

Медико-соціальні особливості подружніх пар з невиношуванням вагітності

О. А. Щедров^{1,2}

¹Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчити медико-соціальні особливості подружніх пар з невиношуванням вагітності.

Матеріали та методи. Для виявлення доступних клініко-анамнестичних маркерів, що свідчать про необхідність поглибленого обстеження чоловіків, складений медико-соціальний портрет подружніх пар з невиношуванням вагітності. Для складання портрета проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз даних амбулаторних карт 100 подружніх пар, що консультуються та обстежені з приводу невиношування вагітності. До групи порівняння увійшли 50 подружніх пар без невиношування вагітності. Включення в дослідження здійснювалось методом суцільної вибірки.

Проаналізовані медико-соціальні особливості, анамнестичні дані, генітальні, соматичні захворювання і результати клініко-лабораторного обстеження чоловіків з пар з невиношуванням вагітності.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні, мікробіологічні та статистичні методи.

Результати. Нами проаналізовані медико-соціальні дані жінок і чоловіків у досліджуваних групах. Слід зазначити, що на етапі обстеження чоловіків в подружніх парах з невиношуванням вагітності ми зіткнулися з низкою особливостей, що ускладнює діагностику. Не всі чоловіки погоджувалися на обстеження. В більшості випадків відмова була пов'язана з відсутністю мотивації, зважаючи на факт успішного зачаття, також мали місце психологічний дискомфорт і неготовність до дослідження еякулята, у деяких випадках відмова від обстеження була мотивована релігійними переконаннями.

Вивчення анамнестичних даних продемонструвало, що хронічні соматичні захворювання частіше діагностовані у 68,0% жінок основної групи і в 40,0% групи порівняння ($p = 0,022$). Істотні відмінності між групами за структурою хронічної соматичної патології відсутні, проте є тенденція до частішого виявлення захворювань ендокринної системи у жінок основної групи проти учасниць групи порівняння (22,0% і 4,0% відповідно; $p=0,066$).

Висновки. Подружні пари з невиношуванням вагітності частіше перебувають у незареєстрованому шлюбі, ніж подружні пари з успішно реалізованим батьківством. У жінок з невиношуванням вагітності статистично значущо вище

частота хронічної соматичної патології і перенесених гінекологічних захворювань, особливо запального характеру проти жінок групи порівняння.

Генітальна уреоплазменна інфекція частіше діагностована у жінок з невиношуванням вагітності. У жінок з невиношуванням вагітності встановлені статистично значимі відмінності за індексом маси тіла у бік збільшення відносно жінок групи порівняння.

Ключові слова: безпліддя, подружні пари, медико-соціальні особливості, невиношування вагітності.

Запобігання невиношуванню вагітності належить до найважливіших завдань сучасного акушерства. На сьогодні, незважаючи на досягнуті результати в розумінні патогенетичних механізмів виникнення гестаційних втрат, удосконалення діагностичних і терапевтичних можливостей, частота невиношування вагітності стабільна і не має тенденції до зниження. Від 10% до 20% вагітностей, що клінічно діагностуються, переривається мимоволі, і невиношування представляє найчастіше ускладнення вагітності [1, 2].

З урахуванням загальних тенденцій демографічної ситуації в країні (зниження народжуваності, збільшення числа безплідних шлюбів) свідомий підхід при планування подальшої вагітності і медична допомога подружнім парам з невдалим результатом бажаних вагітностей стають усе більш значущими та актуальними. Важливим етапом у запобіганні повторним репродуктивним втратам є проведення повноцінної прегравідарної підготовки, яка включає виявлення можливих причинних чинників, що обумовлюють невиношування вагітності, цілеспрямовану коригуючу терапію з урахуванням встановлених порушень, реабілітаційну і терапевтичну підтримку на шляху до реалізації бажаної вагітності [3, 4].

В останнє десятиліття обговорюється роль чоловіка в невиношуванні вагітності, але кількість робіт нечисленна [5, 6]. Чоловічий чинник визнаний і безперечний при безплідному шлюбі, а щодо невиношування вагітності – роль цього чинника на сьогодні досліджується [7, 8].

Бурхливий розвиток допоміжних медичних технологій сприяє розширенню уявлень про механізми репродуктивних порушень, глибшому розумінню ролі чоловічих і жіночих гамет у заплідненні, гестації. Стає очевидною необхідність діагностичного пошуку етіологічних чинників невиношування вагітності не лише з позиції «мати–ембріон/плід», а з позиції «мати–батько–ембріон/плід» з обов'язковим обліком чоловічого чинника [9, 10]. Набуває актуальності значущість встановлення критеріїв і маркерів «абортогенності» чоловіків. «Абортогенний» чоловік – чоловік зі специфічними характеристиками сім'я, ведучими до загибелі ембріона і втрати вагітності [11, 12].

Оцінка особливостей медико-соціальних даних і стану репродуктивного здоров'я чоловіка при невиношуванні вагітності разом з обстеженням жінок, пошук якісних індикаторів чоловічих репродуктивних невдач можуть сприяти розширенню діагностичних можливостей і поліпшенню якості надання медичної допомоги подружнім парам з невиношуванням вагітності.

Мета дослідження: вивчити медико-соціальні особливості подружніх пар з невиношуванням вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виявлення доступних клініко-анамнестичних маркерів, що вказують на необхідність поглибленого обстеження чоловіків, було складено медико-соціальний портрет подружніх пар з невиношуванням вагітності. Для складання портрета проведено

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

ретроспективний клініко-статистичний аналіз даних амбулаторних карт 100 подружніх пар, що консультуються та обстежені з приводу невиношування вагітності.

До групи порівняння увійшли 50 подружніх пар без невиношування вагітності. Включення пацієнтів у дослідження було здійснено методом суцільної вибірки. Проаналізовані медико-соціальні особливості, анамнестичні дані, генітальні, соматичні захворювання і результати клініко-лабораторного обстеження чоловіків з пар з невиношуванням вагітності.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні, мікробіологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основна група була представлена 100 подружніми парами, які обстежені з приводу невиношування вагітності. Усього у цих подружніх парах зафіксовано 140 репродуктивних втрат до 22 тиж вагітності, з яких 128 (91,4%) були ранні (до 12 тиж), 12 (8,6%) – пізні (з 13 до 22 тиж). Окрім гестаційних втрат, у жінок зафіксовано 20 вагітностей, які завершилися пологами, 17 з них – своєчасними, 3 – передчасними, 25 вагітностей було перервано штучним абортom по побажанням подружжя. Перша вагітність завершилася абортom у 10 (10,0%) жінок, 3 вагітності були ектопічними. Усього у жінок цієї групи було 188 вагітностей.

У 29 (29,0%) подружніх пар зафіксовано один мимовільний викидень, у 60 (60,0%) пар – 2 і більше. У 78 (78,0%) жінок викидень був первинним. Усі випадки спорадичного викидня були первинними. У структурі невиношування вагітності частка вагітності, що не розвивається, становила 66,0%. Водночас 73,0% ранніх втрат вагітності сталися на терміні 5–8 тиж.

Аналіз сімейного стану продемонстрував, що в зареєстрованому шлюбі перебували 75,0% подружніх пар. Шлюб був першим для 76,0% жінок і 75,0% чоловіків. У спільному шлюбі діти були в 15,0% подружніх пар. Поза шлюбom діти були у 5 жінок і 13 чоловіків. У групі порівняння всі жінки перебували в першому шлюбі ($p = 0,027$), шлюб був першим для 86,0% чоловіків. Шлюб був офіційно зареєстрований у 95,0% подружніх пар ($p = 0,038$).

Були проаналізовані медико-соціальні дані жінок і чоловіків у досліджуваних групах. Слід зазначити, що на етапі обстеження чоловіків в подружніх парах з невиношуванням вагітності ми зіткнулися з низкою особливостей, що ускладнюють проведення діагностики. Не всі чоловіки погоджувалися на обстеження. У більшості випадків відмова була пов'язана з відсутністю мотивації, зважаючи на факт успішного зачаття, також мали місце психологічний дискомфорт і неготовність до дослідження еякулята, у деяких випадках відмова від обстеження була мотивована релігійними переконаннями.

Жінки основної групи були віком від 20 до 39 років. Медіана віку становила 28,5 (26; 32) року. Переважаюча більшість пацієнток мали вищу освіту (80,0%).

Вивчення анамнестичних даних продемонструвало, що хронічні соматичні захворювання частіше діагностовані у 68,0% жінок основної групи і в 40,0% в групі порівняння ($p = 0,022$). Істотні відмінності між групами, що вивчаються, по структурі хронічної соматичної патології відсутні, проте є тенденція до частоти виявлення захворювань ендокринної системи у жінок основної групи відносно учасниць групи порівняння (22,0% і 4,0% відповідно; $p = 0,066$). Аутоімунний тиреоїдит був діагностований у 9,0% жінок з невиношуванням вагітності та у 2,0% пацієнток групи порівняння ($p = 0,443$). Хронічний вірусний гепатит був встановлений у 2,0% жінок основної групи ($p = 1,000$).

Оперативні втручання в анамнезі спостерігалися у 26,0% жінок з невиношуванням вагітності і 18,0% у групі порівняння ($p = 0,433$). Водночас операції на органах малого таза були у 16,0% учасниць основної групи і у 8,0% групи порівняння ($p = 0,382$).

Аналіз гінекологічної захворюваності довів, що у 51,0% жінок основної групи і 22,0% групи порівняння зафіксовані гінекологічні захворювання запального і незапального характеру ($p = 0,018$). У структурі гінекологічних захворювань у жінок основної групи переважали хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів, які були діагновані у 35,0% представниць цієї групи. У групі порівняння хронічний запальний процес жіночих статевих органів, зокрема хронічний ендометрит, мав місце у 4,0% жінок ($p = 0,001$). У групі порівняння структура гінекологічних захворювань була представлена доброякісними захворюваннями шийки матки ($n = 3$), міомою матки у поєднанні з хронічним ендометритом ($n = 1$), зовнішнім генітальним ендометріозом ($n = 1$). Порушення менструальної функції в анамнезі зафіксовано у 19,0% жінок основної групи переважно за типом олігоменореї і опсоменореї. У групі порівняння даних щодо порушення менструального циклу не було ($p = 0,035$).

Лікування з приводу інфекцій, що передаються статевим шляхом, в анамнезі було у 37,0% жінок основної групи і у 32,0% жінок групи порівняння ($p = 0,627$).

При вивченні даних про методи контрацепції в досліджуваних групах встановлено, що 42,0% жінок основної групи і 28,0% жінок групи порівняння використовували комбіновані оральні контрацептиви. У групі порівняння методом, що віддається перевага, контрацепції був бар'єрний (54,5%). Проте порівняльний статистичний аналіз не виявив істотних відмінностей за методами контрацепції в досліджуваних групах ($p = 0,462$).

ВИСНОВКИ

Подружні пари з невиношуванням вагітності частіше перебувають у незареєстрованому шлюбі, ніж подружні пари з успішно реалізованим батьківством. У жінок з невиношуванням вагітності статистично значущо вище частота хронічної соматичної патології і перенесених гінекологічних захворювань, особливо запального характеру, відносно жінок групи порівняння. Генітальна уреaplазменна інфекція частіше діагнована у жінок з невиношуванням вагітності, у яких також встановлено статистично значущі відмінності за індексом маси тіла у бік збільшення відносно жінок групи порівняння.

Medical-and-social features of matrimonial pair are with miscarriage of pregnancy

O. A. Shchedrov

The objective: to learn the medical-and-social features of matrimonial pair with miscarriage of pregnancy.

Materials and methods. For the exposure of accessible clinical-and-anamnestic markers, indicative on the necessity of deep inspection of men, the medical-and-social portrait of matrimonial pair is made with miscarriage of pregnancy. For drafting of portrait the retrospective is conducted clinical-and-statistical analysis of these ambulatory maps 100 matrimonial pair which are advised and inspected concerning miscarriage of pregnancy in a matrimonial pair. 50 matrimonial pair without miscarriage of pregnancy made the group of comparison.

Set is carried out by the method of continuous selection. Medical-and-social features are analysed, anamnestic information, genital, somatopathies and results clinical-and-laboratory inspection of men from pair with miscarriage of pregnancy.

To the complex of the conducted researches clinical, laboratory, instrumental, microbiological and statistical methods were included.

Results. We analyse medical-and-social information of women and men in the investigated groups. It should be noted that on the stage of inspection of men in matrimonial pair with miscarriage of pregnancy, we ran into the row of features which hamper diagnostics. Not all men agreed to the inspection. In most cases a refuse was related to absence of motivation because of fact of successful conception, also psychological discomfort and unreadiness took place to research of ejaculate, in a number of cases the waiver of inspection was explained by religious persuasions. The study of anamnestic information retined that chronic somatopathies are more frequent diagnosed in 68,0% women of basic group and in 40,0% in the group of comparison ($p = 0.022$). Substantial differences between groups which are studied, on the structure of chronic somatic pathology were absent, however there is a tendency to more frequency of occurrence of diseases of the endocrine system for the women of basic group in relation to the participants of group of comparison (22,0% and 4,0% respectively, $p=0,066$).

Conclusions. Matrimonial pair with miscarriage of pregnancy more frequent are in unregistered marriage, what matrimonial pair with the successfully realized paternity. For women with miscarriage of pregnancy statistically meaningfully higher frequency of chronic somatic pathology and carried gynaecological diseases, especially inflammatory character, in relation to the women of group of comparison.

A genital ureaplasma infection is more frequent diagnosed for women with miscarriage of pregnancy. For women with miscarriage of pregnancy meaningful differences are set statistically on the body mass index toward an increase in relation to the women of group of comparison.

Keywords: *infertility, matrimonial pair, medical-and-social features, miscarriage of pregnancy.*

Відомості про автора

Щедров Андрій Олександрович – Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
ORCID: 0000-0002-1737-9171; e-mail: retyash@email.ua

Information about the author

Shchedrov Andrey O. – Karazin Kharkiv national university
ORCID: 0000-0002-1737-9171; e-mail: retyash@email.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Akanksha, Mehta, 2021. Limitations and barriers in access to care for male factor infertility / Mehta Akanksha, Ajay K. Nangia, James M. Dupree, James F. Smith. // *Fertil Steril.*:2:1 128–37.
2. Aparicio-Ruiz, B., 2022. Automatic time-lapse instrument is superior to single-point morphology observation for selecting viable embryos: retrospective study in oocyte donation / B. Aparicio-Ruiz, N. Basile, S Pérez Albalá, F Bronet, J Remohí, M Meseguer // *Fertil Steril.*:5: 1379-85.
3. Araujo Júnior, E., 2020. Three-dimensional power Doppler placental vascularisation indices in early pregnancy: a pilot study / E. Araujo Júnior, L.M. Nardozza, P.M. Nowak, L.C. Rolo, H.A. Guimarães Filho, A.F. Moron // *Journal of Obstetrics and Gynaecology*:4:283-95.
4. Balayla, Jacques, 2023. Neurodevelopmental Outcomes After Assisted Reproductive Technologies / Jacques Balayla, Odile Sheehy, Fraser, William D., Séguin, Jean R., Jacquetta Trasler, Monnier Patricia, Mac Leod, A. Andrea, Simard, Marie-Noëlle, Gina Muckle, Anick Bérard // *Obstetrics & Gynecology*:129:2:265–72.
5. Banker, M., 2022. Pregnancy outcomes and maternal and perinatal complications of pregnancies following *in vitro* fertilization/intracytoplasmic sperm injection using own oocytes, donor oocytes, and vitrified embryos / M. Banker, V. Mehta, D. Sorathiya, M. Dave, S. Shah // *A prospective follow-up study*:3:241-249.
6. Blake, L., 2024. Gay father surrogacy families: relationships with surrogates and egg donors and parental disclosure of children's origins / L. Blake, N. Carone, J. Slutsky, E. Raffanello, A.A. Ehrhardt, S. Golombok // *Fertil Steril.*:7:1503-1509.
7. Blázquez, 2023. A. Is oocyte donation a risk factor for preeclampsia? A systematic review and meta-analysis / A. Blázquez, D. García, A. Rodríguez, R. Vassena, F. Figueras, V. Vernaeve // *Assist Reprod Genet.*:7: 855-63.

8. Brinton, L.A., 2022. Fertility drugs and the risk of breast and gynecologic cancer / L.A. Brinton, V.V. Sahasrabudhe, D. Scoccia // *Semin Reprod Med.*:6:131–45.
9. Camilla, W. Rich., 2023. Addressing the emotional barriers to access to reproductive care / Camilla, W. Rich, Alice D. Domar // *Fertil Steril.*:5:1124–7.
10. Carone, N., 2024. Italian gay fathers' experiences of transnational surrogacy and their relationship with the surrogate pre- and post-birth / N. Carone, R. Baiocco, V. Lingiardi // *Reprod Biomed Online*:10:181-90.
11. Carter, E. B., 2024. The Impact of Chorionicity on Maternal Pregnancy Outcomes / E.B. Carter, K.C. Bishop, K.R. Goetzinger, M.G. Tuuli, A.G. Cahill // *Am J Obstet Gynecol*:13:P.390-9.
12. Caserta, D., 2023. Maternal and perinatal outcomes in spontaneous versus assisted conception twin pregnancies / D. Caserta // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*: 4: 64–69.