

Родинно-орієнтовані технології у жінок із безпліддям в анамнезі

С.Ю. Вдовиченко, К.С. Инсарова

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

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок із безпліддям в анамнезі на підставі використання родинно-орієнтованих технологій.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 300 вагітних, з яких 250 були із безпліддям в анамнезі і 50 – первородящі, які завагітніли самостійно, а також їхні новонароджені. У подальшому проводили проспективну рандомізацію, в результаті якої пацієнтки із безпліддям в анамнезі розподілено на дві рівні підгрупи за принципом терапії: 75 вагітних, в яких використовували родинно-орієнтовані технології та 75 вагітних, яким було проведена загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи.

Результати. Використання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності до 22 тиж – з 13,0% до 5,7%; «ранніх» передчасних пологів – з 3,0% до 1,0%; плацентарної дисфункції – з 63,0% до 40,6%; кесарева розтину – з 96,0% до 56,5%, а також перинатальних втрат – з 40,0% до 16,2% відповідно.

Заключення. Не дивлячись на значне зниження частоти застосування кесарева розтину, перинатальна патологія і смертність в основній групі не лише не зросла, але й достовірно поліпшилася адаптація новонароджених, матері яких отримували родинно-орієнтовані технології.

Ключові слова: родинно-орієнтовані технології, вагітність, пологи, безпліддя в анамнезі.

Family-oriented technologies for women with infertility in anamnesis

S. Yu. Vdovichenko, K. S. Insarova

The objective: decline of frequency of perinatal pathology for women with infertility in anamnesis on the basis of the use of family-oriented technologies.

Materials and methods. A complex inspection is conducted 300 pregnant from which 250 were with infertility in anamnesis and 50 are primiparous, becomings pregnant independently, and also their new-born. In subsequent conducted prospective randomization, as a result of which patient with infertility in anamnesis up-diffused on two equal groups on principle of therapy: 75 pregnant at which used the family-oriented technologies; 75 pregnant which were conducted on the generally accepted treatment-and-prophylactic measures.

Results. The use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures improved by us allows to reduce frequency of the involuntary breaking of pregnancy to 22 weeks – from 13,0% to 5,7%; «early» premature births – from 3,0% to 1,0%; to placenta disfunction from 63,0% to 40,6%; caesar sections – from 96,0% to 56,5%, and also perinatal losses – with 40,0% to 16,2% accordingly.

Conclusion. Despite a significant reduction in the frequency of cesarean section, perinatal pathology and mortality in the main group not only did not increase, but also significantly improved the adaptation of newborns whose mothers received family-oriented technology.

Keywords: family-oriented technologies, pregnancy, births, infertility in anamnesis.

Семейно-ориентированные технологии у женщин с бесплодием в анамнезе

С.Ю. Вдовиченко, К.С. Инсарова

Цель исследования: снижение частоты перинатальной патологии у женщин с бесплодием в анамнезе на основании использования семейно-ориентированных технологий.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 300 беременных, из которых 250 были с бесплодием в анамнезе и 50 – первородящие, забеременевшие самостоятельно, а также их новорожденные. В последующем проводили проспективную рандомизацию, в результате которой пациентки с бесплодием в анамнезе распределены на две равные подгруппы по принципу терапии: 75 беременных, которые использовали семейно-ориентированные технологии и 75 беременных, которые были проведены по общепринятым лечебно-профилактическим мероприятиям.

Результаты. Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту непроизвольного прерывания беременности до 22 нед – с 13,0% до 5,7%; «ранних» преждевременных родов – с 3,0% до 1,0%; плацентарной дисфункции с 63,0% до 40,6%; кесарева сечения – с 96,0% до 56,5%, а также перинатальных потерь – с 40,0% до 16,2% соответственно.

Заключение. Несмотря на значительное снижение частоты применения кесарева сечения, перинатальная патология и смертность в основной группе не только не выросла, но и достоверно улучшилась адаптация новорожденных, матери которых получали семейно-ориентированные технологии.

Ключевые слова: семейно-ориентированные технологии, беременность, роды, бесплодие в анамнезе.

Проблема лікування безпліддя подружніх пар є однією з найбільш актуальних у сучасній медицині. Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) міцно посіли своє місце в комплексі медичного лікування безпліддя [1–3].

На сьогодні встановлено, що перебіг вагітностей, що настали як результат лікування безпліддя унаслідок застосування ДРТ, має свої особливості [4, 5]. Важливим є той факт, що до моменту настання вагітності пацієнтки зазвичай старше 30 років тривало і безуспішно лікувалися з приводу безпліддя, незрідка страждають ендокринними пору-

шеннями або вираженими анатомічними змінами органів малого таза [6, 7].

Останніми роками серед акушерів-гінекологів йде дискусія про можливість використання родинно-орієнтованих технологій у жінок із безпліддям в анамнезі [8–10].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій з проблеми вагітності і пологів у жінок із безпліддям в анамнезі, не можна вважати всі наукові питання повністю вивченими, особливо в аспекті способу розродження цих пацієнток.

Усе викладене вище є підставою до проведення даного наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок із безпліддям в анамнезі на підставі використання родинно-орієнтованих технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведене комплексне обстеження 300 вагітних, з яких 250 були після ДРТ і 50 – первородящі, які завагітніли самостійно, а також їхні новонароджені.

Для вирішення поставлених завдань дослідження проводили в два етапи.

На I етапі проводили проспективне когортне дослідження, що включало 150 вагітних: з них 100 жінок, вагітність яких настала в результаті ДРТ (1-а група) і 50 здорових жінок, вагітність яких настала самостійно (2-а контрольна група).

На II етапі проводили проспективну рандомізацію, в результаті якої пацієнок після ДРТ розподілено на дві рівні підгрупи за принципом терапії:

- 1.1 підгрупа – 75 вагітних після ДРТ, яким застосовували вдосконалений нами алгоритм;
- 1.2 підгрупа – 75 вагітних після ДРТ, яким було проведено по загальноприйнятій лікувально-профілактичній заході.

Загальноприйнятій лікувально-профілактичній заході проводили згідно з протоколами МОЗ України з ведення пацієнок після застосування ДРТ.

Вдосконалений нами алгоритм включав наступні моменти:

- живання монотерапії під час вагітності;
- використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності і при розродженні;
- консультація перинатального психолога на всіх етапах ведення пацієнок;
- розробка плану розродження пацієнок з урахуванням причин безпліддя, кількості спроб ДРТ і клінічного перебігу вагітності.

Методи, які були використані у роботі, включали: клінічні, біохімічні, гормональні, морфологічні, ультразвукові і доплерометричні дослідження.

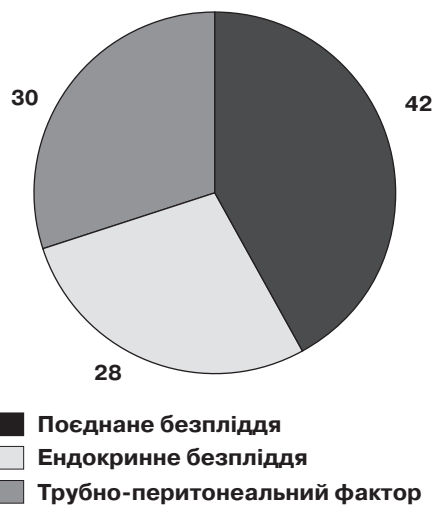
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість безпліддя становила у 1-й групі $4,3 \pm 0,4$ року, а в 2-й групі – $4,5 \pm 0,5$ року ($p > 0,05$).

Серед основних причин жіночого безпліддя (рисунок) частіше виявляли поєднані фактори (42,0%) порівняно з ендокринним (28,0%) та трубно-перитонеальним порушенням репродуктивної функції (30,0%).

Використання ДРТ у пацієнок 1-ї групи проводили згідно з існуючими протоколами МОЗ України.

Отже, як свідчать результати клінічної характеристики пацієнок після ДРТ, то вони входять до групи високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології за рахунок високої частоти початкового порушення репродуктивної функції унаслідок значного рівня генітальної патології як запального, так і дисгормонального генезу. Крім того, привертає увагу і висока частота супутньої екстрагенітальної патології також різного генезу.



Основні причини жіночого безпліддя, %

Отримані результати свідчать, що у жінок після застосування ДРТ спостерігається висока частота репродуктивних втрат у I триместрі (10,0%); 3,0% випадків мимовільного переривання вагітності з 16 до 22 тиж, а також 3,0% «ранніх» передчасних пологів (з 22 до 28 тиж вагітності).

Частота порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок після ДРТ становить 63,0%, що є основною причиною високого рівня перинатальних втрат (40,0%), а також розродження шляхом кесарева розтину (96,0%).

Плацентарна дисфункція у жінок після ДРТ характеризується наявністю ретрохоріальних гематом (21,0%); невідповідністю розмірів плода (30,0%) та гіпертонусом матки (73,0%) на фоні змін плодово-плацентарного кровотоку – підвищення індексу резистентності в артерії пуповини та збільшення судинного опору в маткових артеріях.

Ендокринологічні та біохімічні зміни при плацентарній дисфункції у жінок після ДРТ починаються з 28 тиж вагітності і полягають у достовірному зниженні вмісту прогестерону, плацентарного $\alpha 1$ -мікроглобуліну, $\alpha 2$ -мікроглобуліну фертильності та трофічного β -глікопротеїду.

ВИСНОВКИ

Отже, використання родинно-орієнтованих технологій у жінок із безпліддям в анамнезі дозволяє знизити частоту мимовільного переривання вагітності до 22 тиж – з 13,0% до 5,7%; «ранніх» передчасних пологів – з 3,0% до 1,0%; плацентарної дисфункції – з 63,0% до 40,6%; кесарева розтину – з 96,0% до 56,5%, а також перинатальних втрат – з 40,0% до 16,2% відповідно.

Не дивлячись на значне зниження частоти застосування кесарева розтину, перинатальна патологія і смертність в основній групі не лише не зросла, але й достовірно поліпшилася адаптація новонароджених, матері яких отримували родинно-орієнтовані технології.

Відомості про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Інсарова Катерина Сергіївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5.

Information about the author

Vdovichenko Serhii Yuriiovych – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Inсарова Катерина Сергіївна – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str.

Сведения об авторах

Вдовиченко Сергей Юрьевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Инсарова Катерина Сергеевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безплідність у шлюбi: навчальний посiбник / Ю.С. Парашук, О.І. Каліновська, М.Г. Грищенко, В.Ю. Парашук. – Харків: ХНМУ. – 2014. – 126 с.
2. Копков В.С. Допоміжні репродуктивні технології у вирішенні демографічних проблем. Правові аспекти / В.С. Копков // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. – 2013. – № 4. – С. 55–57.
3. Общая концепция диагностики и классификация форм бесплодия // В кн.: *Бесплодный брак. Руководство для врачей*. / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 19–50 с.
4. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: метод. пособия и клин. протоколы / В.М. Сидельникова. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 224 с.
5. Агаджанян К.В. Роль гистероскопии в комплексной диагностике бесплодия у женщин / К.В. Агаджанян // *Новые направления в клинической медицине*: материалы Всерос. конф. – Ленинск-Кузнецкий, 2008. – С. 279–280.
6. Алими Ияд Актуальные аспекты бесплодия у женщин с функциональной гиперпролактинемией / Ияд Алими // *Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики*: зб. наук. праць. – К.; Луганськ. – 2008. – Вип. 9. – С. 94–97.
7. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. NIH Consensus Development Panel on the Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes / JAMA. – 2015. – Vol. 273. – P. 413–8.
8. Fitzpatrick L.A. Micronized progesterone: clinical indications and comparison with current treatments / L.A. Fitzpatrick, A. Good / *Fertil. Steril.* – 2014. – Vol. 72. – P. 389.
9. Goldenberg RL. The preterm prediction study: fetal fibronectin, bacterial vaginosis, and peripartum infection / R.L. Goldenberg, E. Thom, A.H. Moawad // *Obstet. Gynecol.* – 2016. – Vol. 87. – P. 656.
10. Protective role of melatonin in progesterone production by human luteal cells / T. Taketani, H. Tamura, A. Takasaki [et al.] // *J. Pineal. Res.* – 2011. – Vol. 51, № 2. – P. 207–213.

Статья поступила в редакцию 17.09.2020