

УДК 618.4/5+616-053.31:618.3:618.177-002

Л.Є. Туманова¹, О.В. Коломієць¹, О.П. Рябенко², О.О. Молчанова²

Особливості перебігу пологів та стан новонароджених у жінок із безплідністю ендокринного і запального ґенезу в анамнезі залежно від способу запліднення

(дані архівів: ДУ «Інститут педіатрії, акушерства

і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»

та репродуктивної клініки «Надія»)

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

²Репродуктивна клініка «Надія», м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA AND PEDIATRIYA.2019.2(78):19-26; doi 10.15574/PP.2019.78.19

Мета — вивчити особливості перебігу пологів та стан новонароджених у жінок із безплідністю ендокринного і запального ґенезу в анамнезі залежно від способу запліднення.

Пацієнти та методи. Вивчення перебігу пологів проведено в трьох групах (шести підгрупах): I група — вагітні, які мали в анамнезі ендокринну безплідність: Ia — 50 пацієнток після ДРТ (ЕКЗ), Ib — 50 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ; II група — вагітні, які мали в анамнезі безплідність запального ґенезу: IIa — 100 пацієнток після ДРТ(ЕКЗ), IIб — 100 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ; III група — вагітні, які мали в анамнезі поєднану безплідність, запального ґенезу з ендокринним, IIIa — 30 пацієнток після ДРТ(ЕКЗ), IIIб — 30 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ.

Результати. Аналіз термінів настання пологів у жінок обстежених груп показав, що кожна четверта вагітність у I групі та кожна третя в III групі закінчилася передчасними пологами незалежно від методу запліднення. Це свідчить про вагомий вплив як ендокринного, так і запального фактора в анамнезі безплідності на невиношування вагітності.

У всіх групах обстежених жінок частка оперативних пологів була високою: 50–70% — у I групі, 60–70% — у II групі, 67–83% — у III групі. Це пояснюється і тривалим обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом, і значним відсотком багатоплідних вагітностей, як після ДРТ, так і після призначення препаратів для стимуляції овуляції в жінок з ендокринною і поєднаною безплідністю в анамнезі. Звертає на себе увагу і те, що на метод розродження більше впливав метод запліднення, а не фактор безпліддя.

Післяпологові ускладнення в жінок із різними формами безплідності в анамнезі також були частими. Так, анемія після пологів зустрічалася в кожній третій жінки III групи, кожній четвертій — II групи, кожній п'ятій — I групи. Запальні післяпологові ускладнення (пієлонефрит, субінволюція матки, лохіометра, ендометрит) частіше відмічалися в породіль II і III груп, які мали в анамнезі перенесені генітальні інфекції.

Висновки. Таким чином, перебіг пологів та стан новонароджених у жінок із безплідністю різного ґенезу в анамнезі супроводжується високою частотою акушерських ускладнень (передчасних пологів, передчасного виливу навколоплідних вод, слабкості пологової діяльності, оперативного розродження, народження дітей із малою масою тіла, післяпологових ускладненнями), що залежать не тільки від фактора безплідності, але й від методу запліднення.

Ключові слова: пологи, стан новонароджених безплідність, ДРТ, спосіб запліднення.

Features of childbirth and the status of newborns in women with infertility of endocrine and inflammatory genesis in history, depending on the method of fertilization

(archives data: SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O.M. Lukyanova NAMS of Ukraine»

and the reproduction clinic «Nadiya»)

L.E. Tumanova¹, O.V. Kolomiets¹, O.P. Ryabenko², O.O. Molchanova²

¹SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O.M. Lukyanova NAMS of Ukraine», Kyiv

²Reproductive Clinic «Nadiya», Kyiv, Ukraine

Purpose — to study the peculiarities of childbirth and the state of newborns in women with infertility of endocrine and inflammatory genesis in history, depending on the method of fertilization.

Patients and methods. The study of the course of labor was carried out in three groups (six subgroups): Group I — pregnant women, history of endocrine infertility: Ia — 50 patients after IVF, Ib — 50 patients who became pregnant themselves after conservative and surgical treatment of infertility, but without IVF; Group II — pregnant women with a history of infertility of inflammatory genesis: IIa — 100 patients after IVF, IIb — 100 patients who became pregnant independently after conservative and surgical treatment of infertility, but without IVF; Group III — pregnant women with a history of combined infertility, inflammatory origin with endocrine, IIIa — 30 patients after IVF, IIIb — 30 patients who became pregnant independently after conservative and surgical treatment of infertility, but without IVF.

Results. Analyzing the timing of the onset of labor in women of the examined groups, attention is drawn to the fact that every fourth pregnancy in the first group and every third in group III ended in preterm labor, regardless of the method of fertilization. This testifies to the significant impact of both endocrine and inflammatory factors in the history of infertility, miscarriage.

In all groups surveyed, the percentage of operative delivery was high: 50–70% in Group I, 60–70% in Group II, 67–83% in Group III. This is due to both the long-term burdened obstetric and gynecological history, and a large percentage of multiple pregnancies, both after IVF and after administration of drugs to stimulate ovulation in women with endocrine and combined infertility in history. Attention is drawn to the fact that the method of fertilization was more influenced by the method of fertilization, and not by the factor of infertility.

Postpartum complications in women with various forms of infertility in history, were also not uncommon. So, anemia after childbirth was encountered in every third woman of the third group, every fourth — in the second and in every fifth — in the first group. Inflammatory after birth complications: pyelonephritis, subinvolution of the uterus, lochiometer, endometritis were more often women in women with groups II and III who had a history of genital infections.

Conclusions. Thus, the course of childbirth and the condition of newborns in women with infertility of various genesis in history is accompanied by a high frequency of obstetric complications, namely, premature birth, premature amniotic fluid, low birth activity, high frequency of operative delivery, low birth weight, postpartum complications, which depended not only on the factor of infertility, but also on the method of fertilization.

Key words: childbirth, condition of newborns infertility, IVF, fertilization method.

Особенности течения родов и состояние новорожденных у женщин с бесплодием эндокринного и воспалительного генеза в анамнезе в зависимости от способа оплодотворения

(данные архивов: ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии

имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины» и репродуктивной клиники «Надия»)

Л.Е. Туманова¹, Е.В. Коломиец¹, Е.П. Рябенко², А.А. Молчанова²

¹ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

²Репродуктивная клиника «Надия», г. Киев, Украина

Цель — изучить особенности течения родов и состояние новорожденных у женщин с бесплодием эндокринного и воспалительного генеза в анамнезе в зависимости от способа оплодотворения.

Пациенты и методы. Изучение течения родов проведено в трех группах (шести подгруппах): I группа — беременные, имеющие в анамнезе эндокринное бесплодие: Ia — 50 пациенток после ВРТ (ЭКО), Ib — 50 пациенток, которые забеременели самостоятельно после консервативного и хирургического лечения бесплодия, но без ВРТ; II группа — беременные, имеющие в анамнезе бесплодие воспалительного генеза: IIa — 100 пациенток после ВРТ (ЭКО), IIб — 100 пациенток, которые забеременели самостоятельно после консервативного и хирургического лечения бесплодия, но без ВРТ; III группа — беременные, в анамнезе имеющие сочетанное бесплодие, воспалительного генеза с эндокринным, IIIa — 30 пациенток после ВРТ (ЭКО), IIIб — 30 пациенток, которые забеременели самостоятельно после консервативного и хирургического лечения бесплодия, но без ВРТ.

Результаты. Анализ сроков наступления родов у женщин обследованных групп показал, что каждая четвертая беременность в I группе и каждый третья — в III группе закончилась преждевременными родами независимо от метода оплодотворения. Это свидетельствует о существенном влиянии как эндокринного, так и воспалительного фактора в анамнезе бесплодия на невынашивание беременности.

Во всех группах обследованных доля оперативных родов была высокой: 50–70% — в I группе, 60–70% — во II группе, 67–83% — в III группе. Это объясняется длительнымотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, и большим процентом многоплодных беременностей, как после ВРТ, так и после назначения препаратов для стимуляции овуляции у женщин с эндокринным и сочетанным бесплодием в анамнезе. Обращает на себя внимание и то, что на метод родоразрешения больше влиял метод оплодотворения, а не фактор бесплодия.

Послеродовые осложнения у женщин с различными формами бесплодия в анамнезе также были частыми. Так, анемия после родов встречалась у каждой третьей женщины III группы, каждой четвертой — II группы, каждой пятой — I группы. Воспалительные послеродовые осложнения (пиелонефрит, субинволюция матки, лохиометра, эндометрит) чаще наблюдались у рожениц II и III групп, имевших в анамнезе перенесенные генитальные инфекции.

Выводы. Таким образом, течение родов и состояние новорожденных у женщин с бесплодием различного генеза в анамнезе сопровождается высокой частотой акушерских осложнений (преждевременных родов, преждевременного излияния околоплодных вод, слабости родовой деятельности, оперативного родоразрешения, рождения детей с малой массой тела, послеродовых осложнений), которые зависят не только от фактора бесплодия, но и от метода оплодотворения.

Ключевые слова: роды, состояние новорожденных бесплодие, ВРТ, способ оплодотворения.

Проблема безплідності в шлюбі є актуальною в усьому світі, оскільки має не лише медико-психологічне, соціально-демографічне та економічне значення, але в останнє десятиріччя вже набуває глобального характеру. Важливим фактором досягнення позитивних результатів щодо вирішення проблеми репродукції і збереження здорового потомства є удосконалення методів організації лікувального процесу та вивчення епідеміології безплідності [1, 2].

Сьогодні в Європі безплідними є близько 15% подружніх пар, у США — 10–15%, у Канаді — близько 17%. За даними Державної служби статистики України, частота безплідності в Україні становить 17–19,5% загальної популяції сімейних пар. Серед країн світу Україна посідає 211-те із 222 місць за показником фертильності (Юзько О.М., 2013). В окремих регіонах України цей показник наближається до 20% — критичного рівня, що негативно впливає на демографічні показники [3, 10].

Причиною безплідного шлюбу в 40–50% є патологія репродуктивної системи в одного з подружжя, у 25–30% — в обох, а 15–20%

випадків припадає на безплідність невизначеного генезу [1]. У 50–82% випадків у жінок має місце поєднана безплідність. У разі поєднаної безплідності перше місце серед жіночих чинників посідає трубно-перитонеальний — 43%, друге — ендокринна безплідність (до 30%), третє — ендометріоз (25%), (Козуб М.І., 2014). Ефективність консервативного лікування трубно-перитонеальної безплідності досягає 21–47%, у зв'язку з низькою ефективністю для більшості пацієнток показане застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), (Камінський В.В., 2014).

За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я жінок, виділяють 22 фактори жіночої та 16 — чоловічої безплідності. Багаторічні дослідження, проведені в Інституті педіатрії, акушерства і гінекології АМН України, показали, що безплідність у більшості випадків пов'язана з перенесеними запальними захворюваннями, імунними та гормональними розладами (Іванюта Л.І., 2014). Наші дослідження засвідчили, що найпоширенішою формою безплідності є трубно-перитонеальна патологія — 35%, у тому числі сактосальпінгси —

23,7%; безплідність, пов'язана із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ), тобто ендокринна — 32%, з ендометріозом — 21%, з фіброміомою матки — 9,4%, з аномаліями розвитку матки — 4,6%. Також це дало змогу визначити, що тільки у 25% жінок із безплідністю запального генезу гормональна функція відповідала такій у здорових жінок, а у переважної більшості (75%) вона була порушена. Менструальні цикли перебігали за типом недостатності обох фаз (32%) або другої фази (44%). Відмічалися зміни циркадних ритмів та фолікулогенезу. Розбалансованість циркадних ритмів гормонів частіше спостерігалася в жінок із безплідністю, що тривала понад 5 років. Найчастіше (72%) спостерігалися поєднані форми безплідності (Корнацька А.Г., 2017).

На сьогоднішній день досить поширені інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ): гонорея, хламідіоз, уреаплазмоз, генітальний мікоплазмоз, гарднерельоз, герпесвірусна інфекція [2]. Саме вони і є причиною безплідності запального генезу: гострого та хронічного сальпінгоофориту, хронічного метриту, ускладнень післяабортного періоду [3]. Хронічні інфекції, що існують тривалий час, здатні викликати соматичні мутації клітин, пригнічення Т-клітинного імунітету, дефекти формування первинної імунної відповіді, зменшення фагоцитарної активності нейтрофілів і макрофагів [4].

Загальновідомо, що будь-яка вагітність, навіть у здорової жінки, супроводжується значними гормональними перетвореннями [5]. А вагітність, яка наступила після лікування безплідності, як ендокринного, так і запального генезу, вирізняється значним відсотком акушерських і перинатальних ускладнень, зокрема: ранніми та пізніми викиднями, істміко-цервікальною недостатністю, передчасними пологами, багато- та маловоддям, передчасним розривом плідних оболонок (ПРПО), внутрішньоутробним інфікуванням плода, низькою плацентациєю та передлежанням плаценти, плацентарною дисфункцією, затримкою внутрішньоутробного розвитку та дистресом плода, слабкістю пологової діяльності, що розвиваються у 21–55% пацієнток [6, 7].

На сьогоднішній день залишаються недостатньо вивченими питання: перебігу пологів та стану новонароджених у жінок із безпліддіям різного генезу [8, 9]. Тільки чітка організація медичних заходів, спрямованих на поліпшення перинатальних наслідків вагітності, дасть змогу

впровадити в практику охорони здоров'я нові медичні технології і проаналізувати їх ефективність шляхом вивчення анамнезу дітей, які народилися після застосування різних методів лікування безплідних шлюбів, у тому числі екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) [1, 10].

Стан репродуктивного здоров'я населення має бути проблемою не лише медичної практики, але і всього суспільства, оскільки це питання безпосередньо пов'язане зі здоров'ям дітей, а отже — з майбутнім держави та нації [1, 8]. Саме вивченню перелічених питань і присвячена наша робота, а все викладене вище визначає її актуальність.

Мета дослідження — вивчити особливості перебігу пологів та стан новонароджених у жінок із безплідністю ендокринного та запального генезу в анамнезі залежно від способу запліднення.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітностей у 360 жінок із безплідністю в анамнезі (дані архівів за 10 років: ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» і репродуктивної клініки «Надія» з 2008 по 2018 рр.).

В основі розподілу вагітних на групи покладено спосіб запліднення: Іа, Іа, ІІа — 180 жінок (архів репродуктивної клініки «Надія»), які мали в анамнезі ендокринну, запального генезу та поєднану безплідність, але, незважаючи на лікування, завагітніли тільки після ДРТ (ЕКЗ); Іб, Іб, ІІб — 180 пацієнток, які мали в анамнезі ендокринну, запального генезу та поєднану безплідність, але завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності і без ДРТ (архів ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»).

Вивчення перебігу вагітності проведено в трьох групах (шести підгрупах): І група — вагітні, які мали в анамнезі ендокринну безплідність: Іа — 50 пацієнток після ДРТ (ЕКЗ), Іб — 50 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ; ІІ група — вагітні, які мали в анамнезі безплідність запального генезу: ІІа — 100 пацієнток після ДРТ (ЕКЗ), ІІб — 100 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ; ІІІ група — вагітні, які мали в анамнезі поєднану безплідність — запального генезу з ендокринною, ІІІа — 30 пацієнток після ДРТ (ЕКЗ), ІІІб —

Таблиця 1

Розподіл родиль за віком і способом запліднення, абс. (%)

Вік (роки)	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=50	Iб n=50	IIa n=100	IIб n=100	IIIa n=30	IIIб n=30
21–30	5 (10) °	10 (20) Δ	10 (10) °	25 (25) Δ	1 (3,3)	3 (10)
31–40	35 (70)	35 (70)	70 (70)	70 (70)	22 (73,4)	24 (80)
Від 41	10 (20) °	5 (10)	20 (20) °	5 (5)	7 (23,3) °	3 (10)

Примітки: * – різниця достовірна відносно II групи; Δ – різниця достовірна відносно III групи; ° – різниця достовірна між підгрупами а і б.

30 пацієнток, які завагітніли самостійно після консервативного та хірургічного лікування безплідності, але без ДРТ.

До групи з ендокринною безплідністю в анамнезі (I групи) увійшли вагітні із: СПКЯ, гіперпролатинемією (ГП) та їх поєднанням. До II групи із запальним генезом безплідності увійшли вагітні, які мали в анамнезі: позаматкову вагітність, сактосальпінгс, хронічний рецидивний сальпінгофорит, хронічний метрит. До III групи увійшли найтяжчі пацієнтки, які мали в анамнезі поєднання гормонального (СПКЯ та ГП) і запального чинника безплідності перед цією вагітністю.

Достовірність для відносних величин оцінено методом кутового перетворення Фішера.

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано поінформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

З аналізу вікового розподілу родиль по групах (табл. 1) встановлено, що кількість жінок віком до 30 років після консервативного лікування ендокринного безпліддя сягала 66,7%, із безплідністю запального генезу – 71,4%, із поєднаною безплідністю – 75%, віком 31–40 років співвідношення було 50% на 50%;

питома вага пацієнток віком від 41 року із різними формами безплідності та ДРТ відповідно становила 66,7%, 80% і 70%.

Аналіз соціального статусу досліджуваних жінок показав, що в усіх групах помітно переважала категорія службовців. Водночас, звертає на себе увагу зменшення категорії робітниць і збільшення категорії домогосподарок, що пов'язано із соціально-економічними змінами в Україні за цей період.

Очікувано, що після застосування ДРТ частота двієнь у жінок з ендокринною безплідністю в анамнезі сягає 42%, запального характеру – 35%, із поєднаною безплідністю – 33,4% (рис. 1). Однак і в жінок Iб і IIIб груп, які завагітніли без ДРТ, частота двієнь немала: у Iб групі – 20%, у IIIб групі – 10%, у IIб групі – 5%, що пояснюється застосуванням препаратів для стимуляції овуляції в жінок з ендокринною і поєднаною безплідністю.

Цікаво, що в I групі пацієнток з ендокринною безплідністю в анамнезі народилося майже на 20% більше дівчаток, ніж хлопчиків (рис. 2). Тоді, як у II групі пацієнток із безплідністю запального генезу в анамнезі більше народилося хлопчиків. А в III групі пацієнток, які мали поєднану ендокринну і запального генезу безплідність в анамнезі, народилася приблизно однакова кількість хлопчиків і дівчаток.

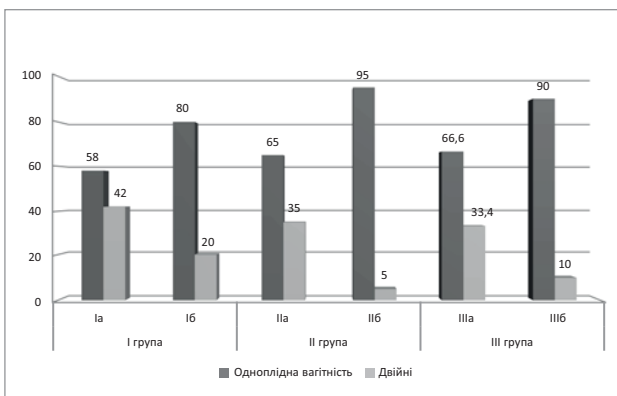


Рис. 1. Багатоплідність по групах (%)

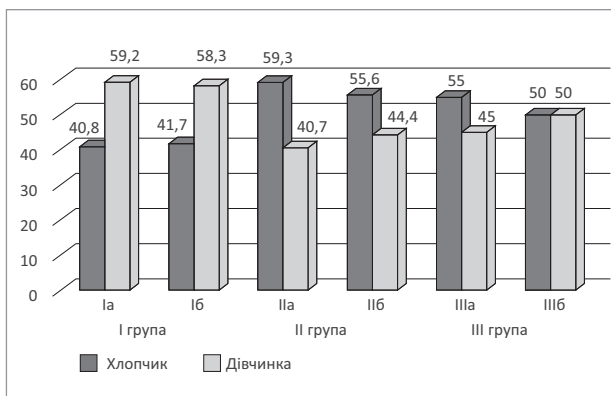


Рис. 2. Стать новонароджених по групах, %

Таблиця 2

Терміновість пологів у жінок по групах, абс. (%)

Пологи	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=50	Iб n=50	IIa n=100	IIб n=100	IIIa n=30	IIIб n=30
Передчасні	12 (24)*	11 (22)*	14 (14) Δ	15 (15) Δ	9 (30)	9 (30)
Термінові	35 (70)*	37 (74) Δ	82 (82) Δ	80 (80) Δ	20 (66,7)	20 (66,7)
Запізнілі	3 (6)*	2 (4)* Δ	4 (4) Δ	5 (5) Δ	1 (3,3)	1 (3,3)

Примітки: * – різниця достовірна відносно II групи; Δ – різниця достовірна відносно III групи; ° – різниця достовірна між підгрупами а і б.

Таблиця 3

Види родорозрішення у жінок по групах, абс. (%)

Пологи	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=50	Iб n=50	IIa n=100	IIб n=100	IIIa n=30	IIIб n=30
Вагінальні	15 (30) Δ°	25 (50)* Δ	25 (25) Δ°	40 (40) Δ	5 (16,7) °	10 (33,3)
Кесарів розтин	35 (70) Δ°	25 (50)* Δ	75 (75) °	60 (60)	25 (83,3) °	20 (66,7)

Примітки: * – різниця достовірна відносно II групи; Δ – різниця достовірна відносно III групи; ° – різниця достовірна між підгрупами а і б.

Цікаво, що в I групі пацієнток з ендокринною безплідністю в анамнезі народилося майже на 20% більше дівчаток, ніж хлопчиків (рис. 2). Тоді, як у II групі пацієнток із безплідністю запального генезу в анамнезі більше народилося хлопчиків. А в III групі пацієнток, які мали поєднану ендокринну і запального генезу безплідність в анамнезі, народилася приблизно однакова кількість хлопчиків і дівчаток.

Далі наведено дані щодо акушерських ускладнень, що відмічалися у всіх групах жінок.

Так, патологія навколоплідного середовища (маловоддя та багатоводдя, ПРПО) відмічалася у всіх групах – від 2% до 21%. Багатоводдя під час вагітності спостерігалось у 10% жінок II і III груп, тоді як у I групі – тільки у 2%. ПРПО виявлявся у кожній п'ятій жінки II групи, та в кожній сьомій – I і III груп. Показник амніальних порушень у II і III групах був збільшеним у 5 разів порівняно з I групою, що свідчить про пряму залежність цих порушень від запального фактора безплідності.

Аналіз термінів настання пологів у жінок обстежених груп (табл. 2) показав, що кожна четверта вагітність у I групі та кожна третя – у III групі закінчилася передчасними пологами

незалежно від методу запліднення. Це свідчить про вагомий вплив як ендокринного, так і запального фактора в анамнезі безплідності на невиношування вагітності.

У всіх групах обстежених жінок відсоток оперативних пологів був високим: 50–70% – у I групі, 60–70% – у II групі, 67–83% – у III групі (табл. 3). Це пояснюється і тривалим обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом, і значним відсотком багатоплідних вагітностей як після ДРТ, так і після призначення препаратів для стимуляції овуляції в жінок з ендокринним та поєднаним безпліддям в анамнезі. Звертає на себе увагу і те, що на метод розродження більше впливав метод запліднення, а не фактор безпліддя. Так, частота оперативного розродження у групах пацієнток, вагітність яких наступила внаслідок ДРТ, була на 15–20% вищою, ніж у групах жінок, які завагітніли після консервативно-хірургічного лікування безпліддя, але без ДРТ.

Частота планового кесаревого розтину була високою в усіх групах і сягала 75–85% (табл. 4), а ургентного кесаревого розтину – 15–25% випадків.

Вагінальні пологи у всіх групах жінок мали певні ускладнення (табл. 5), частина з яких при-

Таблиця 4

Терміновість кесаревого розтину в жінок по групах, абс. (%)

Кесарів розтин	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=35	Iб n=25	IIa n=75	IIб n=60	IIIa n=25	IIIб n=20
Плановий	30 (85,7)	20 (80)	65 (86,7)	50 (83,3)	20 (80)	15 (75)
Ургентний	5 (14,3)	5 (20)	10 (13,3)	10 (16,7)	5 (20)	5 (25)

Таблиця 5

Ускладнення пологів у жінок по групах, абс. (%)

Ускладнення	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=20	Iб n=30	IIa n=35	IIб n=50	IIIa n=10	IIIб n=15
Гострий дистрес плода	2 (10)	2 (6,7)	5 (14,3)	5 (10)	2 (20)	2 (13,3)
Клінічна невідповідність	2 (10)	1 (3,3)	3 (8,6)	3 (6)	1 (10)	1 (6,7)
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	1 (5) Δ	2 (6,7)	2 (5,7)	2 (4)	2 (20)	2 (13,3)
Слабкість пологової діяльності	5 (25)*	7 (23,3)	5 (14,3) Δ	6 (12) Δ	3 (30)	5 (30)
Кровотеча у III і ранньому післяпологовому періодах	4 (20)	4 (13,3)	5 (14,3)	6 (12)	2 (20)	3 (20)

Примітки: * – різниця достовірна відносно II групи; Δ – різниця достовірна відносно III групи.

Таблиця 6

Додаткова оперативна допомога в пологах і післяпологовому періоді у жінок по групах, абс. (%)

Вид втручання	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=15	Iб n=25	IIa n=25	IIб n=40	IIIa n=5	IIIб n=10
Ручна ревізія	2 (13,3)	2 (8)	4 (16)	5 (12,5)	1 (20)	1 (10)
Інструментальна ревізія	2 (13,3) Δ	2 (8)* Δ	6 (12)	7 (17,5)	1 (20)	2 (20)
Вакуум-екстракція плода	0 (0)	0 (0)Δ	1 (4)	2 (5)	0 (0)	0 (0)

Примітки: * – різниця достовірна відносно II групи; Δ – різниця достовірна відносно III групи.

вела до ургентного оперативного розродження. Так, гострий дистрес плода під час пологів спостерігався у 10% роділь I групи, у 14% – II групи, у 20% – III групи. Клінічна невідповідність розміру голівки і тазу матері під час пологів діагностувалася у 10% пацієток I і III груп, 8,6% – II групи. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти в 3–4 рази частіше відбувалося в жінок III групи порівняно з I і II групами – відповідно 20%, 6,7% і 5,7%. Лідерами з розвитку слабкості пологової діяльності були жінки I і III груп (відповідно 25% і 30% проти 14% – у II групі). Третій період пологів ускладнювався матковими кровотечами різного генезу в кожній п'ятій жінки I і III груп і кожній сьомій – II групи.

Додаткову оперативну допомогу жінкам у пологах і післяпологовому періоді надавали

доволі часто (табл. 6). Ручну та інструментальну ревізію стінок порожнини матки виконували кожній п'ятій жінці III групи, кожній шостій – II групи, кожній сьомій – I групи.

Післяпологові ускладнення в жінок із різними формами безплідності в анамнезі також часто траплялися (табл. 7). Так, анемія після пологів зустрічалася в кожній третій жінки III групи, кожній четвертій – II групи, кожній п'ятій – I групи. Запальні післяпологові ускладнення (пієлонефрит, субінволюція матки, лохіометра, ендометрит) частіше спостерігалися у породіль II і III груп, які мали в анамнезі перенесені генітальні інфекції. Так, вищезазначені ускладнення відмічалися у 20% жінок III групи, 15% – II групи, 12% – I групи. Зниження лактаційної функції частіше спостерігалось у жінок I і III груп, які мали

Таблиця 7

Післяпологові ускладнення в жінок по групах, абс. (%)

Ускладнення	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=50	Iб n=50	IIa n=100	IIб n=100	IIIa n=30	IIIб n=30
Анемія	10 (20) Δ	11 (22) Δ	25 (25) Δ	22 (22) Δ	9 (30)	10 (33,3)
Пієлонефрит	1 (2)	1 (2)* Δ	10 (10)	11 (11)	3 (10)	4 (13,3)
Субінволюція матки	6 (12)	6 (12)	15 (15)	14 (14)	6 (20)	6 (20)
Лохіометра	6 (12) Δ	6 (12)* Δ	15 (15)	14 (14)	6 (20)	6 (20)
Ендометрит	0 (0)	0 (0)	10 (10)	9 (9)	4 (13,3)	3 (10)
Гіпогалактія	6 (12)	7 (14)	8 (8)	8 (8)	5 (16,7)	6 (20)

Примітки: * – різниця достовірна відносно II групи; Δ – різниця достовірна відносно III групи.

Таблиця 8

Маса тіла новонароджених у жінок по групах, абс. (%)

Маса тіла	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=51	Iб n=60	IIa n=135	IIб n=105	IIIa n=40	IIIб n=33
До 2500 г	14 (27,5) **	10 (16,7) Δ	40 (29,6) °	15 (14,3) Δ	11 (27,5)	8 (27,3)
2500–4000 г	29 (56,8) °	40 (66,6)*Δ	90 (66,7)°	83 (79) Δ	23 (57,5)	18 (54,5)
Від 4000 г	8 (15,7)*	10 (16,7)*	5 (3,7)	7 (6,7)	6 (15)	7 (18,2)

Примітки: * – різниця достовірна відносно II групи; Δ – різниця достовірна відносно III групи; ° – різниця достовірна між підгрупами а і б.

Таблиця 9

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у жінок по групах, абс. (%)

Оцінка в балах	Група обстежених жінок					
	I		II		III	
	Ia n=51	Iб n=60	IIa n=135	IIб n=105	IIIa n=40	IIIб n=33
До 6 балів	6 (11,8)	5 (8,3)*	12 (8,9)	11 (10,4)	5 (12,5)	5 (15,1)
Від 7 до 8 балів	35 (68,6)Δ	46 (76,7)Δ	98 (72,6)	74 (70,5)	30 (75)	22 (66,7)
Від 8 до 9 балів	10 (19,6)	9 (15)	25 (18,5)	20 (19,1)	5 (12,5)	6 (18,2)

Примітки: * – різниця достовірна відносно II групи; Δ – різниця достовірна відносно III групи.

в анамнезі ендокринний фактор безпліддя, зокрема СПКЯ. Відтак, гіпогалактія виявлялася у 20% породіль III групи, 14% – I, 8% – II групи.

Цікавим виявився аналіз стану новонароджених у жінок із різними формами безпліддя в анамнезі.

У зв'язку із застосуванням ДРТ і різних методів стимуляції овуляції для лікування ановуляторного безпліддя, як вже відмічалось вище, спостерігався значний відсоток багатоплідних вагітностей. Так, у I групі було 42% двієнь, у II групі – 35%, у III групі – 33,4% (табл. 8). Тому, при великому відсотку передчасних пологів і народження двієнь, майже кожна третя дитина в усіх трьох групах народилася з масою тіла до 2500 г. Нормальна вага при народженні була у 66% дітей I групи, 80% – II групи, 57% – III групи. Великі плоди частіше народжувалися в жінок I і III груп порівняно з II групою, що пояснюється метаболічними порушеннями в анамнезі та під час вагітності у цих пацієнток. Так, діти з масою тіла від 4000 г були у 16,7% жінок I групи, у 18,2% матерів III групи, лише у 6,7% – II групи.

Аналіз оцінок новонароджених за шкалою Апгар виявив тенденцію до збільшення відсотка дітей з низькою оцінкою (до 6 балів), які потрапили на лікування до відділення інтенсивної

терапії після народження, у жінок III групи порівняно з I і II групами. Так, 15% новонароджених у матерів III групи госпіталізовані до відділення дитячої реанімації, тоді як у I і II групах – відповідно 11,8% і 12%.

Висновки

Таким чином, перебіг пологів та стан новонароджених у жінок із безпліддям різного генезу в анамнезі супроводжується високою частотою акушерських ускладнень (передчасних пологів, передчасного виливу навколоплідних вод, слабкості пологової діяльності, оперативного розродження, народження дітей з малою масою тіла, післяпологових ускладнень), що залежать не тільки від фактора безплідності, але й від методу запліднення.

Наведений клініко-статистичний аналіз свідчить, що жінки, які виношують вагітність після лікування ендокринного, запального та поєднаного генезу безпліддя, становлять групу високого ризику щодо ускладнень перебігу пологів. Відтак, існує нагальна потреба в розробленні спеціального комплексу медичних заходів, спрямованих на поліпшення перинатальних наслідків вагітності в цього контингенту жінок.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ган РЗ. (2014). Особливості фізичного та психомоторного розвитку дітей, які народились в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. Дисертація ... канд. мед. наук. Київ: 191.
2. Граділь ОГ. (2015). Оваріальний резерв та його гормональна корекція при використанні програм допоміжних репродуктивних технологій. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харків: 23.
3. Калугіна ЛВ, Татарчук ТФ. (2018). Нові можливості корекції метаболічних порушень у жінок з СПКЯ. Репродуктивна ендокринологія. 1 (39): 27–32.
4. Молчанова ОВ. (2015). Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у жінок після екстракорпорального запліднення методом інтрацитоплазматичного введення сперматозоїдів у яйцеклітину. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Київ: 18.
5. Національний консенсус щодо ведення пацієнок з гіперандрогенією (2016). Репродуктивна ендокринологія. 4 (30): 15.
6. Подзолкова НМ, Кузнецова ИВ, Колода ЮА. (2015). Эндокринное бесплодие от программируемого зачатия до экстракорпорального оплодотворения. Москва: Гэотар-Медиа: 109.
7. Сидельникова ВМ. (2009). Эндокринология беременности в норме и при патологии. Москва: Медпресс-информ: 351.
8. Bargiote A, Diamanti-Kandarakis E. (2012). The effects of old, new and emerging medicines on metabolic aberrations in PSOS. The Adv. Endocrinol Metab. 3 (1): 27–47.
9. Conway G, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E et al. (2014). The polycystic ovary syndrome a position statement from the European Society of Endocrinology. Eur. J. Endocrinol. 171 (4): 1–29.
10. Pal L. (2014). Polycystic ovary syndrome: current and emerging concepts. New York: Springer: 340.

Сведения об авторах:

Туманова Лариса Евгеньевна — д.мед.н., проф., зав. отделением профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8. <https://orcid.org/0000-0002-4202-943X>

Коломиец Елена Владимировна — к.мед.н., ст.н.с. отделения профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «ИПАГ имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8. <https://orcid.org/0000-0003-4511-1663>

Рябенко Елена Павловна — к.мед.н., зав. женской консультации Репродуктивной клиники «Надія». Адрес: г. Киев, ул. М. Кривоноса, 19а.

Молчанова Елена Александровна — к.мед.н., врач женской консультации Репродуктивной клиники «Надія». Адрес: г. Киев, ул. М. Кривоноса, 19а.

Статья поступила в редакцию 21.01.2019 г.; принята в печать 11.06.2019 г.



It is our immense pleasure to invite all of speakers and delegates to «30th European Pediatrics Conference» which is to be held during October 07–08, 2019 in Dublin, Ireland. Through our theme «Current Emerging Trends to save a child», the conference will focus the recent advancements and new pediatric modes that can be enforced to the research and advancement which will take part in the Pediatric medicine, one step further.

The pediatrics 2019 is a non-profit organization and a confederation of national and international Pediatric societies. The main objectives of Pediatrics are to create a global network of Pediatric societies for the exchange of information and knowledge between the societies. The pediatrics 2019 particularly aspires to promote the growth of societies in lower-income countries and to promote the study and teaching of pediatric research in those countries.

Pediatrics Conference 2019

Opportunity to attend the presentations delivered by eminent scientists from all over the world Selected Pediatric research-contributions will be published in following Conference Series Journals

<https://europe.pediatricsconferences.org>