

## АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

Дубчак А.Є., Мілевський О.В., Дубчак В.Є.\*

## СТАН СИСТЕМИ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД У ЖІНОК, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЬ З ПРИВОДУ НЕПЛІДНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України  
\* Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

СТАН СИСТЕМИ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД У ЖІНОК, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЬ З ПРИВОДУ НЕПЛІДНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ – Комплексне обстеження репродуктивної функції проведено у 46 жінок з неплідністю запального генезу, вивчено перебіг у них вагітності та родів. Всім пацієнткам до вагітності проводилась протизапальна терапія з урахуванням збудників. Пологами завершилась вагітність у 91,4 % обстежених. Відмічена висока питома вага різноманітних ускладнень вагітності. Зокрема, загроза переривання виявлена у 86,1 %, ранній гестоз – у 39,1 %, TORCH-інфекція – у 15,2 % жінок у першій половині вагітності. У другій половині вагітності фетоплацентарна недостатність спостерігалась у 43 % обстежених, пізній гестоз – у 48 %. Проведені дослідження свідчать про необхідність віднесення вагітних жінок після лікування неплідності запального генезу до групи високого ризику. Жінкам, які лікувались з приводу запальних процесів внутрішніх статевих органів до вагітності, необхідно проводити обстеження та лікування з перших термінів вагітності.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ЛЕЧИЛИСЬ ПО ПОВОДУ БЕСПЛОДИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА – Комплексное обследование репродуктивной функции проведено у 46 женщин с бесплодием воспалительного генезиса, изучен ход беременности и родов. Всем пациенткам до беременности проводилась противовоспалительная терапия с учетом возбудителей. Родами завершилась беременность у 91,4 % обследованных. Отмечен высокий удельный вес разнообразных осложнений беременности. В частности, угроза прерывания выявлена у 86,1 %, ранний гестоз – у 39,1 %, TORCH-инфекция – у 15,2 % женщин в первой половине беременности. Во второй половине беременности фетоплацентарная недостаточность наблюдалась у 43 % обследованных, поздний гестоз – у 48 %. Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости причисления беременных женщин после лечения бесплодия воспалительного генезиса к группе высокого риска. Женщинам, которые лечились по поводу воспалительных процессов внутренних половых органов до беременности, необходимо проводить обследование и лечение с первых сроков беременности.

STATE OF THE MATRICE-PLACENTA-FETUS SYSTEM AT WOMEN WHICH TREATED ONESELF CONCERNING NEPILIDNOSTI OF INFLAMMATORY GENESIS – The complex investigation of reproductive function was made for 46 women with sterility caused by inflammation; their pregnancy and delivery peculiarities were inspected. All the women investigated were disposed to antiinflammatory treatment according to the type of pathogene. 91,4 % of examined women had delivery as a result of pregnancy. High position of different pregnancy complications was registered. In detail, threat of fetus wastage was registered in 86,1 %, early gestosis – in 39,1 %, TORCH – in 15,2 % women in the first half of pregnancy. During the second half of pregnancy fetoplacental insufficiency was registred in 43 % of cases, late gestosis – in 48 %. The abovementioned investigation actions testify the necessity of pregnancy women attribution after the antiinflammatory sterility treatment to the group of high risks. Those women, treated previously from inflammations of internal genitals, must be examined thoroughly and cured from the earliest terms of their pregnancy.

**Ключові слова:** запальний генез.

**Ключевые слова:** воспалительный генез.

**Key words:** inflammations genesis.

**ВСТУП** Відновлення репродуктивної функції у жінок після лікування неплідності є актуальною медичною та соціальною проблемою, при вирішенні якої факт запліднення є лише першим кроком, за яким виникають завдання забезпечення виношування вагітності та народження здорової дитини [1, 2, 3]. Різномічні етіологічні фактори, які призводять до неплідності, в подальшому, як правило, негативно впливають на перебіг вагітності, обтяжують пологи [4].

В останні роки зростає роль уrogenітальної інфекції, яка є одним із етіологічних факторів неплідності, ускладненого

перебіг вагітності, післяродового періоду, а також патології плода та новонародженого [5, 6]. Виявлено зростання асфіксії, дітей малої маси тіла, показників перинатальної смертності, затримки внутрішньоутробного розвитку у жінок після лікування неплідності [7, 8]. Останнім часом збільшилась питома вага вагітних жінок, які лікувались з приводу неплідності. Актуальним є вивчення стану мати-плацента-плід у жінок, які лікувались з приводу неплідності на тлі запальних процесів внутрішніх статевих органів.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Клініко-параклінічне обстеження проведено у 46 жінок з неплідністю запального генезу, вивчено перебіг у них вагітності та родів (1 група). Під контролем перебувало 24 вагітні жінки з фізіологічним перебігом вагітності та відсутністю запальних захворювань внутрішніх статевих органів в анамнезі (2 група). Функція фетоплацентарного комплексу оцінювалася за результатами комплексного обстеження вагітних з використанням ультразвукового сканування, кардіотокографії плода, гормонів фетоплацентарного комплексу (прогестерону, естрадіолу, плацентарного лактогену в крові вагітних радіоімунологічним методом із застоюванням діагностичних тест-наборів – Білорусія), бактеріологічного дослідження вмістимого цервікального каналу. Кардіотокографія плода проводилась за допомогою кардіотокографа О.Т.Е. фірми "Biomedica" (Італія) методом безстресового тесту в положенні лежачи на спині. Ультрозвукова фетометрія проводилась на апараті SSD 256 фірми Аюка (Японія).

Для виявлення та верифікації збудників уrogenітальної інфекції нами були використані мікроскопічні, бактеріологічні методи, імуноферментний аналіз на хламідії, цитомегаловірус, полімеразна ланцюгова реакція (лабораторія ДІЛА). Статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою програми Microsoft Excel з використанням критерія Стьюдента.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Середній вік обстежених жінок склав 31,6±3,2 роки. Тривалість неплідності коливалась від 1 до 13 років і в середньому склала 6,5±1,4 роки. Первинна неплідність відмічена у 69 % обстежених. При вивченні особливостей менструальної функції встановлено, що середній вік менархе склав 13,3±0,32 роки. У більшості обстежених жінок (78 %) менструальний цикл встановився відразу, у 16 % – жінок менструальний цикл встановився протягом року, а у 6 % – взагалі не встановився. Початок статевого життя до 15 років відмічали 32 % обстежених, від 16 до 18-59%. При бактеріологічному дослідженні вмістимого цервікального каналу у 89 % жінок виявлені мікроорганізми, з них: золотистий стафілокок у 21 %, стрептокок у 24 %, гриби – у 34 %, клібсієла у 16 %, кишкова паличка у 28 %, гарднерела у 17 % обстежених. Цитомегаловірус виявлений у 12 % жінок, папіломавірус – у 8 %, вірус герпесу простого, тип 1 – у 19 %, тип 2 – у 23 %. У 38 % випадків виявлені двох-, трьох-, та чотирьохкомпонентні асоціації мікроорганізмів, до складу яких входили коки, грамнегативні палички, гриби. Хламідіоз був виявлений у 24 % обстежених.

Всім обстеженим проводилась протизапальна терапія з урахуванням збудників. Із антибактеріальних засобів

частіше застосовувались макроліди, аміноглікозиди, цефалоспори. До схеми лікування входили протигрибкові препарати. Імунопротектори (пірогенал перед застосуванням антибіотиків, неовір або циклоферон при наявності хламідій, вірусів), ензимотерапія. До комплексу розсмоктувальної терапії входили біостимулятори, фізіотерапевтичні заходи, санаторно-курортне лікування.

Гормональну терапію проводили за показаннями, з урахуванням ендокринних порушень 38 % обстежених жінок. В основному призначали прогестини або індуктори овуляції.

Вагітність у обстежених жінок настала через 6-12 місяців після лікування у 30 %, через 1-2 роки – у 42 %. Не всі вагітності, які настали після лікування неплідності, закінчились народженням дитини. Мимовільні викидні відбулись у 6,5 %, із них у 2,1 % в 1 триместрі, у 4,3 % – у другому триместрі вагітності. У 2,1 % відмічена ектопічна (трубна) вагітність. Пологами завершилась вагітність у 91,4 % обстежених, із них у 81,5 % жінок відбулись термінові пологи, у 28,5 % – передчасні.

При клінічній оцінці перебігу 1 половини вагітності звертає на себе увагу висока питома вага різноманітних ускладнень (табл. 1). Частіше спостерігалась загроза переривання вагітності (86 %), ранні гестози (39 %). TORCH – інфекція виявлялась у 15 % обстежених.

Таблиця 1. Перебіг I половини вагітності

Показник	Групи обстежених			
	перша (n = 46)		друга (n = 24)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Загроза переривання вагітності	31	86,1	1	4,2
Ранній гестоз	18	39,1	2	8,3
TORCH – інфекція	7	15,2	2	8,3
Загострення екстрагенітальної інфекції	4	8,7	1	4,2

У 2 половини вагітності у 43 % обстежених жінок виявлена фетоплацентарна недостатність (табл. 2), у 48 % – пізній гестоз. Спостерігався значний відсоток анемії у обстежених та істміко-цервікальна недостатність.

Таблиця 2. Перебіг II половини вагітності

Показник	Групи обстежених			
	перша (n = 46)		друга (n = 24)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Загроза передчасних пологів	11	23,9	2	8,3
Пізній гестоз	22	47,8	3	12,5
Фетоплацентарна недостатність	20	43,4	2	8,3
Істміко-цервікальна недостатність	13	28,2	1	4,2
Загострення екстрагенітальної патології	6	13,0	3	12,5
Анемія	28	60,8	4	16,7

Концентрація прогестерону була нижчою у 1 та 2 триместрах вагітності (відповідно 39,6+7,4 нмоль/л проти 76,4+6,3 нмоль/л та 79,7+4,3 нмоль/л проти 129,7+8,4 нмоль/л). Вміст

естрадіолу у обстежених жінок в 2 триместрі вагітності був зниженим (18,4+2,1 нмоль/л проти 32,6+4,3 нмоль/л в контролі). Вміст плацентарного лактогену був знижений до 59,7+7,6 нмоль/л у обстежених жінок (112,3+10,4 нмоль/л в контролі).

Кардіотокографічне дослідження плода свідчить про збільшення середньої базальної частоти серцевих скорочень, зниження амплітуди миттєвих осциляцій, зменшення кількості акцелерацій та їх амплітуди, виникнення децелерацій, що свідчить про порушення функції ФПК та появу ознак внутрішньоутробної гіпоксії плода.

Ультразвукове сканування в 1 триместрі вагітності виявило низьке розміщення плідного яйця у 20 % обстежених, сегментарне потовщення матки та часткове відшарування хоріону відмічено у 8 % жінок. Зниження темпів росту основних біометричних показників плода спостерігалось у 12 % обстежених, що свідчить про хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плода. Виражена кальцинація плода відмічена у 16 % жінок, варикозне розширення судин – у 10 % обстежених, що свідчить про деструктивні зміни в плаценті та субкомпенсаторну плацентарну недостатність.

Пологи шляхом кесаревого розтину відбулися у 21 % вагітних. Серед ускладнень в пологах частіше зустрічався передчасний вилив навколоплодових вод (56 %), гіпоксія плода (31,2 %). В основному маса новонароджених була від 3000,0 до 4000,0 г (70 %). При оцінці стану новонароджених виявився високий рівень асфіксії (46 %), гіпотрофії (16 %), внутрішньоутробного інфікування (2 %).

**ВИСНОВОК** Таким чином, проведені дослідження свідчать про необхідність віднесення вагітних жінок після лікування неплідності запального генезу до групи високого ризику. Жінкам, які лікувались з приводу запальних процесів внутрішніх статевих органів до вагітності необхідно проводити обстеження та лікування з ранніх термінів вагітності.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Корсак В.С., Громько Ю.Л., Исакова Э.В. Алгоритм ведения и исходы беременности, наступивших в результате вспомогательных репродуктивных технологий // Пробл. репродукции. – 2002. – №3. – С. 40-43.
2. Краснополюская К.В., Кабанова Д.И., Калугина А.С. Эффективность экстракорпорального оплодотворения у пациенток с синдромом поликистозных яичников и яичниковой гиперандрогении // Акуш.и гинекология. – 2003. – №2. – С. 57-60.
3. Balen A.N., Broat D.D., West C. Et al. Cumulative conception and live birth rates after the treatment of anovulatory infertility safety and ovulation induction in 200 patients | | hum.Reprod. – 1994. – 9,8. – p.1563-1570.
4. Здановский В.М., Витязова И.И. Течение и исход беременности после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции (МРТ) // Проблемы репродукции. – 2000. – №3. – С. 55-56.
5. Шаповаленко С.Л. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных сроках гестации // Весник Рос. академии акуш.-гинекол. – 2001. – №2. – С. 43-47.
6. Аржанова О.Н., Корсак В.С., Орлова О.О. Течение и исход беременности у женщин с бесплодием в анамнезе // Проблемы репродукции. – 1999. – №3. – С. 54-58.
7. Венцовський Б.М., Зальська В.В., Веропотвелян П.М., Лунгол В.М., Веропотвелян М.П. Про звичне невиношування вагітності при деяких формах гіпоплазії матки // Вісник асоціації акуш.-гинекол. України. – 2001. – №4(14). – С. 9-14.
8. Судакова О.Д., Курышева Е.В., Курляндская Р.М. Состояние здоровья детей, рожденных от матерей с синдромом персистирующей галактореи, аменореи, леченных парлоделом // Проблемы репродукции. – 1998. – №2. – С. 39-42.