

УДК 618.2-083+618.25

БОЙЧУК А.Г., ВАКАЛЮК Л.М., ДРОГОМИРЕЦЬКИЙ Л.В., ЛЮБІНЕЦЬ В.О., ЮНГЕР В.І.
Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Резюме. Мета — вивчити анамнестичні особливості, частоту акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із багатоплідною вагітністю після допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріал та методи. Проаналізовано амбулаторні карти вагітних та історії пологів 80 жінок з багатоплідною вагітністю після вилікуваної неплідності (40 жінок — лікування за допомогою IVF, 40 — гормональна корекція) та 30 жінок контрольної групи. Вивчали анамнестичні дані, перебіг вагітності, дані щодо гормонального профілю, вміст плацентарних білків, результати ультразвукового дослідження, стан новонароджених.

Результати. Встановлено, що у жінок із багатоплідними вагітностями після застосування допоміжних репродуктивних технологій реєструвалися в анамнезі вагітності з негативними наслідками; штучні аборти в анамнезі — у 12,22 % жінок із вилікуваною вторинною безплідністю, половина з яких ускладнилася запаленням; бактеріальний вагіноз — у 41,67 % випадків; удвічі частіше запалення внутрішніх геніталій; загроза переривання вагітності у першому триместрі — у 31,88 % жінок; первинна плацентарна дисфункція — частіше в 2,63 раза ($p < 0,05$); істміко-цервікальна недостатність — частіше в 2,62 раза, шийковий індекс менше за 50 % — у 22,22 % випадків; прееклампсія — частіше у 1,32 раза. У дітей, народжених від таких матерів, втричі частіше зустрічається гіпоксія, а внутрішньоутробна гіпотрофія — у кожної п'ятої дитини.

Висновки. Ускладнений перебіг вагітності після допоміжних репродуктивних технологій пов'язаний із ускладненим гінекологічним анамнезом, гормональним навантаженням, плацентарною дисфункцією, своєчасно не діагностованою істміко-цервікальною недостатністю.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, неплідність, допоміжні репродуктивні технології, анамнез, перебіг вагітності, стан новонароджених.

У вирішенні проблеми неплідного шлюбу в усіх розвинутих країнах світу все більшого значення набуває метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), а особливого значення заслуговує питання багатоплідності [1, 2]. Частота настання вагітності після ЕКЗ — пересадки ембріона знаходиться у межах 20–30 %, а жива дитина народжується тільки в 65–70 % індукованих вагітностей. За даними літератури, серед вагітностей, які настали в результаті ЕКЗ, 35 % є багатоплідними [3]. При цьому у 24–28 % випадків відмічено двійні, у 4–6 % — трійні, у 0,6 % — більше плодів.

Ризик порушення гестаційного процесу зростає при багатоплідних вагітностях (БВ), підвищений відсоток яких має місце при використанні всіх видів допоміжних репродуктивних технологій [2]. Частота багатоплідної вагітності не змінюється впродовж багатьох років, залишаючись на рівні 20–30 %. При багатоплідній вагітності народжуються діти із низькою вагою тіла, зростає кількість передчасних пологів, перинатальна патологія та смертність [4, 5].

Разом із тим виникли й нові наукові питання стосовно особливостей клінічного перебігу гестаційного

періоду в жінок із багатоплідною вагітністю [3]. В обсяжному переліку виникаючих завдань особливе місце займає питання передчасного переривання вагітності в жінок даної групи. Це пов'язано з поліетіологічністю мимовільного переривання вагітності і передчасних пологів у загальній популяції населення, а також із рядом специфічних умов, що мають місце, у жінок із багатоплідною вагітністю.

Усе вищевикладене обумовлює актуальність та визначає мету дослідження, що полягає в зниженні частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із багатоплідною вагітністю, що настала внаслідок допоміжних репродуктивних технологій на підставі вивчення особливостей формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу й мікробіоценозу статевих шляхів, а також

© Бойчук А.Г., Вакалюк Л.М., Дрогомирецький Л.В., Любінець В.О., Юнгер В.І., 2013

© «Медико-соціальні проблеми сім'ї», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи дослідження

Для виконання поставленого завдання було проведено клініко-параклінічний аналіз амбулаторних карт вагітних та історій пологів 120 жінок, які були розподілені на дві основні дослідні групи: I група — 40 жінок із тривало лікуваною неплідністю, включених у програму IVF, II група — 40 жінок із неплідністю на тлі первинної ендокринної дисфункції, у групі використано етапи комбінованої гормональної корекції та контролювану індукцію овуляції. Зазначені групи пацієнок порівнювалися між собою та з контрольною групою жінок (30 осіб), вагітність у яких перебігала без клінічної картини гестаційних ускладнень.

Також з'ясували особливості вмісту основних гормональних факторів і плацентарних білків у динаміці гестаційного процесу в жінок із БВ.

Крім того, використовували трансвагінальну ехографію за допомогою апарату Siemens-250 (Австрія) з використанням трансвагінального датчика 7,5 МГц. У процесі ультразвукового дослідження визначалася довжина шийки матки, розширення внутрішнього зіву, а також величина заднього кута шийки матки та розраховувався шийковий індекс.

Результати дослідження та їх обговорення

На особливу увагу на даний час заслуговує питання багатоплідності після ЕКЗ. За останні 10 років у зв'язку з широким впровадженням у клінічну практику методів стимуляції овуляції і допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) різко підвищилася частота багатоплідної вагітності. За різноманітними даними, серед вагітностей, що настали внаслідок ДРТ, 35 % багатоплідні. При цьому в 23,7–28,3 % випадків відмічаються двійні, у 4,3–5,9 % — трійні, в 0,3–0,6 % — більше плодів.

Як відомо, вагітність і пологи при багатоплідній вагітності частіше перебігають з акушерськими та перинатальними ускладненнями.

Основна кількість обстежених були віком від 30 до 45 років, що відповідає найбільш активному періоду репродуктивної функції молодої жінки. При аналізі вікових особливостей встановлено, що у I групі вірогідно більша кількість (50,00 ± 3,73 %) жінок потрапляє в прогностично несприятливі вікові групи — понад 35 років ($p \leq 0,05$).

Слід відмітити, що у групі із заплідненням *in vitro* пацієнок, старших за 40 років, було 5,00 ± 1,62 %. У даній категорії жінок фертильна функція в основному обмежена віком 45 років та значимо змінені гормональні показники, тому вони потребують особливого підходу щодо застосування гормональних препаратів при підготовці та під час вагітності. Крім того, виношування вагітності в даній категорії пацієнтів також поєднується з певними труднощами.

Результати вивчення анамнестичних даних показали, що важливе значення мають особливості та характер

менструацій (опсоменорея або менометрорагії, виражений передменструальний синдром, вторинна аменорея), що є відображенням гормонального дисбалансу, наявність та кількість вагітностей і пологів в анамнезі, а також штучних і мимовільних абортів та перенесених в анамнезі оперативних втручань на органах малого таза, наявність післяабортних та післяродових ускладнень.

У кожної третьої жінки з багатоплідною вагітністю в анамнезі були вагітності з негативними наслідками, у 12,22 ± 2,44 % жінок із вторинною неплідністю були штучні аборти в ранні терміни, при цьому в кожній другій жінки аборт ускладнювався запальним процесом. Слід зазначити, що у групах жінок із неплідністю, включених у програму IVF, оперативні втручання в анамнезі на репродуктивних органах зустрічалися вдвічі частіше ($p \leq 0,05$). Найбільш поширеним видом оперативного втручання в обстежених вагітних були роз'єднання спайок, операції на маткових трубах, у тому числі з приводу позаматкової вагітності. Як відомо з даних літератури, численні оперативні втручання на придатках створюють передумови для розвитку гормональної дисфункції та зниження оваріального резерву в даній категорії пацієнок.

Найбільш поширеними варіантами хронічних запальних процесів репродуктивної системи були бактеріальний вагіноз (41,67 ± 3,67 %) та запальні захворювання органів малого таза, які також удвічі частіше зустрічалися в жінок першої дослідної групи ($p < 0,05$).

Найбільш поширеним ускладненням у досліджуваного контингенту вагітних була загроза переривання вагітності в I триместрі вагітності, причому значимо частіше ця патологія спостерігалася в жінок із багатоплідною вагітністю, у яких використано етапи комбінованої гормональної корекції та контролювану індукцію овуляції, і становила 31,88 ± 3,68 %.

Необхідно відмітити, що в жінок із лікуваною неплідністю вже в першій половині вагітності діагностувалася первинна плацентарна недостатність, причому втричі частіше в жінок із неплідністю на тлі первинної ендокринної дисфункції, у яких використано етапи комбінованої гормональної корекції та контролювану індукцію овуляції (35,00 ± 3,77 % проти 13,33 ± 2,53 %; $p < 0,05$). Після 20 тижнів вагітності в даній категорії жінок також характерним є значимий відсоток недоношування вагітності, в основному за рахунок недиагностованої істміко-цервікальної недостатності (ІЦН), а також плацентарної дисфункції. Наші дані також узгоджуються з опублікованими літературними повідомленнями, у яких указано, що до 30 % випадків загрози переривання вагітності в II триместрі перебігають із клінічною картиною ІЦН, своєчасна та рання діагностика якої можлива з допомогою УЗД та подальшої хірургічної корекції шийкової недостатності. Порівняльна оцінка значимості діагностичних критеріїв ІЦН була проведена на основі аналізу завершення вагітності в пацієнтів дослідних груп. У вагітних I дослідної групи ознаки ІЦН діагностували в 3 рази частіше (11 пацієнтів, або 27,2 %, проти 5 — 10,4 %), що забезпечило оптимальні терміни діагностики та хірургічної корекції.

Як свідчать дані проведених досліджень, критичне значення довжини шийки матки у групі ризику за розвитком передчасних пологів становить від 15 до 25 мм. Важливим критерієм прогнозування передчасних пологів у жінок є розкриття внутрішнього зіву більше ніж 6 мм та шийковий індекс, що показали доцільність занесення вагітних із багатоплідною вагітністю в групу високого ризику щодо прогресування невиношування вагітності при шийковому індексі менше ніж 50 %, що переважало в I дослідній групі — $22,22 \pm 3,10$ % проти $20,63 \pm 3,20$ %. Ще одним із показників повноцінності шийки матки є величина заднього кута, що не повинен перевищувати 80° у II триместрі вагітності.

У III триместрі вагітності зростає відсоток таких ускладнень, як преєклампсія різного ступеня тяжкості, у тому числі тяжких атипичних форм, які переважали в I дослідній групі та становили $17,82 \pm 3,81$ % проти $13,48 \pm 3,62$ %.

При аналізі стану дітей, народжених такими матерями, від гіпоксії різного ступеня тяжкості страждає кожна третя дитина. Ознаки внутрішньоутробної гіпотрофії виявлені в кожного п'ятого новонародженого, матері яких лікувалися з використанням ДРТ, та в третини дітей від матерів із неплідністю. Причиною внутрішньоутробного страждання плода є не тільки безпосередній вплив порушеного гормонального фону на органи й тканини плода в поєднанні з можливим антенатальним інфікуванням, але й раннє формування плацентарної недостатності та ІЦН.

Висновки

Таким чином, результати проведених клініко-статистичних досліджень свідчать про те, що ускладнений перебіг багатоплідної вагітності пов'язаний із гормональним навантаженням, плацентарною недостатністю, своєчасно не діагностованою ІЦН.

Наші дослідження показали, що всі пацієнти з багатоплідною вагітністю потребують більш ретельного спостереження до 11–12 та в 16–18 тижнів вагітності, коли повинен проводитися гормональний моніторинг, своєчасна діагностика ІЦН методом трансвагінальної ехографії, що дозволить знизити частоту мимовільного переривання вагітності в пізні терміни, показники перинатальної захворюваності й смертності.

Усім жінкам із багатоплідною вагітністю в терміні 26–28 та 32–34 тижні потрібно проводити профілактику порушень, оскільки в цей період має місце максимальне підвищення судинного опору у фетоплацентарному комплексі.

При ретельному спостереженні та своєчасній корекції ускладнень можливий сприятливий перебіг вагітності й народження здорової дитини в даного контингенту вагітних.

Список літератури

1. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В. Клініко-статистичні риси багатопліддя на сучасному етапі // Вісник наукових досліджень. — 2005. — № 2. — С. 10-13.
2. Голота В.Я., Бенюк С.В., Тагайчинова С.В. Ультразвукова діагностика в прогнозуванні перебігу вагітності та пологів при багатоплідді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2005. — № 1. — С. 83-85.
3. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия. — М.: МИА, 2002. — 782 с.
4. Романенко Т.Г., Завадская О.Ю. Особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности // Репродуктивное здоровье женщины. — 2004. — № 1(17). — С. 67-69.
5. Ткаченко А.В. Перебіг та наслідки багатоплідних гестацій у порівняльному аспекті // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2005. — № 3. — С. 89-95.

Отримано 13.12.13 □

Бойчук А.Г., Вакалюк Л.М., Дрогомирецький Л.В., Любинець В.А., Юнгер В.И.
Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Резюме. Цель — изучить анамнестические особенности, частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин с многоплодной беременностью после вспомогательных репродуктивных технологий.

Материал и методы. Проанализированы амбулаторные карты беременных и истории родов 80 женщин с многоплодной беременностью после вылеченного бесплодия (40 женщин — лечение с помощью IVF, 40 — гормональная коррекция) и 30 женщин контрольной группы. Изучали анамнестические данные, течение беременности, данные гормонального профиля, содержание плацентарных белков, результаты ультразвукового исследования, состояние новорожденных.

Результаты. Установлено, что у женщин с многоплодной беременностью после применения вспомогательных репродуктивных технологий регистрировались в анамнезе беременности с негативными последствиями; искусственные аборт в анамнезе — у 12,22 % женщин с излеченным вторичным бесплодием, по-

ловина которых осложнилась воспалением; бактериальный вагиноз — в 41,67 % случаев; вдвое чаще воспаление внутренних гениталий; угроза прерывания беременности в первом триместре — у 31,88 % женщин, первичная плацентарная дисфункция — чаще в 2,63 раза ($p < 0,05$); истмико-цервикальная недостаточность — чаще в 2,62 раза, шеечный индекс менее 50 % — в 22,22 % случаев; преэклампсия — чаще в 1,32 раза. У детей, рожденных от таких матерей, в три раза чаще встречается гипоксия, а внутриутробная гипотрофия — у каждого пятого ребенка.

Выводы. Осложненное течение беременности после вспомогательных репродуктивных технологий связано с осложненным гинекологическим анамнезом, гормональной нагрузкой, плацентарной дисфункцией, своевременно не диагностированной истмико-цервикальной недостаточностью.

Ключевые слова: многоплодная беременность, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, анамнез, течение беременности, состояние новорожденных.

Boychuk A.G., Vakalyuk L.M., Drogomyretsky L.V., Lyubinets V.O., Junger V.I.
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

FEATURES OF COURSE OF MULTIPLE PREGNANCY AFTER APPLICATION OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Summary. Objective — to study medical history, incidence of obstetric and perinatal complications in women with multiple pregnancy after assisted reproductive technologies.

Material and Methods. Medical charts and labor and delivery records of 80 women with multiple pregnancy after cured infertility (40 women — treatment with IVF, 40 — hormonal correction) and 30 women in the control group were analyzed. Medical history, course of pregnancy, hormonal profile data, the content of placental proteins, the results of ultrasound, neonates' state were studied.

Results. It is found that women with multiple pregnancies after assisted reproductive technologies had medical history of pregnancy with negative consequences; induced abortion history — in 12.22 % of women with cured secondary infertility, half of which was complicated by inflammation, bacterial vaginosis — in 41.67 % of cases;

twice as likely inflammation of internal genitalia; threatened miscarriage in the first trimester — in 31.88 % of women, the primary placental dysfunction — 2.63 times more often ($p < 0.05$); cervical incompetence — 2.62 times more often; cervical index less than 50 % — in 22.22 % of cases; preeclampsia — 1.32 times more often. Children born to such mothers are three times more common hypoxia and intrauterine malnutrition — in every fifth child.

Conclusions. Complications of pregnancy after assisted reproductive technologies is associated with complicated gynecological history, hormonal stress, placental dysfunction, not promptly diagnosed cervical incompetence.

Key words: multiple pregnancy, infertility, assisted reproductive technologies, medical history, course of pregnancy, neonates' state.