

УДК 618.3-06 + 618.177 + 616-08 + 615.25 + 612.621.31

©А. Г. Бойчук, О. М. Макарчук, О. М. Островська, В. І. Юнгер, С. Р. Жукович
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З НЕПЛІДДЯМ,
ЛІКОВАНИМ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ
ТЕХНОЛОГІЙ**

Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З НЕПЛІДДЯМ, ЛІКОВАНИМ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ. У вирішенні проблеми неплідного шлюбу в усіх розвинутих країнах світу все більшого значення набуває метод екстракорпорального запліднення (IVF), а особливого значення заслуговує питання багатопліддя [1,2]. Частота настання вагітності після ЕКЗ-ПЕ знаходиться у межах 20-30 %, а жива дитина народжується тільки в 65-70 % індукованих вагітностей. За даними літератури, серед вагітностей, які наступили в результаті IVF, 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, підвищений відсоток котрих має місце при використанні всіх видів допоміжних репродуктивних технологій [2]. Частота багатоплідної вагітності не змінюється впродовж багатьох років на рівні 20-30 %. При багатоплідній вагітності народжуються діти із низькою вагою тіла, зростає кількість передчасних пологів, перинатальна патологія та смертність [4,5]. Разом з тим виникли і нові наукові питання стосовно особливостей клінічного перебігу гестаційного періоду у жінок з багатоплідною вагітністю [3]. В переліку виникаючих завдань особливе місце належить питанню передчасного переривання вагітності у жінок даної групи. Це пов'язано не тільки з поліетиологічністю мимовільного переривання вагітності і передчасних пологів у загальній популяції населення, а також із рядом специфічних умов, що мають місце, у жінок з багатоплідною вагітністю після IVF.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ЛЕЧЕННЫМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ. В решении проблемы бесплодного брака во всех развитых странах мира все большее значение приобретает метод экстракорпорального оплодотворения (IVF), а особое значение заслуживает вопрос многоплодия [1,2]. Частота наступления беременности после ЭКО-ПЭ находится в пределах 20-30%, а живой ребенок рождается только в 65-70% индуцированных беременностей. По данным литературы, среди беременностей, которые наступили в результате IVF, 35% являются многоплодными [3]. При этом в 24-28% случаев отмечено двойни, в 4-6% - тройни, у 0,6% - больше плодов. Риск нарушения гестационного процесса возрастает при многоплодной беременности, повышен процент которых имеет место при использовании всех видов вспомогательных репродуктивных технологий [2]. Частота многоплодной беременности не меняется на протяжении многих лет на уровне 20-30%. При многоплодной беременности рождаются дети с низким весом тела, растет количество преждевременных родов, перинатальная патология и смертность [4,5]. Вместе с тем возникли и новые научные вопросы относительно особенностей клинического течения гестационного периода у женщин с многоплодной беременностью [3]. В перечень возникающих задач особое место принадлежит вопросу преждевременного прерывания беременности у женщин данной группы. Это связано не только с полиэтиологичностью самопроизвольного прерывания беременности и преждевременных родов в общей популяции населения, а также с рядом специфических условий, имеющих место, у женщин с многоплодной беременностью после IVF.

PECULIARITIES IN THE COURSE OF MULTIPLE PREGNANCY IN WOMEN WITH INFERTILITY TREATED IZZ ASTOSUVANNYAM ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES. In addressing the barren marriage in all developed countries is becoming increasingly important method of in vitro fertilization (IVF), a particularly important issue deserves bahatopliddy [1,2]. The frequency of pregnancy after IVF-PE is within 20-30%, and a live child is born only in 65-70% of induced pregnancies. According to the literature, among pregnancies that were followed as a result of IVF, 35% are multiple [3]. In this case, 24-28% of twins seen in 4-6% - triplets in 0.6% - more fruit. The risk of violation of gestational process increases in multiple pregnancies, an increased percentage of which takes place when using all types of assisted reproductive technologies [2]. The frequency of multiple pregnancy is not changed for many years at 20-30%. In multiple pregnancies born children with low body weight, increasing the number of premature births, perinatal pathology and mortality [4,5]. At the same time and have new scientific questions about the clinical course gestational period in women with multiple pregnancy [3]. The list of emerging problems a special place belongs to the issue of premature termination of pregnancy in women of this group. This is due not only to poliethiolohichnistyu spontaneous abortion and premature births in the general population of the population, as well as a number of specific conditions that occur in women with multiple pregnancy after IVF.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, непліддя, недоношування.

Ключевые слова: многоплодная беременность, бесплодие, недонашивание.

Key words: multiple pregnancy, infertility, nedomoshuvannya.

ВСТУП. Все вище викладене обумовлює актуальність та визначає мету дослідження, яка полягає в зниженні частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з багатоплідною вагітністю, що наступила внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, на підставі вивчення особливостей форму-

вання та функціонального стану фетоплацентарного комплексу і мікробіоценозу статевих шляхів, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Для виконання поставленого завдання було проведено

клініко- пара клінічний аналіз амбулаторних карт вагітних та історій пологів 120 жінок з багатоплідною вагітністю, які були розподілені на дві основні дослідні групи: I група 40 жінок з тривало лікованим непліддям, включених у програму IVF, з них двійні – 34 (85,0 ± 5,65) %, трійні – 5 (12,78 ± 5,23) %, четверня – 1 (2,50 ± 2,47) %, II група – 40 жінок з непліддям на тлі первинної ендокринної дисфункції, де використано етапи комбінованої гормональної корекції та контролювану індукцію овуляції, з них всі жінки з двійнею. Зазначені групи пацієнток порівнювалися між собою та з контрольною групою жінок (20 осіб), з спонтанною БВ, вагітність у яких протікала без клінічної картини гестаційних ускладнень.

В пограмі дослідження проводили оцінку особливостей вмісту основних гормональних чинників і плацентарних білків у динаміці гестаційного процесу.

Крім того, вивчали характеристику даних трансвагінальної ехографії. В процесі ультразвукового дослідження визначалась довжина шийки матки, діаметр внутрішнього зіву, а також величина заднього кута шийки матки та розраховувався шийковий індекс.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Як відомо, вагітність і пологи при багатоплідній вагітності частіше протікають з акушерськими та перинатальними ускладненнями.

Основна кількість обстежених знаходилась у віці від 30 до 45 років, що відповідає найбільш активному періоду репродуктивної функції молодшої жінки. При аналізі вікових особливостей встановлено, що у I групі достовірно більша кількість (50,0±3,73) % жінок попадає в прогностично несприятливі вікові групи – понад 35 років (p? 0,05).

Слід відмітити, що у групі із заплідненням *in vitro* пацієнток старших 40 років було (5,0±1,62) %. У даній категорії жінок фертильна функція в основному обмежена віком 45 років та значимо змінені гормональні показники, тому вони потребують особливого підходу відносно застосування гормональних препаратів при підготовці та під час вагітності. Крім того, виношування вагітності у даній категорії пацієнтів також поєднується з певними труднощами.

Результати вивчення анамнестичних даних показали, що важливе значення відіграють особливості 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 самовільних абортів та перенесених в анамнезі оперативних втручань на органах малого тазу, 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 з вторинною непліддністю були штучні аборти в ранні терміни, при цьому у кожній другій жінки аборт ускладнювався запальним процесом. Слід зазначити, що у групах жінок з непліддям, включених в програму IVF, оперативні втручання в анамнезі на репродуктивних органах зустрічалися вдвічі частіше (p? 0,05). Найбільш розповсюдженим видом оперативного втручання у обстежених вагіт-

них були роз'єднання злук, операції на маткових трубах, в тому числі з приводу позаматкової вагітності. Як відомо з даних літератури, численні оперативні втручання на додатках створюють передумови для розвитку гормональної дисфункції та зниження оваріального резерву у даній категорії пацієнток.

Найбільш розповсюдженими варіантами хронічних запальних процесів репродуктивної системи були бактеріальний вагіноз (41,67±3,67) % та запальні захворювання органів малого тазу, які також вдвічі переважали у жінок першої дослідної групи (p<0,05).

У жінок з двійнею нами діагностовано монохоріальний тип плацентації в 22,5 % випадків і дихоріальний тип в 77,5 % в I дослідній групі, тоді як в II дослідній групі переважає монохоріальний тип плацентації в 35,0 % і дихоріальний 65,0 %. Разом з тим у жінок із спонтанною багатоплідною вагітністю дихоріальний тип плаценти спостерігався у всіх вагітних.

Найбільш поширеним ускладненням у досліджуваного контингенту вагітних була загроза переривання вагітності в I триместрі вагітності, яка проявлялась болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів, підвищеним тонусом матки, причому значно частіше ця патологія спостерігалася у жінок з багатоплідною вагітністю, де використано допоміжні репродуктивні технології та становили (72,5±7,06) % відповідно у жінок II дослідної групи, де ви етапи комбінованої гормональної корекції та контролювану індукцію овуляції, і складала (31,88±3,68) % .

Необхідно відмітити, що у жінок із лікованим непліддям уже в першій половині вагітності діагностувалась первинна плацентарна недостатність, причому втричі частіше у жінок з непліддям на тлі первинної ендокринної дисфункції, де використано етапи комбінованої гормональної корекції та контролювану індукцію овуляції ((35,0±3,77)% проти (13,33±2,53) % (p<0,05). Узагальнюючи отримані результати про особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу у II триместрі вагітності, необхідно відзначити, що цей період протікав на фоні виражених дисгормональних і морфологічних змін різного генезу. Крім того, нами діагностовано достовірні зміни з боку плацентарних білків і стану плодів, що вказує на раннє формування ПН при БВ, що є однією з основних причин передчасного переривання БВ та розвитку фето-фетального синдрому та дисоційованого розвитку плодів.

Після 20 тижнів вагітності у даній категорії жінок також характерним є значимий відсоток недоношування вагітності, в основному за рахунок недиагностованої ІЦН, а також плацентарної дисфункції. Наші дані також також узгоджуються з опублікованими літературними повідомленнями, де вказано, що до 30 % випадків загрози переривання вагітності в II триместрі перебігають з клінічною картиною ІЦН, своєчасна та рання діагностика якої можлива з допомогою УЗД та подальшою хірургічною корекцією шийкової недостатності. Порівняльна оцінка значимості діагностичних критеріїв ІЦН була проведена на основі аналізу завершення вагітності у пацієнтів дослідних груп. У вагітних I дослідної групи, ознаки ІЦН діагностувались в 3 рази частіше (11 пацієнтів 27,2% проти 5 випадків

– 10,4 %), що забезпечило оптимальні терміни діагностики та хірургічної корекції [2].

Як свідчать дані проведених досліджень критичне значення довжини шийки матки, в групі ризику по розвитку передчасних пологів складає від 15 до 25 мм. Другим важливим критерієм прогнозування передчасних пологів у жінок є розкриття внутрішнього зіву більше 6 мм, та шийковий індекс, що показало доцільність занесення вагітних з багатоплідною вагітністю в групу високого ризику по прогресуванню невиношування вагітності при шийковому індексі менше 50 %, що переважало в I дослідній групі $22,22 \pm 3,10$ % проти $20,63 \pm 3,20$ % . Ще одним з показників повноцінності шийки матки є величина заднього кута, що має не перевищувати 80° в II триместрі вагітності.

У III триместрі вагітності зростає відсоток таких ускладнень як пре еклампсія різного ступеня тяжкості, тому числі тяжких атипичних форм, які переважали в I дослідній групі та становили $(17,82 \pm 3,81)$ % проти $(13,48 \pm 3,62)$ % , $p < 0,05$.

При аналізі стану дітей, народжених такими матерями, з гіпоксією різного ступеня важкості страждає кожна третя дитина. Ознаки внутрішньоутробної гіпотрофії виявлені у кожного п'ятого новонародженого, матері яких лікувалися з використанням ДРТ та у третини дітей від матерів із непліддям. Причиною внутр-

ішньоутробного страждання плоду є не тільки безпосередній вплив порушеного гормонального фону на органи й тканини плоду в поєднанні з можливим антенатальним інфікуванням але й раннє формування плацентарної недостатності, ІЦН та специфічними ускладненнями БВ.

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

Наші дослідження показали, що всі пацієнти з багатоплідною вагітністю потребують більш ретельного моніторингу в критичні терміни 11-12 та в 16-18 тижнів вагітності в плані гормонального балансу, своєчасній діагностиці ІЦН, що дозволить знизити частоту мимовільного переривання вагітності в пізні терміни показники перинатальної захворюваності і смертності.

При ретельному спостереженні, своєчасній корекції ускладнень можливий благоприємний перебіг вагітності і народження здорової дитини у даного контингенту вагітних.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Перспективним є подальше вивчення особливостей перебігу багатоплідної вагітності, у жінок з непліддям із використанням сучасних репродуктивних технологій та своєчасної діагностики можливих ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

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 опло-

дотворение 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 29.11.11