьогодення немає єдиної думки щодо того, чи є різні причини безпліддя чинником ризику акушерських і перинатальних ускладнень. З одного боку, не стільки наявність безпліддя, скільки неблагополучний преморбідний фон несприятливо впливає на перебіг і результат вагітності. Пацієнтки, вагітність яких наступила з використанням різноманітних методів лікування безпліддя (включаючи ЕКЗ), складають особливу групу. У всіх вагітних є один або декілька факторів, які впливають на прогноз результату вагітності. Крім того, у пацієнток з безпліддям завжди існують причини порушення репродуктивної функції. Всі перелічені відхилення впливають на нормальний перебіг вагітності, оскільки можуть бути причиною її передчасного переривання.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАЮЩИМСЯ БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ. В настоящее время 10-15 процентов украинцев страдают от бесплодия, что можно отнести к прямым репродуктивным потерям. В условиях сегодняшнего дня нет единственно правильной теории того, есть ли разные причины бесплодия факторами риска акушерских и перинатальных осложнений. С одной стороны, не столько наличие бесплодия, сколько неблагополучный преморбидный фон неблагоприятно влияет на течение и результат беременности. Пациентки, беременность которых наступила с применением разных методик лечения бесплодия (включая ЭКО), составляют особую группу. У всех беременных есть один или несколько факторов, которые влияют на прогноз результата беременности. Кроме того, у пациенток с бесплодием всегда существуют причины нарушения репродуктивной функции. Все пересчитанные нарушения влияют на нормальное течение беременности, поскольку могут быть причиной ее преждевременного прерывания.

PECULIARITIES OF PREGNANCY AND DELIVERY OF THE WOMEN WITH COMBINED INFERTILITY IN ANAMNESIS. Today 10-15 percent of Ukrainian families suffer from infertility, which is considered to be a direct reproductive losses. In today's conditions there is no consensus as to the question whether different causes of infertility can cause obstetric and perinatal complications. Patients who got pregnant by means of various infertility treatments (including IVF), belong to a special group. All pregnant women have one or more factors that influence the prognosis of the result of the pregnancy. All these deviations affect the pregnancy and may cause early abortion.

**Ключові слова:** безпліддя, допоміжні репродуктивні технології, вагітність, перинатальні ускладнення.

**Ключевые слова:** бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, беременность, перинатальные осложнения.

**Key words:** infertility, assistive reproductive technologies, pregnancy, perinatal complications.

**ВСТУП.** Останнім часом наголошується збільшення частоти пологів у жінок, які лікувалися з приводу різних форм безпліддя, що пов'язане з широким впровадженням сучасних діагностичних і лікувально-профілактичних технологій, особливо з використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [1, 2]. Наукові дослідження, присвячені перебігу вагітності та пологів у жінок з безпліддям в анамнезі, торкаються лише загальних моментів, не враховуючи причини та методики лікування безпліддя. Причини високого рівня акушерської і перинатальної патології в жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі вивчені також недостатньо і трактуються різними дослідниками неоднозначно. Безпліддя в суспільстві є не тільки медичною патологією, а й являє собою соціальне явище, яке негативно впливає не лише на демографічні показники, але, нерідко, є причиною сімейних негараздів, психологічного дискомфорту і зниження соціальної активності подружжя [3-5]. За даними вітчизняних авторів [7, 8], первинна та вторинна неплідність становлять 47 % та 52 % відповідно. До основних чинників, які сприяють розвитку вторинної жіночої неплідності, відносяться

запальні процеси після абортів (62 %), перенесені хірургічні та гінекологічні операції (33,4 %), патологічні пологи (4,6 %) [6, 7]. Трубно-перитонеальна неплідність часто поєднується з СПКЯ (43,3 %), ендометріозом (23,7 %), міомою матки (24,4 %), аномаліями розвитку статевих органів (4,4 %) [8, 9]. Відсутній диференційований підхід до профілактики акушерських і перинатальних ускладнень залежно від причин безпліддя.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Для вирішення поставленої мети й завдань нами було обстежено 170 жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі, яких було розподілено на такі групи й підгрупи:

1 група - 80 жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі, які отримували під час даної вагітності загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи, з яких підгрупа 1.1 - 20 жінок з безпліддям трубного генезу; підгрупа 1.2 - 20 жінок з безпліддям ендокринного генезу; підгрупа 1.3 - 20 жінок з безпліддям поєданого генезу, які завагітніли без допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ); підгрупа 1.4 - 20 жінок з безпліддям поєданого генезу, які завагітніли за допомогою ДРТ.

2 група - 60 жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі, які отримували під час даної вагітності запропоновані лікувально-профілактичні заходи, з яких підгрупа 2.1 - 15 жінок з безпліддям трубного генезу; підгрупа 2.2 - 15 жінок з безпліддям ендокринного генезу; підгрупа 2.3 - 15 жінок з безпліддям поєднаного генезу, які завагітніли без ДРТ; підгрупа 2.4 - 15 жінок з безпліддям поєднаного генезу, які завагітніли за допомогою ДРТ. Контрольну групу склали 30 жінок без генітальної та соматичної патології, які народили вперше.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи полягали у використанні антибактеріальної та противірусної терапії, метаболічної терапії, корекції мікроциркуляції, комплексів вітамінів і мікроелементів згідно з протоколами МОЗ України. Запропонований підхід включав:

1. На передгравідарному етапі для підготовки до планованої вагітності ми призначали пацієнткам: безпліддя трубного генезу: оперативна лапароскопія для відновлення маткових труб, якщо вагітність протягом 6-12 місяців не наступає - показано ЕКЗ з ПЕ; з безпліддям ендокринного генезу: 1 етап - підготовча замісна циклічна терапія з допомогою естрогенів, гестагенів, синтетичних прогестинів - 3-6 місяців. 2 етап - індукція овуляції з використанням кломіфен-цитрату (кlostілбегіт), менопаузальних і рекомбінантних гонадотропінів (пурегон, гонал F, профазі, прегніл - 3-6 місяців); з безпліддям поєднаного генезу: 1 етап - підготовча замісна циклічна терапія з допомогою естрогенів, гестагенів, синтетичних прогестинів - 3-6 місяців. 2 етап - індукція овуляції з використанням кломіфен-цитрату (кlostілбегіт), менопаузальних і рекомбінантних гонадотропінів (пурегон, гонал F, профазі, прегніл - 3-6 місяців).

2. Під час вагітності препаратами вибору були:

Інжеста 2,5 % 1 мл д/м. до 16 тижнів вагітності, Магне-В6 4-6 разів на добу (200-300 мг магнію на добу). Вагітним жінкам з плацентарною недостатністю з метою зменшення наявних розладів в коагуляційній та імунній системах і збереження повноцін-

ного формування та функціонування фетоплацентарного комплексу призначали: аспірин (100 мг/добу, 30 діб). Від призначення аспірину утримувались у випадках наявних порушень у системі зсідання крові в бік гіпокоагуляції, наявності кров'яних виділень зі статевих шляхів та підозрі на передчасне відшарування нормально розташованої хоріона/плаценти. З метою профілактики плацентарної дисфункції L-аргінін у сиропі з 16 до 20 тижнів вагітності.

3. У другій половині вагітності більшості пацієнток рекомендували: Лютеїна 50 мг двічі на добу з 22 тижнів до 34 тижнів вагітності, Магне-В6 по 2 табл. 3-4 рази на добу. Вагітним жінкам з метою зменшення наявних розладів у коагуляційній та імунній системах і збереження повноцінного формування та функціонування фетоплацентарного комплексу призначали: аспірин (100 мг/добу, 30 діб).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТАЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Найбільш виражені відмінності за результатами досліджень між підгрупами ми спостерігали у жінок із поєднаним безпліддям.

Так, у 1 триместрі вагітності (табл. 1) при використанні запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів нам удалося знизити частоту мимовільного переривання вагітності (з 10,0 до 5,0 %) на тлі одночасного зменшення частоти порушень мікробіоценозу статевих шляхів (з 26,7 до 16,7 %). Крім того, слід також відзначити і зниження рівня раннього токсикозу (з 36,7 до 20,0 %) і анемії вагітних (з 20,0 до 10,0 % відповідно).

У 2 триместрі вагітності нам вдалося попередити в підгрупі 2.3 пізні переривання вагітності до 22 тиж. (у підгрупі 1.3. - 5,0 %), хоча частота передчасних пологів в обох підгрупах була однаковою (по 5,0 %). Серед решти особливостей цього періоду гестації при використанні запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів звертає на себе увагу зменшення рівня плацентарної дисфункції (з 50,0 до 40,0 %); анемії вагітних (з 65,0 до 50,0 %); прееклампсії (з 35,0 до 25,0%) і порушень мікробіоценозу статевих шляхів (з 45,0 до 30,0 %). На завершальному етапі гестації в 3 триместрі (табл. 2)

Таблиця 1. Перебіг I триместру вагітності (до 13 тижнів вагітності) в обстежених жінок (%)

Ускладнення	Контрольна n=30	1.3+1.4 n=30	2.3+2.4 n=30
Мимовільне переривання вагітності	-	10,0	5,0
Порушення мікробіоценозу статевих шляхів	10,0	26,7	16,7
Ранній токсикоз	10,0	36,7	20,0
Анемія вагітних	10,0	20,0	10,0
Респіраторна вірусна інфекція	6,7	20,0	10,0
Загострення екстрагенітальної патології	-	20,0	10,0

Таблиця 2. Клінічний перебіг 3 триместру вагітності (28-40 тижнів вагітності) в обстежених жінок (%)

Ускладнення	Контрол. n=30	1.3+1.4 n=30	2.3+2.4 n=30
Плацентарна дисфункція	14,0	65,0	50,0
Анемія вагітних	20,0	70,0	50,0
Прееклампсія	6,0	50,0	35,0
Порушення мікробіоценозу статевих шляхів	16,0	65,0	45,0
Респіраторна вірусна інфекція	4,0	20,0	15,0
Передчасні пологи	-	5,0	-
Загострення соматичної патології	-	20,0	10,0

## Акушерство та гінекологія

передчасні пологи мали місце лише при використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів (5,0 %), а частота основних ускладнень була також нижчою на 15,0-20,0 % в підгрупі 2.3.

У свою чергу, вищеописані відмінності при клінічному перебігу вагітності відобразилися і на частоті різних ускладнень під час розродження. Підтвердженням цьому є зниження рівня передчасного розриву плодових оболонок (з 50,0 до 40,0 %); аномалій пологової діяльності (з 40,0 до 30,0 %) і дистресу плода (з 35,0 до 25,0 %), що дозволило зменшити частоту кесаревих розтинів (з 35,0 до 25,0 % відповідно).

Відповідно до цього, частота народжених дітей у задовільному стані була вищою в підгрупі 2.3+2.4 (83,1 % і 57,2 %), а рівень асфіксії середнього (підгрупа 1.3+1.4 - 14,3 % і 2.3 - 11,1 %) і тяжкого ступенів (підгрупа 1.3+1.4 - 14,3 % і 2.3+2.4 - 5,6 %) був відповідно нижчим при використанні запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Отже, як свідчать результати отриманих клінічних результатів, використання запропонованого алго-

ритму лікувально-профілактичних заходів у жінок з безпліддям поєданого генезу в анамнезі дозволяє істотно знизити частоту основних акушерських і перинатальних ускладнень.

**ВИСНОВКИ.** Використання запропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє істотно знизити частоту основних акушерських і перинатальних ускладнень: мимовільного переривання вагітності - в 6,3 раза; передчасних пологів - в 2,7 раза; плацентарної дисфункції - в 1,3 раза; аномалій пологової діяльності - в 1,4 раза; дистресу плода - в 1,3 раза; асфіксії новонароджених середнього і важкого ступенів - в 2,2 раза і сумарних репродуктивних втрат - в 1,6 раза.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** З метою контролю за клінічним перебігом вагітності і пологів у жінок з безпліддям різного генезу в анамнезі необхідне динамічне (починаючи з 28 тижнів вагітності) дослідження основних ехографічних, доплерометричних, ендокринологічних, біохімічних (рівень плацентарних білків), імунологічних і мікробіологічних досліджень.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаджанян К. В. Роль гистероскопии в комплексной диагностике бесплодия у женщин / К. В. Агаджанян // Новые направления в клинической медицине : материалы Всерос. конф. - Ленинск ; Кузнецкий, 2008. - С. 279-280.
2. Альтернативные методы преодоления трубно-перитонеального бесплодия / Г. М. Савельева, К. В. Краснопольская, С. В. Штыров, А. Е. Бугеренко // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 2. - С. 10-13.
3. Баскаков П. М. Програмоване ведення вагітності та пологів у жінок з непліддістю в анамнезі / П. М. Баскаков, Д. А. Беглице // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2004. - № 2. - С. 87-90.
4. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя / А. В. Бойчук, Н. В. Петренко, В. І. Коптюх [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. - 2005. - № 4. - С. 57-58.
5. Гормональний гомеостаз у жінок з непліддістю після хірургічного лікування / Л. І. Іванюта, І. І. Ракша, С. О. Іванюта, О. Д. Дубенко // Вісн. наук. досліджень. - 2006. - № 2. - С. 83-85.
6. Дадалова Л. М. Некоторые аспекты ведения женщин с невынашиванием в женской консультации / Л. М. Дадалова // Акушерство и гинекология. - 2007. - №9. - С. 15-17.
7. Игитова М. Б. Гормональный дисбаланс как одна из причин невынашивания беременности у женщин с индуцированной овуляцией / М. Б. Игитова, А. С. Сорокин // Вопр. охраны мат. и детства. - 2006. - № 10. - С. 8-210.
8. Панова Т. В. Дифференцированная профилактика невынашивания беременности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе / Т. В. Панова, Т. С. Качалина // Гинекология. - 2008. - № 1. - С. 4-6.
9. Стрельченко М. Б. Особенности течения беременности после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки : автореф. дис. канд. мед. наук : спец. 14.00.01 / М. Б. Стрельченко. - М., 2002. - 23 с.

Отримано 19.02.15