

# Кесарів розтин у жінок із різними формами безпліддя в анамнезі

**В.І. Бойко, Б.Г. Салдадзе**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що застосування вдосконаленої тактики ведення вагітності та пологів з адекватною профілактикою плацентарної дисфункції у вагітних із безпліддям в анамнезі дозволяє суттєво поліпшити результати розродження як з акушерських, так і з перинатальних позицій. Тактичний підхід і вдосконалена методика ведення вагітності є загальнодоступними і можуть знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** кесарів розтин, безпліддя.

Проблема кесарева розтину є однією з найважливіших в сучасному акушерстві через постійно зростаючу частоту її виконання за відсутності суттєвого зниження перинатальних втрат [1–4]. Серед основних причин такої тенденції виділяють наступні: зростання кількості жінок із рубцем на матці, частоти дистресу плода в пологах, неефективне лікування аномалій пологової діяльності та ін. [1].

Особливу групу ризику щодо розвитку акушерських та перинатальних ускладнень при абдомінальному розродженні складають вагітні з безпліддям різного генезу в анамнезі [2, 4]. В останні роки зросла ефективність лікування безпліддя різного генезу за рахунок використання допоміжних репродуктивних технологій [1–4]. Разом із тим, вагітні з безпліддям різного генезу в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських та перинатальних ускладнень, тому основним методом розродження у них є кесарів розтин. Поряд із цим, в літературі практично відсутні дані про особливості перебігу вагітності у пацієнток з різними формами безпліддя в анамнезі. Крім того, невирішеним залишається питання про вплив вихідної форми безпліддя на наслідки вагітності та метод розродження.

Практичні лікарі акушери-гінекологи дуже часто погоджуються на абдомінальне розродження у вагітних віком понад 35 років, а також за наявності у них безпліддя понад 5 років. Разом із цим, питання розродження вагітних з різними формами і видами лікування безпліддя в анамнезі повністю не вирішені, а окремі публікації в цьому напрямку носять суперечливий характер.

На наш погляд, усе викладене вище є достатнім обґрунтуванням актуальності обраної наукової теми та виконання наукового дослідження, що дозволить вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

**Мета дослідження:** знизити частоту акушерської та перинатальної патології у вагітних з різними формами безпліддя в анамнезі на підставі розроблення вдосконаленого алгоритму ведення вагітності з використанням комплексу лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань дослідження проводили в два етапи. На першому – використано клініко-статистичний аналіз 424 випадків розродження жінок із різними формами безпліддя в анамнезі, яких було розподілено на такі групи:

I група – 306 жінок з безпліддям ендокринного генезу (72,2%);

II група – 72 жінки з безпліддям поєднаного генезу (16,9%);

III група – 46 жінок з безпліддям трубного генезу (10,9%).

На другому етапі обстежено 90 жінок, які були поділені наступним чином: контрольна група – 30 вагітних, розроджених через природні пологові шляхи без соматичної та гінекологічної патології; 60 вагітних, які методом випадкового вибору були розподілені на: IV (порівняння) група – 30 вагітних із безпліддям в анамнезі, розроджених абдомінальним шляхом, ведення яких до і під час вагітності здійснювали за загальноприйнятою методикою, і V (основна) група – 30 вагітних із безпліддям в анамнезі, яким програмували вагітність та пологи, а під час вагітності проводили комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на профілактику акушерських і перинатальних ускладнень. Усім цим вагітним було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, об'єктивних та додаткових методів обстеження.

Критеріями включення пацієнток у дослідження були: безпліддя трубного генезу, безпліддя ендокринного генезу, безпліддя поєднаного генезу (трубний і ендокринний фактор). Пацієнтки з безпліддям імунного та нез'ясованого генезу, а також у разі чоловічого фактора в дослідження не включалися.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи у вагітних IV групи полягали у використанні антибактеріальної та метаболічної терапії, корекції мікроциркуляції, комплексу вітамінів та мікроелементів згідно з протоколами МОЗ України.

Завдяки проведеному на попередньому етапі клініко-статистичному дослідженні ми вважали за доцільне готувати жінок із безпліддям в анамнезі до вдосконаленого ведення вагітності та пологів в наступних випадках: тривалість безпліддя більше 5 років; вік жінки більше 35 років; наявність екстрагенітальної патології з високим перинатальним ризиком (вади серця, ендокринна патологія, міопія середнього і високого ступеня та ін.); вторинне безпліддя у випадку загибелі першого плода чи більше 3 мимовільних абортів; перенесені раніше гінекологічні операції (консервативна міомектомія, резекція яєчників, тубектомія, аднексектомія).

Відмінними рисами застосування запропонованого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних V групи були: індивідуальний підбір використовуваних засобів лікування залежно від генезу безпліддя; поетапний підхід; послідовне використання додаткових препаратів з одночасним застосуванням лише 1–2 (винятково за потребою 3). Основними моментами підготовки таких жінок до програмованого кесарева розтину є профілактичне призначення в терміни: 18–20 тиж; 28–32 тиж і 35–36 тиж комплексу лікарських засобів. При цьому вагітна в дані терміни була госпіталізована чи у відділення патології вагітності, чи у денний стаціонар або санаторій для вагітних. Серед додаткових моментів удосконаленої нами методики було використання антигіпоксантив (актовегін) і білоксинтезувальних препаратів (хофітол, глутаргін, комплекси амінокислот). Тривалість і якість проведення лікувально-профілактичних заходів залежала від результатів до-

даткових методів дослідження: ехографії, доплерометрії, оцінювання ендокринологічного, мікробіологічного та імунного статусів, які динамічно використовували після 20 тиж вагітності. Для профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень використовували лікувальні дози цефалоспоринів одразу після клеювання пупкового канатика, а також корекцію порушень біоценозу статевих шляхів.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, ендокринологічні і статистичні методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клініко-статистичний аналіз анамнезу, перебігу вагітності та пологів у вагітних із безпліддям в анамнезі свідчать: ендокринна форма безпліддя зустрічається в 72,2% випадків; поєднана – в 16,9% і труба – в 10,9% спостережень.

Основною генітальною патологією у вагітних із безпліддям в анамнезі є: порушення менструального циклу (76,8%); полікістоз яєчників (78,8%); патологія шийки матки (46,7%), а також запальні захворювання матки та придатків (60,0%).

Основними ускладненнями клінічного перебігу вагітності у цих жінок є висока частота загрози переривання (66,0%) та передчасних пологів (75,2%), преєклампсії (70,0%) та плацентарна дисфункція (52,8%).

Загальна частота абдомінального розродження у жінок з різними формами безпліддя в анамнезі складає 55,9%, найбільш високий показник мав місце при ендокринній формі безпліддя (72,1%), при поєднаній формі безпліддя – 17,0%, а самий низький – при трубній (10,8%). У структурі показань переважають соматична патологія (32,8%) та дистрес плода в пологах (42,6%), зумовлений високим рівнем преєклампсії і плацентарної дисфункції.

При аналізі стану новонароджених необхідно виділити високий рівень асфіксії – 46,7%, а також значну частоту внутрішньоутробного інфікування (10,0%) та затримку розвитку плода (20,0%).

### Кесарево сечение у женщин с различными формами бесплодия в анамнезе В.И. Бойко, Б.Г. Салдадзе

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование усовершенствованной тактики ведения беременности и родов с адекватной профилактикой плацентарной дисфункции у беременных с бесплодием в анамнезе позволяет существенно улучшить результаты как с акушерских, так и с перинатальных позиций. Тактический подход и усовершенствованная методика ведения беременности является общедоступной и может найти широкое применение в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, бесплодие.

Використання вдосконаленої тактики ведення вагітності та пологів у жінок із безпліддям в анамнезі дозволяє знизити рівень кесаревих розтинів (з 53,3% до 23,3%;  $p < 0,05$ ) за рахунок зниження частоти дистресу плода (з 43,3% до 20,0%;  $p < 0,05$ ) на тлі плацентарної дисфункції (з 46,7% до 16,7%;  $p < 0,05$ ) та аномалій пологової діяльності (з 26,7% до 13,3%;  $p < 0,05$ ). Показник затримки розвитку плода зменшився у 2 рази (з 20,0% до 10,0%;  $p < 0,05$ ), це сприяло зниженню частоти асфіксії новонароджених (з 46,7% до 23,4%;  $p < 0,01$ ), а також постгіпоксичної енцефалопатії (з 26,7% до 13,3%;  $p < 0,01$ ).

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- основними показаннями для вдосконаленої тактики ведення вагітності у жінок із безпліддям в анамнезі є: тривалість безпліддя більш 5 років у випадку проведення лікування в достатньому об'ємі; вік жінок після 35 років; наявність екстрагенітальної патології з високим перинатальним ризиком; вторинна неплідність у випадку загибелі першого плода чи більше 3 мимовільних абортів і перенесені раніше гінекологічні операції;

- у комплексі лікувально-профілактичних заходів при веденні вагітності у жінок з різними формами безпліддя в анамнезі необхідне додаткове використання метаболічної терапії і препаратів, що поліпшують білоксинтезувальну функцію плаценти під контролем функціональних і ендокринологічних методів дослідження;

- при розродженні жінок з різними формами безпліддя в анамнезі необхідно враховувати репродуктивний анамнез і причини жіночого безпліддя, віддаючи перевагу пологам через природні пологові шляхи.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, застосування вдосконаленої тактики ведення вагітності та пологів з адекватною профілактикою плацентарної дисфункції у вагітних із безпліддям в анамнезі дозволяє суттєво поліпшити результати розродження як з акушерських, так і з перинатальних позицій. Тактичний підхід і вдосконалена методика ведення вагітності є загальнодоступними і можуть знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

### Cesarean section at women with various forms of barrenness in the anamnesis V.I. Boyko, B.G. Saldadze

Results of the spent researches testify that use of advanced tactics of conducting pregnancy and sorts with adequate preventive maintenance of placental dysfunction at pregnant women with barrenness in the anamnesis allows to improve essentially results both with obstetrical and with perinatal positions. The tactical approach and an advanced technique of conducting pregnancy is popular and wide application in practical public health services can find.

**Key words:** cesarean section, barrenness.

### Сведения об авторах

**Салдадзе Бакури Геннадьевич** – Медицинский институт Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2; тел.: (099) 380-44-45. E-mail: Bakuri202@mail.ru

**Бойко Владимир Иванович** – Медицинский институт Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2; тел.: (050) 307-35-63. E-mail: vboyko@mail.ru

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Кулаков В.И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 19–22.
- Савельева Г.М. Современные аспекты перинатологии // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 12–15.
- Сапрыкин В.Б. Влияние репродуктивных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 35–36.
- Berger M. Psychological and pediatric psychiatry aspects of development of children resulting from medical reproduction treatment of their parents // Discussionsforum. Med. Ethik. – 2005. – Vol. 17, № 7–8. – P. 770–781.

- Кулаков В.И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 19–22.
- Савельева Г.М. Современные аспекты перинатологии // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 12–15.
- Сапрыкин В.Б. Влияние репродуктивных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 35–36.
- Berger M. Psychological and pediatric psychiatry aspects of development of children resulting from medical reproduction treatment of their parents // Discussionsforum. Med. Ethik. – 2005. – Vol. 17, № 7–8. – P. 770–781.

Статья поступила в редакцию 13.12.2013