

# Особливості перебігу неонатального періоду і ранньої адаптації новонароджених від породілей після використання допоміжних репродуктивних технологій

**Я.А. Рубан**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Аналіз стану і ранньої адаптації новонароджених від породілей після допоміжних репродуктивних технологій показав, що перинатальні результати в основній групі і в групі порівняння мають деякі відмінності, які залежать від вираженості початкових патологічних змін, від варіанта лікування безпліддя, від компенсації екстрагенітальної патології, а також від тактики ведення вагітності, зокрема, від обґрунтованого вибору схем гормональної підтримки.

**Ключові слова:** допоміжні репродуктивні технології, неонатальний період, адаптація новонароджених.

Частота безплідних шлюбів у третьому тисячолітті збільшилася до 20% і має тенденцію до подальшого зростання [1, 2]. У зв'язку із цим, сучасні репродуктивні технології дозволяють сьогодні вирішити проблему безпліддя родинним парам з низькими показниками репродуктивного здоров'я [3, 4]. Проте, невдалі спроби допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), збільшення частоти втрат бажаної вагітності призводять до вимушеної зміни гормонального фону і зниження імунітету [5, 6]. До того ж, більшість жінок, маючи спочатку виражені порушення в репродуктивній сфері, не здатна без кваліфікованої медичної допомоги виносити вагітність і до 40% маткових вагітностей не вдається врятувати [1–6].

Вагітності, що настали в результаті ДРТ, мають більшу частку невиношування, багатоводдя, ризику формування вад розвитку плода, підвищений інфекційний індекс [1, 2] і, що вкрай важливе, формування плацентарної дисфункції, що впливає на перинатальне благополуччя, а переходячи в гостру клінічну форму загрожуючи життю матері і дитини [3, 6].

Незважаючи на значне число наукових публікацій, присвячених проблемі вагітності і пологів після ДРТ, не можна вважати всі питання повністю вирішеними. На наш погляд, в першу чергу, це стосується особливостей перебігу неонатального періоду і ранньої адаптації новонароджених від породілей після ДРТ, чому і присвячено дане наукове дослідження.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу роботи покладено комплексне обстеження 100 вагітних після ДРТ і їхніх новонароджених (основна група). Групу порівняння склали 50 жінок аналогічного віку, в яких вагітність настала природним чином.

Середній вік вагітних у групах після ДРТ склав  $29,0 \pm 4,1$  року і  $33,1 \pm 3,3$  – для чоловіків. Тривалий безплідний період призводить до того, що упускається найбільш сприятливий вік для настання вагітності, і вона настає в пізній репродуктивний період на тлі соматичних і гінекологічних захворювань, що накопичилися.

У комплекс проведених досліджень були включені

клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні і ендокринологічні.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для розвитку плода велике значення має стан материнського організму. Наявність тривалого безпліддя в анамнезі, вік подружньої пари старше 30–35 років, соматична обтяженість, високі гормональні навантаження у пацієнток після ДРТ само по собі вже визначає високий ризик розвитку перинатальної патології новонароджених. Порушення діяльності ендокринної й інших функціональних систем організму матері сприяє розвитку ускладнень вагітності і пологів [4]. У зв'язку з цим, субкомпенсація ендокринної патології зумовлює розвиток первинної і вторинної плацентарної дисфункції. Хронічна плацентарна дисфункція зумовлює не лише затримку морфологічного дозрівання плода, але і порушення процесів адаптації з відставанням формування тонічних і рефлекторних реакцій [2]. У даний час серед педіатрів усього світу немає єдиної думки про вплив процедури ДРТ на здоров'я і можливості розвитку серйозної патології у дітей в майбутньому. Вітчизняна і зарубіжна література містить суперечливі дані з цього приводу [6]. Негативний вплив ДРТ, на думку деяких авторів, мотивується вищим відсотком недоношеності, найчастіше зумовленого наявністю багатопліддя, частішого, ніж в популяції, зустрічається затримка розвитку плода, плацентарною дисфункцією і гестозом. У таких дітей значно частіше реєструється перинатальне ушкодження ЦНС (87,2%), народжені аномалії розвитку, скелетно-м'язові дефекти і навіть психічні порушення [1]. Оцінювання стану новонароджених було проведене і в нашій роботі.

Склад новонароджених в основній групі і групі порівняння був порівняний за статтю і віком, у 150 вагітних обстежених груп народилися живими 128 дітей. У групі порівняння народилися 25 хлопчиків і 34 дівчинки, а в основній групі 33 хлопчики і 36 дівчаток. З них доношеними (термін гестації 38–40 тиж) в основній групі були 65 (94,3%) дітей, в групі порівняння 35 (59,1%) дітей ( $p < 0,05$ ). Стан новонароджених при народженні оцінювали за шкалою Апгар. Середня оцінка на 1-й і 5-й хвилині розрізнялася і склала в основній групі  $6,8 \pm 0,1$ , на 5-й хвилині  $8,1 \pm 0,1$ ; у групі порівняння –  $6,4 \pm 0,2$ , на 5-й хвилині –  $7,5 \pm 0,1$  бала ( $p < 0,05$ ). При аналізі стану новонароджених за шкалою Апгар встановлено, що в групі порівняння більше 50% новонароджених мали на 1-й хвилині оцінку менше 7 балів, причому в 3 випадках – менше 4 балів. На 5-й хвилині в групі порівняння достовірно більшою була кількість дітей з оцінкою менше 7 балів в порівнянні з основною групою (16,9% в порівнянні з 2,9%) ( $p < 0,001$ ). На 1-й хвилині

стан новонароджених у балах було оцінено як задовільний (більш 8–10 балів) в основній групі в 53 (76,1%), в групі порівняння в 21 (35,5%) ( $p < 0,001$ ). Важке перебування на 1-й хвилині (4 бали і менше) було діагностоване лише в групі порівняння в 3 (5,2%) новонароджених, що зумовлене недоношеністю, гіпоксією і функціональною незрілістю органів і систем.

Середня маса тіла доношених новонароджених у пацієнток основної групи склала  $3174,1 \pm 64,3$  г, довжина  $50,9 \pm 0,3$  см, у жінок групи порівняння –  $2930 \pm 72,6$  г,  $50,5 \pm 0,5$  см ( $p = 0,002$ ). Народження дітей з масою тіла менше 2500 г склало в групі порівняння 11 (18,3%), в основній групі – 2 (2,8%), причому ці діти були недоношеними ( $p < 0,001$ ). Синдром затримки розвитку плода за гіпотрофічним типом був діагностований в 14 (23,3%) новонароджених групи порівняння і у 10 (14,9%) у основній групі ( $p < 0,05$ ). Це можна пояснити раннім розвитком плацентарної дисфункції в групах дослідження і наявністю високого рівня екстрагенітальної патології.

Симптоми дезадаптації були виявлені в новонароджених усіх груп, проте достовірно частіше вони зустрічалися у пацієнток групи порівняння. Спектр неврологічних розладів в неонатальний період у дітей в досліджуваних групах був досить широкий, найчастіше реєструвалося пошкодження гіпоксії головного мозку. Для дослідження стану ЦНС в новонароджених були застосовані нейросонографія, транскраніальна доплерографія. Отже, діти після ДРТ гірше адаптовані до позаутробного життя, проте більше страждають новонароджені групи порівняння. У таких дітей за рахунок вираженої недоношеності – 25,0% і 5,5% ( $p < 0,001$ ), морфо-функціональної незрілості – 23,3% і 14,7% ( $p < 0,05$ ), вищої частоти народження в групі порівняння дітей з гіпотрофією – 23,3% і 14,7%, з асфіксією середнього і важкого ступеня – 15,1% і 2,8% визначили вищу частоту виявлення неврологічних порушень, ніж в основній групі. Неповноцінність системи гомеостазу виявляли у вигляді гіпербілірубінемії (рівень білірубину вище 200 ммоль/л) без розвитку гемолітичної хвороби і була відзначена у

26 (44,7%) новонароджених групи порівняння та у 25 (36,7%) новонароджених основної групи. Гіпербілірубінемія зберігалася до дня виписки з пологового будинку в групі порівняння у 17 (28,5%) дітей, в основній групі – у 12 (17,2%). Цей факт може насторожувати в плані подальшого розвитку патології гепатобіліарної системи або серйознішого пошкодження ЦНС.

Частота вроджених вад розвитку (ВВР) не відрізняється від середніх показників з виявлення ВВР у новонароджених в популяції. У 1 (1,4%) дитини основної групи і у 3 (5,1%) групи порівняння були діагностовані ВВР; у 2 (3,3%) дітей групи порівняння природжена плоскостопість і в 1 (1,4%) синдром кривоший.

Нам представилося цікавим порівняння виявлених в II триместрі вагітності маркерів хромосомних аномалій (МХА) за даними УЗД з ВВР, діагностованими після народження. У основній групі були виявлені наступні МХА: у 5 (7,6%) випадках – амніотичні тяжі, в 2 (2,8%) – пієлектазія, в 1 (1,44%) – «гольфійний» м'яч. Проведення реанімаційних заходів було потрібно новонародженим в групі порівняння 9 (13,4%) і 5 (8,2%) в основній групі ( $P < 0,05$ ). На 5–7-у добу з відділення новонароджених були виписані додому 101 з 128 дітей пацієнток після ДРТ, а 2 дітей (2,8%) з основної групи і 25 (42,2%) з групи порівняння були переведені до інших медичних закладів або в інші відділення на другий етап виходжування ( $p < 0,001$ ).

## ВИСНОВКИ

Таким чином, аналіз стану і ранньої адаптації новонароджених від породілей після допоміжних репродуктивних технологій показав, що перинатальні результати в основній групі і групі порівняння мають деякі відмінності, які залежать від вираженості початкових патологічних змін, від варіанта подолання безпліддя, від компенсації екстрагенітальної патології і, звичайно ж, від ведення вагітності, зокрема, від обгрунтованого вибору схем гормональної підтримки.

## Особенности течения неонатального периода и ранней адаптации новорожденных от родильниц после использования вспомогательных репродуктивных технологий Я.А. Рубан

Анализ состояния и ранней адаптации новорожденных от родильниц после вспомогательных репродуктивных технологий показал, что перинатальные исходы в основной группе и группе сравнения имеют некоторые различия, которые зависят от выраженности исходных патологических изменений, от варианта лечения бесплодия, от компенсации экстрагенитальной патологии, а также от тактики ведения беременности, в частности, от обоснованного выбора схем гормональной поддержки.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, неонатальный период, адаптация новорожденных.

## Features of current neonatal period and early adaptation of newborns from women in childbirth after auxiliary reproductive technologies J.A. Ruban

The analysis of a condition and early adaptation of newborns from women in childbirth after auxiliary reproductive technologies has shown that perinatal outcomes in the basic group and comparison group have some distinctions which depend on expressiveness of initial pathological changes, from a variant of treatment of barrenness, from indemnification extragenital pathologies, and also from tactics of conducting pregnancy, in particular from a well-founded choice of schemes of hormonal support.

**Key words:** auxiliary reproductive technologies, neonatal period, adaptation of newborns.

## Сведения об авторе

Рубан Яна Антоновна – Акушерско-гинекологическая клиника «Исида», 03126, г.Киев, бульв. Ивана Лепсе, 65; тел.: (067) 246-80-89. E-mail: yanaruban@bigmir.net

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодный брак: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Гэотар-медиа, 2005. – 611 с.
2. Бурдули Г.Н. Репродуктивные потери / Г.Н. Бурдули, О.Г. Фролова / – М.: «Триада –Х», 2007. – 188 с.
3. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 4. – С. 147–149.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного

здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2007. – № 5. – С. 2–6.

5. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / В.И. Грищенко, Н.И. Ко-

зуб, А.И. Довгаль // Междунар. мед. журнал. – 2007. – № 2. – С. 34–37.

6. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения / Н.А. Данкович // Семейная медицина. – 2005. – № 1. – С. 10–13.

Статья поступила в редакцию 12.03.2014