

guidelines // MMWR, 4. – 2006. – V. 55, № 10–11. – 194 p.

39. Cytomegalovirus infection of the placenta: an immunocitochemical study / K. Muhleman, R. R. Miller, L. Metlay, M. A. Meneque // Hum. Pathol.– 1992.– Vol. 23.– P. 1234-1257.

40. Clinical and laboratory findings of cytomegalovirus infection in 115 hospitalised non-immunocompromised adults / Bonnet F., Naeu D., Viillard J.F. et al. // Ann. Med. Interne.– 2001.– Vol. 152 (4).– P. 227-235.

41. Elliot W. G. Placental toxoplasmosis: report of a case // Am. J. Clin. Pathol.– 1970.– Vol. 53.– P. 413-417.

42. Faye-Petersen Ona Marie, Heller D., Joshi V. Handbook of Placental Pathology. Second Edition.– London – New York: Taylor & Francis, 2006.– 328 p.

43. Ho M. Cytomegalovirus: Biology and infection. 2nd ed. New York: Plenum, 1991.– 440 p.

44. Kaplan C. Color Atlas of Gross Placental Pathology. Second Edition.– New York: Springer, 2007.– 126 p.

45. Nemir R. J., Hare D. Congenital tuberculosis. Review and diagnostic guidelines // Am. J. Dis. Child.– 1985.– Vol. 139.– P. 284-287.

46. Ormerod P. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium // Thorax.– 2001.– Vol. 56.– P. 494-499.

47. Swartz D.A., Caldwell E. Herpes simplex virus infection of placental associated tissues // Arch. Pathol. Lab. Med.– 1991.– Vol. 115, №11.– P. 1141-1144.

48. Wong S, Remington J.S. Toxoplasmosis in pregnancy // Clin. Infect. Dis.– 1994.– №18.– P. 853-862.

49. www.moz.gov.ua

УДК 618.3-06:616.155.194.8-085

А.В. Бойчук, О.І. Хлібовська, А.Ю. Франчук, В.В. Сопель, В.І. Коптюх, В.С. Шадріна, Б.М. Бегош
ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ У ЖІНОК ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДДЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ У ЖІНОК ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДДЯ. У статті описано комплексне обстеження перебігу вагітності, родів та стану жінок, які народили завагітнівши після консервативного чи оперативного лікування непліддя. Результати досліджень свідчать про зниження інтенсивності зростання біометричних показників плода, збільшення частоти ультразвукових критеріїв фетоплацентарної недостатності. Запропонована комплексна терапія покращує внутрішньоутробний стан плода, що значно знижує частоту акушерських і перинатальних ускладнень.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ. В статье описано комплексное обследование хода беременности, родов и состояния родивших женщин, которые забеременели после консервативного или оперативного лечения бесплодия. Результаты исследований свидетельствуют о снижении интенсивности роста биоматематических показателей плода, увеличения частоты ультразвуковых критериев фетоплацентарной недостаточности. Предложенная комплексная терапия улучшает внутриутробное состояние плода, что значительно снижает частоту акушерских и перинатальных осложнений.

PREGNANCY AND LABOR IN WOMEN AFTER TREATMENT OF INFERTILITY. The complex examination of pregnancy course labor, and state of women of new-borns which became pregnant after conservative or operative treatment of infertility. The results of researches testify to the decline of intensity of growth of biometrical indices of fetus, increase of frequency of ultrasonic criteria of fetoplacental insufficiency. It was offered complex therapy that improves the intrauterine state of fetus, that considerably reduces frequency of obstetric and perinatal complications.

Ключові слова: непліддя, вагітність, фетоплацентарна недостатність.

Ключевые слова: бесплодие, беременность, фетоплацентарная недостаточность.

Key words: infertility, pregnancy, fetoplacental insufficiency.

ВСТУП. Репродуктивне здоров'я жінок – важлива передумова сприятливих перспектив кожної нації. Демографічна ситуація останніх років диктує необхідність розглядати поліпшення надання медич-

ної допомоги при лікуванні неплідності як пріоритетне медико-соціальне завдання [1, 2, 4]. Застосування багатокомпонентних засобів консервативної терапії, впровадження в клінічну практику методів

ендоскопічної і реконструктивної мікрохірургії, досягнення сучасної клінічної фармакології в галузі нейроендокринних взаємозв'язків підвищило ефективність комплексного лікування непліддя [1, 2, 7, 8]. Актуальною залишається проблема ведення вагітності та пологів у жінок після лікування непліддя. Етіопатогенетичні чинники, які спричиняють непліддя, не можуть суттєво впливати на перебіг вагітності та пологів і стан новонародженого.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу перебігу вагітності, стану фетоплацентарного комплексу, пологів у жінок після корекції непліддя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. В ході роботи нами було досліджено 109 клінічних випадків перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду й стану новонароджених. Обстежуваних вагітних було поділено на три групи. Першу групу склали 30 жінок, які завагітніли після консервативного лікування непліддя, другу – 29 жінок, у яких вагітність наступила протягом 1-2 років після лапароскопічної корекції непліддя. Контрольну третю групу склали 50 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності віком 20-26 років без соматичної та акушерської патології.

Вагітні знаходились під динамічним спостереженням лікарів жіночої консультації. Вагітних першої та другої груп в критичні терміни, при ознаках загрози переривання та за 3 тижні до пологів госпіталізували. Всі вагітні обстежували першої та другої груп отримували утрожестан в добовій дозі 200 мг, прегнавіт, вітамін Е в добовій дозі 100 мг, магне-В6. Утрожестан – єдиний натуральний мікронізований прогестерон для перорального та вагінального застосування, ідентичний ендogenous прогестерону, безпечний для вагітної та плода, забезпечує повну секреторну трансформацію ендометрія, виявляє токолітичну активність, відсутня затримка рідини в організмі, відсутня дія на масу тіла.

Ультразвукове обстеження плода проводили відповідно до протоколів МОЗ. Проводили скринінгове ультразвукове обстеження та динамічне спостереження за внутрішньоутробним розвитком плода. Визначали наступні біометричні показники: біпаріетальний розмір (БПР), лобно-потиличний розмір, окружність живота (ОЖ), окружність грудної клітки, довжину стегна. Визначали величину співвідношення БПР до ОЖ. При плацентографії оцінювали локалізацію плаценти, товщину її та ступінь зрілості. При огляді оцінювали рухову активність плода, його біофізичний стан за методикою А. Vintzeleos et al. [2, 4]. Після 30 тижнів стан внутрішньоутробного плода оцінювали за тестами його рухів, даними кардіотокографічного (КТГ) моніторингу. В динаміці проводили доплерометричне дослідження з визначенням кровотоку в артеріях пуповини з розрахунком систоло-діастолічного відношення, індексу судинного опору, пульсаційного індексу та індексу резистентності. Проводили аналіз перебігу пологів, післяпологового періоду та стану новонароджених. При пологах проводили постійне кардіотокографічне моні-

торування. При виявленні відхилень –УЗД з визначенням біофізичного стану плода та доплерометрія.

Морфологічну структуру плаценти вивчали за допомогою гістологічних методів.

Отримані результати обробляли згідно з методами медичної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. На основі проведеного аналізу результатів перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених виявлено наступні результати. Вагітність ускладнилась загрозою переривання у 22,5 % обстежуваних другої групи, 28,8 % у вагітних першої групи в різні терміни, плацентарною недостатністю у 34,3 % в першій та 38,9 % в другій. При УЗД відмічалось достовірне зменшення окружності живота плода порівняно з контрольною групою. У 3,5 % першої групи діагностовано гіоплазію плаценти, у 66,6 % виявлено передчасне дозрівання плаценти, знижену рухову активність плода виявлено у 55,6 % обстежуваних. Співвідношення БПР/ОЖ у другій групі склало 1,04, в першій групі – 1,03, що свідчить про відставання в розвитку живота при наявності нормальних розмірів голівки і стегна плода. Ця ознака є однією з ранніх діагностичних ознак синдрому затримки розвитку плода.

При ультразвуковій плацентографії у другій групі в 6,5 % випадків діагностовано гіоплазію плаценти, гіперплазію – у 10,02 % , у 56,9 % – передчасне дозрівання плаценти, патологічну незрілість – у 3,7 %, наявність кіст і петрифікатів – у 30,3 %. При оцінці рухової активності плода виявлено знижену рухову активність його у 54,6 % пацієнток.

За час обстеження в першій групі 26 вагітностей закінчились пологами, з них термінові були у 84,1 %. Кесарів розтин проведено у 25 % вагітних. Пологи ускладнились передчасним розривом навколоплідної мембрани у 19 % обстежуваних, слабкістю пологової діяльності – у 17 %, у 3 % – при пологах діагностовано гострий дистрес плода, і пологорозрішено операцією кесаревого розтину.

За час обстеження у другій групі 25 вагітностей закінчились пологами, з них термінові були у 87,1 %, передчасні – у 9,2 %. Кесарів розтин проведено у 45 % вагітних. Пологи ускладнились передчасним розривом навколоплідної мембрани у 22 % обстежуваних, слабкістю пологової діяльності – у 8 %.

Новонароджених на першій хвилині життя оцінено за шкалою Апгар наступним чином: у першій групі – (8,02±0,12) балів, у другій групі – (7,92±0,11) бали та у контролі – (8,88±0,10) бали, а на 5 хв – (8,86±0,13) та (8,42±0,31) балів відповідно. Зниження оцінки за шкалою Апгар було переважно за рахунок рефлексів, кольору шкіри, м'язового тону, що вказувало на порушення компенсаторних та адаптаційних можливостей новонароджених від матерів, які лікувались від непліддя. Середня маса новонароджених від матерів першої групи склала (2660±140) г другої групи – (2860±150) г та (3150±120) г в контролі, зріст дорівнював відповідно (46,2±0,3), (48,3±0,6) та (50,7±0,5) см.

ВИСНОВКИ Жінки, у яких вагітність наступила після лікування непліддя, складають групу ризику із перинатальних втрат.

Таким чином, своєчасна діагностика та проведення комплексного лікування вагітних, у яких вагітність наступила після корекції непліддя, дозволило знизити перинатальні втрати. Проведення комплексної оцінки стану плода дозволяє визначити

характер патології, оцінити ризик для плода, вибрати оптимальний метод розродження.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Виявлено велику кількість ускладнень перебігу вагітності у жінок, які лікувалися від непліддя, що потребує подальшого вивчення факторів ризику та розробки ефективного ведення вагітності та пологів з метою профілактики та ранньої діагностики дисфункції плаценти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Черни А.Х., Натан Л. Акушерство и гинекология: уч.пособие. –М.: МЕДпрессинформ, 2008. – Т.1. – 777 с.
2. Воскресенський С.Л. Оценка состояния плода: кардиотокография, биофизический профиль плода. – Минск: Книжный дом, 2004. – 303 с.
3. Энкин М., Кейс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. – СПб., 2003. – С. 112-113.
4. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалёва Т.Г. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение: учебное пособие. –СПб.: Нормед-Издат, 2000. – 32 с.
5. Вдовиченко Ю.П., Шадлун Д.Р., Бобова М.В. та ін. Розродження жінок з неплідністю в анамнезі // ПАГ. – 1999. – № 1. – С. 109-113.
6. Стрижаков А.И., Здановский В.М., Мусаев З.М. и др. Беременность после экстракорпорального оплодотворения: течение, осложнения, исходы // Акуш. и гинекология. – 2001. – № 1. – С. 20-23.
7. Наказ МОЗ України від 15 грудня 2003 року №582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської і гінекологічної патології».
8. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2003 року №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».