

Ю. П. Вдовиченко, Д. А. Беглице

## ОСОБЛИВОСТІ НЕВИНОШУВАННЯ У ЖІНОК ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

### Вступ

Впровадження у 1978 р. в медичну практику методу екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) є новим етапом у лікуванні неплідності. Частота настання вагітності після ЕКЗ, за даними всесвітнього реєстра, становить 20–30 %, а частота дострокового переривання вагітності коливається в межах 18–44 % [1–5]. Невиношування вагітності — це одна з найбільш актуальних проблем сучасного акушерства, тому що вона є однією з основних причин перинатальної смертності та захворюваності. Дослідження, присвячені перебігу вагітності і пологів після ЕКЗ, поодинокі, а головну увагу автори приділяють загрози переривання вагітності, розвитку прееклампсії та урогенітальній інфекції, що значно перевищують аналогічні показники у загальній популяції. Все це свідчить про те, що причини невинишування вагітності, яка настала внаслідок ЕКЗ, вивчені недостатньо, а запропоновані лікувально-профілактичні заходи мало-ефективні.

Метою цього наукового дослідження є вивчення особливостей невинишування вагітності, що настала після ЕКЗ.

### Матеріали та методи дослідження

Вивчали анамнез, проводили клініко-лабораторне і функціональне обстеження 100 пацієнток до ЕКЗ. Після запліднення оцінювали у них клінічний перебіг вагітності, пологів і перинатальні наслідки

розродження. Функціональний стан фетоплацентарного комплексу оцінювали за даними ехографічних, доплерометричних й ендокринологічних методів дослідження. Морфологічні дослідження включали гістологічне та імуноферментне вивчення плаценти і позаплацентарних оболонок.

### Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення соматичного анамнезу у пацієнток з ЕКЗ виявило високий відсоток апендектомії в анамнезі, хронічного тонзиліту, патології серцево-судинної та сечовидільної систем, а також захворювань щитоподібної залози, наявних у 20,0 % спостережень. Особливість ендокринного статусу пацієнток із ЕКЗ полягала у високій частоті гормональної недостатності яєчників (68,0 %), що виявлялася у 82,0 % пацієнток недостатністю лютеїнової фази менструального циклу, а у 18,0 % — ановуляцією. На вторинну неплідність страждала кожна друга пацієнтка з групи ЕКЗ (54,0 %), а тривалість неплідності становила  $(8,4 \pm 0,4)$  року. Незважаючи на те, що більш ніж у половини хворих неплідність була вторинною, 94,0 % вагітних були першороділлями.

Вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу показало, що в половини повторно вагітних жінок в анамнезі була позаматкова вагітність (48,0 %), а в кожній четвертій — спонтанні аборти (26,0 %). Штучний аборт проводився у 70,0 % жінок. На хронічне запалення придатків матки страждали 74,0 % пацієнток,

причому в кожній десятій з них було діагностовано тубооваріальні утворення (гідро-, сакто-, піосальпінкси), що потребували хірургічного лікування. Зовнішній генітальний ендометріоз діагностовано у 18,0 %, а міому матки — у 16,0 % пацієнток. У 12,0 % жінок спостерігався полікістозний синдром яєчників у поєднанні з хронічним сальпінгоофоритом, причому урогенітальна інфекція була виявлена і пролікована до вагітності у 52,0 % пацієнток. Отримані результати клінічної характеристики жінок указують на переважання першороділей старшого віку з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом.

Вивчення наслідків гестаційного процесу після ЕКЗ показало, що пологами закінчилися тільки 62,0 % вагітностей. Спонтанний аборт відбувся у 24,0 %; вагітність, що не розвивалася, — у 10,0 % і позаматкова вагітність — у 4,0 % пацієнток. Сумарна частота невинишування становила 38,0 %, що є досить високим показником.

Рівень багатоплідної вагітності становив 22,0 % (усі двійнята). У зв'язку з цим, проаналізовано наслідки маткових вагітностей після ЕКЗ залежно від кількості плодів. З отриманих результатів очевидно, що при одноплідній вагітності вірогідно частіше траплялася вагітність, що не розвивалася, внаслідок чого пологів при вагітності двійнятами було більше. Проте частота передчасних пологів при двійнятах була в 10 разів вищою, ніж при од-



ному плоді. Загальна частота викиднів вірогідно не відрізнялася в обох групах, але при одноплідній вагітності відсоток спонтанних абортів у першому триместрі у 8 разів перевищував цей показник при двійнятах, а в другому триместрі був у 12 разів нижчим.

Структура невиношування вагітності після ЕКЗ при одноплідній вагітності та при двійнятах виявилася різною. Так, при одноплідній вагітності після ЕКЗ вірогідно частіше переривання вагітності відбувалося у першому триместрі (98,0 %), а при двійнятах — у другому (72,0 %). При аналізі гестаційних термінів переривання вагітності з'ясовано, що 84,0 % спонтанних абортів і 85,0 % вагітностей, що не розвивалися, у першому триместрі відбулося в терміні 5–6 тиж.

Нами проаналізовано наслідки вагітності після ЕКЗ залежно від методу індукції суперовуляції. У групі жінок, яких лікували за схемою індукції з застосуванням кломіфен-цитрату, багатоплідність становила 19,0 %; а з використанням агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону — 28,0 %. Загальна частота пологів вірогідно не відрізнялася в обох групах, але рівень передчасних пологів був у 2,5 разу нижче при використанні кломіфен-цитрату. Частота спонтанних абортів при використанні методу з кломіфен-цитратом була в 3,8 разу вище у першому триместрі, а кількість вагітностей, що не розвиваються, вірогідно однаковою у групах.

Виходячи з поставленої мети, проаналізовано перебіг вагітності і пологів у вагітних після ЕКЗ при одноплідній вагітності та при вагітності двійнятами. Майже в усіх обстежених жінок гестаційний період перебігав з ускладненнями. Найбільш частими з них були загроза переривання вагітності (68,0 і 76,0 %); анемія вагітних (47,0 і 48,0 %); преек-

лампися (26,0 і 28,0 %) та інтраамніональне інфікування (26,0 і 24,0 % відповідно). Характер основних ускладнень у пологах і їх частота практично не відрізнялися в обох групах із переважанням передчасного розриву плодових оболонок (35,0 і 44,0 % відповідно). Частота розродження шляхом операції кесаревого розтину була у 1,3 разу вище при вагітності двійнятами (56,0 і 74,0 % відповідно).

При оцінці функціонального стану фетоплацентарного комплексу встановлено, що динаміка вмісту основних гормонів при одноплідній і багатоплідній вагітності значно відрізняється. Так, при терміні 7–9 і 10–12 тиж у вагітних після ЕКЗ за наявності одного плода спостерігається зниження концентрації естрадіолу в 1,5 разу порівняно зі здоровими вагітними, що підтверджує загрозу переривання вагітності. Надалі динаміка естрадіолу практично не відрізняється від такої у групі порівняння. При двійнятах рівень естрадіолу в кілька разів вищий, ніж у групі контролю, з раннього терміну до 24 тиж вагітності, а до кінця другого триместру вміст естрадіолу наближається до такого в групі порівняння.

Рівень прогестерону у пацієнток із ЕКЗ при одноплідній вагітності нижчий, ніж у групі порівняння, на ранніх термінах (7–9 тиж). Надалі вміст прогестерону у вагітних цієї групи відповідає показникам у здорових вагітних. При двійнятах рівень прогестерону збільшений у 2–3 рази порівняно зі здоровими вагітними та з групою ЕКЗ з одним плодом. До 28-го тижня вагітності вміст прогестерону, як і естрадіолу, вірогідно не відрізняється від показника у групі порівняння.

Особливий інтерес становлять дані про вміст хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) у пацієнток із ЕКЗ. Встановле-

но, що при зазрозі переривання вагітності відбувається вірогідне зниження рівня ХГЛ у сироватці крові. При одноплідній вагітності спостерігається зниження концентрації цього гормону вдвічі, а при двійнятах — утричі порівняно зі здоровими вагітними.

Ультразвукові та доплерометричні ознаки плацентарної недостатності виявлено у 49,0 % пацієнток при одноплідній вагітності і в 62,0 % — при двійнятах.

При гістологічному дослідженні посліду у вагітних після ЕКЗ найбільш часто виявлялися інволютивно-дистрофічні процеси (22,0 і 32,0 %); циркуляторні порушення (36,0 і 37,0 %); плацентарна недостатність (48,0 і 59,0 %); запальні зміни (32,0 і 48,0 %) при одно- і багатоплідній вагітності відповідно.

За результатами імунологічного дослідження посліду, у 71,0 % вагітних виявлено патогенні імунні комплекси на мембранах синцитіотрофобласта і на мембранах ендотелію судин ворсин хоріону. З найбільшою частотою з-поміж імуноглобулінів траплялися глобуліни класів G (47,0 %) і M (38,0 %), а IgA виявлено тільки в 14,0 % спостережень. Встановлено, що частота виявлення патогенних імунних комплексів у плацентах вагітних з урогенітальною інфекцією в 2,6 разу вища, ніж у плацентах жінок без цієї патології.

## Висновок

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, жінки, у яких вагітність настала внаслідок ЕКЗ, становлять групу ризику щодо невиношування вагітності. Факторами, що сприяють розвитку цього ускладнення, є обтяжений соматичний і гінекологічний анамнез, виражена гормональна недостатність, яка пе-



реходить у плацентарну недостатність при вагітності, а також урогенітальна інфекція. Отримані результати свідчать про необхідність розробки комплексу діагностичних і лікувально-профілактичних заходів із метою зниження частоти репродуктивних втрат у жінок цієї групи високого ризику.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Веропотвелян П. М., Нетребко Н. П., Веропотвелян М. П. Характеристика стану новонароджених у породіль, котрі лікувались з приводу неплідності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1997. — № 4. — С. 60-62.
2. Кулаков В. И. Пренатальная медицина и репродуктивное здоровье женщины // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 5. — С. 19-22.
3. Савельева Г. М. Современные аспекты перинатологии // Акушерство

и гинекология. — 1994. — № 6. — С. 12-15.

4. Сапрыкин В. Б. Влияние перинатальных технологий на исход беременности у женщин высшей степени перинатального риска // Там же. — 1998. — № 1. — С. 35-36.

5. Berger M. Psychological and pediatric psychiatry aspects of development of children resulting from medical reproduction treatment of their parents // Discussionsforum. Med. Ethik. — 1993. — Vol. 17, N 7-8. — P. 770-781.

УДК 618.3-08:616.983

Н. І. Генік

## ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З УРОГЕНІТАЛЬНОЮ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

### Вступ

Хламідійна інфекція має медичну і соціальну значущість у перинатології, тому що стосується репродуктивного здоров'я жінок і стану здоров'я новонароджених. В останні роки урогенітальні хламідіози, частота яких коливається в межах 10–50 % [1; 3; 4], інтенсивно вивчаються, проте істотно збільшення їхньої частоти серед осіб репродуктивного віку, очевидно, потребує нових підходів до діагностики і розробки більш ефективних методів лікування.

Проблема хламідійної інфекції в акушерстві і перинатології, на наш погляд, має кілька напрямків. Неспецифічність клінічних проявів, загроза переривання вагітності, затримка розвитку плода, багатоводдя, вагінальний дисбіоз тощо обумовлюють істотні труднощі діагностики.

З одного боку, у практиці акушера-гінеколога трапляється пізнє розпізнавання і невчасне лікування даної патології, а з другого — відзначається наявність гіпердіагностики і проведення необгрун-

тованої антибактеріальної терапії, що небезпечно як для матері, так і для плода. У діагностиці урогенітального хламідіозу не завжди можна обмежитися тільки одним методом дослідження. На думку багатьох авторів [1–5], необхідне застосування комплексної лабораторної діагностики, що дозволить виявити збудник, визначити стадію захворювання, а також провести імунокорекцію.

Іншою проблемою є те, що під час призначення лікування не враховуються клінічний варіант інфекції (хронічна, рецидив, загострення), тривалість захворювання, стан макроорганізму й імунологічної реактивності.

Виникають труднощі у зв'язку з біологічними властивостями збудника, що змінюються в процесі паразитування, тому що при персистенції збудник не завершує цикл розвитку, а зупиняється на фазі ретикулярних тілець, що не розвиваються.

Все вищевикладене і визначило мету даного дослідження: розробка методики оптимізації лікування урогені-

тальної інфекції під час вагітності.

### Матеріали та методи дослідження

Проведене комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 150 вагітних жінок з урогенітальною хламідійною інфекцією, що були розділені на три групи: I група — 50 вагітних, у схему лікування яких входив ровамідцин (добова доза 9 млн МО; курс 10 днів) у поєднанні з препаратом протезфлазид, застосовуваний усередину разом із чайною ложкою цукру: 1-й тиждень — по 5 крапель тричі на добу; 2-й тиждень — по 10 крапель тричі на добу; 3-й тиждень — по 8 крапель тричі на добу.

До II групи увійшли 50 вагітних, що одержували монотерапію ровамідцином (курс 10 днів); до III групи — 50 вагітних, лікування яких із різних причин не проводилося.

Розподіл на групи проводився суцільним методом, завдання якого полягало у порівнянні ефекту різних засобів терапії. Контрольну групу склали 50 умовно здорових паціє-

