

DOI: 10.52705/2788-6190-2022-04-1
УДК 618.177-02:618.3/5-036.1

Порівняльні аспекти клінічного перебігу вагітності та пологів у жінок із поєднаними формами безпліддя

О.О. Берестовий

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

Мета дослідження: вивчення клінічного перебігу вагітності та перинатальні наслідки розродження у жінок з безпліддям поєданого генезу.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 180 жінок, яких було розподілено на групи. До першої групи увійшли 90 пацієток з різними формами та методами лікування безпліддя із застосуванням загальноприйнятих прогностичних та лікувально-профілактичних заходів. До другої групи включено 90 пацієток з безпліддям в анамнезі, які завагітніли в результаті проведення допоміжних репродуктивних технологій. Залежно від етіологічного фактора безпліддя пацієток було розподілено на підгрупи.

Результати. Встановлено, що репродуктивні втрати як ускладнення вагітності більшою мірою обумовлені причинами безпліддя. Крім того, на перебіг та наслідки I триместру, незалежно від причин безпліддя, несприятливо впливає таке ускладнення стимуляції овуляції, як синдром гіперстимуляції яєчників. Виражені гормональні порушення в ранні терміни (як первинно існуючі, так і ятрогенні) складають передумови для розвитку ускладнень у більш пізні терміни вагітності (загроза переривання, істміко-цервікальна недостатність, пре-еклампсія, затримка росту плода).

Зважаючи на те, що пацієнтки після застосування допоміжних репродуктивних технологій входять до групи високого ризику щодо невиношування вагітності і передчасних пологів, при адекватному індивідуальному підході можливо досягнення значного відсотка сприятливих наслідків – «take home baby». Індивідуальний підхід до вибору методу розродження з урахуванням причини безпліддя в анамнезі слугує вирішенню актуального завдання сучасного акушерства – зниженню частоти кесарева розтину.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що жінок з безпліддям різного генезу, які завагітніли завдяки застосуванню допоміжних репродуктивних технологій або без них, входять до групи високого ризику щодо розвитку перинатальних ускладнень, причому в прямій залежності від генезу безпліддя. Отримані дані дозволяють передивитись традиційну тактику ведення вагітності та розродження пацієток з безпліддям різного генезу.

Ключові слова: вагітність, пологи, безпліддя поєданого генезу.

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

Проблема лікування жіночого безпліддя сьогодні набуває величезного не тільки медичного, але і соціально-демографічного значення. Розвиток сучасних технологій діагностики і лікування жіночого безпліддя дозволяє збільшити кількість жінок, у яких настає вагітність. Проте ці пацієнтки входять до групи високого ризику щодо виникнення невиношування і плацентарної дисфункції, які є основними причинами високого рівня перинатальної патології [1–3].

Не менш важливим є і той факт, що пацієнтки зазвичай віком старше 30 років, мають обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, супутні соматичні захворювання, раніше лікувалися з приводу безпліддя, нерідко страждають ендокринними порушеннями або вираженими анатомічними змінами органів малого таза, генетичною патологією.

Перебіг вагітності та пологів у такої групи жінок частіше ускладнюється акушерською та перинатальною патологією, що може спричинити погіршення кінцевих результатів проведеного лікування безпліддя [4–6].

Можна стверджувати, що значна частина факторів дитячої інвалідності діють в ранні періоди життя. Для пояснення цієї закономірності необхідно взяти до уваги незадовільний стан здоров'я жінок репродуктивного віку. Соматичні та нервово-психічні захворювання реєструють у 40–60% вагітних. Погіршення економічної та екологічної ситуації негативно впливає на здоров'я жінок.

За останні роки відзначається висока частота безпліддя, прееклампсії, анемії вагітних, маткових кровотеч, загрози викидня, артеріальної гіпертензії у жінок тощо. Водночас внесок спадковості в патологію репродуктивної функції жінок доволі значний і може становити 83,6% [7–9].

Розвиток сучасних технологій діагностики і лікування жіночого безпліддя дозволяє підвищити кількість жінок, у яких настає вагітність. Проте ці пацієнтки складають входять до групи високого ризику щодо розвитку плацентарної недостатності, невиношування і недоношування вагітності, які є основними причинами високого рівня перинатальної патології [10–12].

На думку провідних неонатологів Є.Є. Шуцько і співавторів (2020), діти, народжені від матерів із різними формами безпліддя, є групою високого ризику щодо постнатальної дизадаптації і частіше хворіють протягом першого року життя.

Зважаючи на наукові дослідження, присвячені вивченню вагітності і пологів у жінок з різними формами безпліддя, на сьогодні відсутній чіткий алгоритм ведення цих пацієнток як на предгравідарному етапі, так і під час гестаційного періоду. Крім того, відсутні методики прогнозування перинатальної патології й ефективної профілактики з урахуванням форми і методів лікування жіночого безпліддя. Також визначений алгоритм пренатального ехографічного і клінічного моніторингу пацієнток в різні терміни вагітності і тактика їх розродження. Усе це свідчить про актуальність вибраного наукового напрямку і вирішення сучасної акушерської проблеми.

Усе більше поширюється лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Однак, не дивлячись на постійну увагу до проблеми ведення та перебіг вагітності після застосування ДРТ, залишаються досі не вирішеними багато питань, а саме: залежність форми та частоти розвитку акушерської патології від етіологічного фактора безпліддя, перинатальні наслідки розродження у пацієнток з безпліддям різного генезу тощо.

Важливим є і той факт, що пацієнтки, які включені в програму лікування ДРТ, зазвичай:

- віком старше 30 років,
- мають обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, супутні соматичні захворювання,

- раніше довго і безуспішно лікувалися з приводу безпліддя,
- нерідко страждають ендокринними порушеннями або вираженими анатомічними змінами органів малого таза.

Перебіг вагітності і пологів у цих жінок може частіше ускладнюватись акушерською та перинатальною патологією і призводити до погіршення кінцевих результатів проведеного лікування безпліддя.

Водночас досвід, отриманий при веденні значного числа вагітностей, що наступили в результаті застосування ДРТ, дозволить провести аналіз і оцінку таких ускладнень, як загроза абортів, багатоплідність, ектопічна і завмерла вагітність. Усе це позитивно відображається на виборі більш адекватних шляхів профілактики і лікування цих станів у майбутньому.

Мета дослідження: вивчення клінічного перебігу вагітності та перинатальних наслідків розродження у жінок з безпліддям різного генезу та різними методами лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведене обстеження 180 жінок, які були розподілені на дві групи:

- перша група – 90 пацієнок з різними формами та методами лікування безплідності із застосуванням загальноприйнятих прогностичних та лікувально-профілактичних заходів,
- друга група – 90 пацієнок з безпліддям в анамнезі, вагітність яких наступила в результаті застосування ДРТ.

Усіх пацієнок було розподілено на підгрупи залежно від етіологічного фактора безпліддя.

У першу підгрупу увійшли 30 пацієнок з трубно-перитонеальним безпліддям, які завагітніли самостійно, і 30 пацієнок з трубно-перитонеальним безпліддям, які завагітніли після застосування ДРТ.

Термін інфертильності у жінок, які завагітніли самостійно, коливався у межах від 1,5 до 9,6 року (у середньому – $7,3\pm 3,4$ року) та в межах від 2 до 8,7 року (у середньому – $5,6\pm 0,6$ року). Вік усіх пацієнок з трубно-перитонеальним безпліддям в обох підгрупах був від 26 до 38 років.

Жінки, які взяли участь у дослідженні, не мали надмірної маси тіла, індекс маси тіла (ІМТ) у першій підгрупі в середньому становив $24,7\pm 2,2$, у другій – $23,3\pm 2,1$, що дещо нижче від норми (25–27). Було зафіксовано незначну частоту загальних соматичних захворювань. У ході аналізу акушерсько-гінекологічного анамнезу встановлено, що частота артифіційних абортів у пацієнок з трубно-перитонеальним безпліддям у першій підгрупі становила 24,8%, у другій підгрупі – 26,7%. Вагітність, що не розвивається в анамнезі, відзначена у 3,9% та 3,3% пацієнок відповідно, а пологи – у 12,7% та 10,0% обстежених відповідно. Сальпінгіт в анамнезі відзначено в анамнезі у 32,8% пацієнок, ендометрит – у 36,7% пацієнок, з яких у 68,7% та 89,2% жінок відповідно причиною запального процесу були захворювання, які передаються статевим шляхом.

У 39,7% та 46,7% обстежених пацієнок відповідно в анамнезі відзначено наявність різних оперативних втручань на органах черевної порожнини, наслідки яких спричинили спайкову непрохідність маткових труб. Для лікування трубно-перитонеального безпліддя застосовували комплекс лікувально-профілактичних заходів для відновлення прохідності маткових труб, в який входило антибіотикотерапія, фізпроце-

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

дури, курортотолікування, метросальпігографії, лапароскопічні операції по відновленню прохідності маткових труб в першій підгрупі та застосування класичної програми ДРТ. З першої спроби ДРТ вагітність наступила в 33,3%, з 2–5 спроби – в 46,7%, у 20,0% спостережень для настання вагітності необхідно було більше 5 спроб ДРТ.

До другої підгрупи увійшли 30 пацієнток з ендокринним безпліддям в анамнезі, що завагітніли самостійно та 30 жінок з ендокринним безпліддям в анамнезі, що завагітніли за допомогою ДРТ. Статистично-значущої різниці між першою та другою підгрупою пацієнток з ендокринним безпліддям виявлено не було. Відповідно гіперпролактинемія діагностовано у 10,0% жінок, синдром полікістозних яєчників з наявністю гіперандрогенії виявлено у 66,3% пацієнток, гіперандрогенію змішаного генезу – у 23,3% в обох підгрупах. Термін інфертильності становив від 3,3 до 6,2 року (у середньому – $3,7 \pm 0,5$ року).

Вік пацієнток двох підгруп коливався від 20 до 38 років, причому середній вік обстежених з ендокринним безпліддям становив $25,1 \pm 1,2$ року, що в 1,3 раза нижче, ніж у групі з трубно-перитонеальним безпліддям. Більшість пацієнток (76,7%) з ендокринним безпліддям були віком до 28 років.

Дослідження стану соматичного здоров'я дозволило виявити широкий спектр захворювань (порушення жирового обміну, нейроциркуляторна дистонія, фіброзно-кістозна мастопатія, патологія щитоподібної залози) в обох підгрупах.

Акушерський анамнез у пацієнток із вторинним ендокринним безпліддям був обтяжений в обох підгрупах відповідно. Переривання вагітності за типом мимовільного викидня у I і II триместрах відзначено у 38,2% та 40,0% спостережень, вагітність що не розвивається – у 46,7% та 50,0% відповідно.

У 73,5% та 90,0% спостережень виявлено порушення менструального циклу у двох підгрупах. Аналіз гінекологічної захворюваності продемонстрував, що в цих двох підгрупах зафіксовано високу частоту гіперплазії ендометрія – 29,3% та 33,3%, поліпозу ендометрія – 12,4% та 16,7%, каналу шийки матки – 9,2% та 10,0%, фонних захворювань шийки матки – 21,7% та 26,7% спостережень. У хворих з гіперандрогенією змішаного генезу в анамнезі було відзначено наявність фолікулярних кіст та кіст жовтого тіла. Спроби оперативного лікування безпліддя (каутеризація яєчників) проводили в обох підгрупах, у 40,4% пацієнток із синдромом полікістозних яєчників, термін давності проведеної операції у 10,2% хворих становив 1–2 роки, у 30,2% пацієнток – 3 роки і більше.

Класична програма ДРТ у пацієнток з ендокринним безпліддям була доповнена попередньою десинтезацією гіпофізу за допомогою агоністів гонадотропін-релізінг-гормону (а-ГнРГ). З 1–2 спроби завагітніли 16,7% пацієнток з ендокринною формою безпліддя. У 46,7% хворих для досягнення вагітності необхідно було 2–4 спроби екстракорпорального запліднення, у 26,7% – від 5 до 7 спроб і у 10,0% програма ЕКЗ застосовували більш як у 7 випадках.

У третю підгрупу було включено 30 пацієнток з чоловічим фактором безпліддя. Час перебігу безпліддя коливався від 4,4 до 11,2 року (у середньому – $5,2 \pm 0,5$ року). Вік пацієнток даної групи коливався від 21 до 39 років (у середньому – $26,1 \pm 2,5$ року). Учасниці дослідження були різних вікових категорій, але найбільше пацієнток із чоловічим фактором безпліддя були віком до 34 років.

Аналіз акушерського анамнезу дозволив встановити, що у 46,7% пацієнток причиною безпліддя був чоловічий фактор, у них були відзначені повторні пологи. Частота артифіційних абортів становила 20,0%, вагітність, що не розвивалася в анамнезі – 6,7% випадків. Частота гінекологічних захворювань у підгрупі пацієнток

з чоловічим фактором безпліддя також була невисокою – зафіксовано 3,3% випадків із запальними захворюваннями статевих органів.

У цій підгрупі класична програма ДРТ була доповнена методикою інтрацитоплазматичної ін'єкції єдиного сперматозоїда в яйцеклітину (ІКСІ).

У 73,3% пацієток настання вагітності відбулося за 1–2 спроби ЕКЗ, від 2 до 4 спроб ЕКЗ необхідно було у 20,0% обстежених і тільки 6,7% завагітніли після застосування понад 5 спроб.

Аналіз наслідків вагітностей проводили залежно від гестаційного терміну, відповідно з яким розрізняли:

- вагітність, що не прогресує та мимовільний викидень у I триместрі,
- пізній мимовільний викидень у II триместрі,
- передчасні пологи від 28 до 34 тиж гестації,
- передчасні пологи в терміні 34–37 тиж,
- своєчасні пологи.

Несприятливими вважали наслідки вагітності за наявності репродуктивних втрат у I та II триместрах, а також передчасні пологи.

Результати дослідження були оброблені методом варіаційної статистики із застосуванням параметричних та непараметричних критеріїв.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Резюмуючи результати клінічного перебігу I триместра вагітності у пацієток обох груп слід зазначити, що було виявлено фактори, які сприяють репродуктивним втратам у I триместрі вагітності у пацієток із трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі:

- низький індекс маси тіла,
- первинний характер безпліддя та його перебіг більше 5 років,
- запальний генез непрохідності маткових труб.

Факторів, які доповнюють ризик репродуктивних втрат у I триместрі, при чоловічому безплідді виявлено не було. Встановлено, що у 6,7% пацієток вагітність перервалася у 5–6 тиж за типом завмерлої (анембріонія). Даний факт, ймовірно, пояснюється неповноцінними сперматозоїдами, які були введені в цитоплазму яйцеклітини, формуванням генетично аномальних ембріонів та є проявом натурального відбору.

Характеризуючи загалом I триместр вагітності, яка настала в результаті застосування ДРТ, необхідно відзначити, що ранні терміни вагітності є «критичним» для пацієток з безпліддям в анамнезі, незалежно від його причини та характеризується більш високою частотою репродуктивних втрат та загрози переривання, особливо виражених у другій підгрупі в I триместрі вагітності. Ризик неблагополучного наслідку підвищується при розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників.

Другий триместр вагітності, яка наступила самостійно та в результаті застосування ДРТ, у пацієток з безпліддям різного генезу в анамнезі характеризувався більш благополучним перебігом, ніж ранні терміни, та меншою частотою репродуктивних втрат.

Без урахування етіологічного фактора безпліддя частота репродуктивних втрат у II триместрі вагітності становила 4,4% (у 4 з 90) та 3,3% (у 3 з 90) відповідно. Значні відмінності виявлені під час аналізу залежно від причини безпліддя. Так, у групі із трубно-перитонеальним безпліддям у першій підгрупі пізніх мимовільних викиднів не було, а в другій підгрупі пізній мимовільний викидень відбувся в 1 (3,3%) пацієтки, при ендокринному безплідді – у першій підгрупі відбувся у 1 (3,3%), а в другій – у 2 (6,7%) вагітних. За наявності чоловічого фактора безпліддя у II триместрі вагітності

репродуктивних втрат виявлено не було. Більш низький показник, отриманий в цьому дослідженні, зумовлений відсутністю багатопліддя в обстежених пацієнток.

Причиною мимовільного викидня в терміні 16–22 тиж у всіх 4 пацієнток була істміко-цервікальна недостатність. У пацієнтки з групи з трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі причиною даного ускладнення була неодноразова механічна травма шийки матки. Окрім цього в якості фактора ризику переривання вагітності в II триместрі у цієї пацієнтки правомірно розраховувати на наявність персистоючої урогенітальної інфекції.

Другий триместр вагітності у пацієнток із трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі та при чоловічому безплідді в обох групах характеризувався більш благополучним перебігом, ніж ранні терміни, та меншою частотою репродуктивних втрат. Водночас у пацієнток з ендокринним безпліддям в анамнезі не відзначено вираженої тенденції до покращення перебігу вагітності.

Під час оцінювання перебігу вагітності та пологів у III триместрі вагітності, яка настала в результаті застосування ДРТ, в якості важливого критерію ми брали показник «take home baby». Цей показник був відносно високим при трубно-перитонеальному та чоловічому безплідді (83,3% і 93,3% відповідно). Вдвоє нижчою була частота даного найбільш благополучного наслідку вагітності при ендокринному безплідді в анамнезі (50,0%).

При ендокринному безплідді в анамнезі виявлена найбільша частота передчасних пологів – 26,7%. Водночас при чоловічому безплідді в анамнезі ця частота була найменшою і не відрізнялась від загально-популяційної – 3,3%. При трубно-перитонеальному безплідді в анамнезі частота передчасних пологів займала середнє положення і становила 6,7%. Про більш благополучний наслідок вагітності у III триместрі в групі пацієнток при чоловічому безплідді свідчить той факт, що у пацієнток після застосування ДРТ всі передчасні пологи відбулись в термін 34–37 тиж. Частота передчасних пологів у 34–37 тиж була найбільшою при ендокринному безплідді в анамнезі.

Незалежно від генезу безпліддя у всіх пацієнток з передчасними пологами перебіг вагітності з ранніх термінів був ускладнений загрозою переривання:

- у 3,3% із трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі – на фоні хронічної урогенітальної інфекції,
- у 6,7% з ендокринним безпліддям в анамнезі – на фоні істміко-цервікальної недостатності.

Зазначене вище ще раз підтверджує необхідність обліку генезу безпліддя для ведення вагітності після застосування ДРТ.

Водночас була відзначена тенденція до зниження частоти загрози переривання вагітності у III триместрі у пацієнток з чоловічим безпліддям в анамнезі, тоді як у пацієнток з ендокринним та трубно-перитонеальним безпліддям до кінця вагітності статистично значущого зниження частоти загрози переривання вагітності порівняно з II триместром не виявлено.

Серед других ускладнень III триместра у пацієнток після застосування ДРТ привертає увагу висока частота прееклампсії. Згідно зі світовою літературою, у дослідженнях без урахування етіологічного фактора безпліддя наводиться різноманітна частота прееклампсії у пацієнток після ДРТ (від 32,7% до 63,1%), що, без сумніву, вище частоти в загальній популяції (від 13,2% до 32,1%) (27-th World Congress of Fertility and Sterility, 2019).

У III триместрі відзначена відносно однакова частота прееклампсії у пацієнток з ендокринним та трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі (по 23,3% відпо-

відно). Більш низька частота прееклампсії у цьому дослідженні порівняно з літературними даними, ймовірно, обумовлена виключенням з дослідження пацієток з багатоплідною вагітністю, яка супроводжується високими показниками частоти прееклампсії. Підвищення частоти прееклампсії у III триместрі порівняно з II триместром при чоловічому безплідді є статистично непоказовим та відповідає загальнопопуляційним значенням.

При диференційованому підході з урахуванням етіології безпліддя було відзначено, що висока частота затримки росту плода характерна тільки для пацієток з ендокринним безпліддям в анамнезі (23,3%), тоді як частота цього ускладнення при трубно-перитонеальному безплідді в анамнезі становила 6,7%, а при чоловічому безплідді була у рамках загальнопопуляційних значень (3,3%). Водночас ця частота за даними літератури становить від 18% до 29,3%, що у 6–9 разів вище, ніж у популяції (27-th World Congress of Fertility and Sterility, 2019). Отримані нами дані не погоджуються з літературними, що може також пояснюватися відсутністю багатоплідних вагітностей.

Обтяжений акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез, обтяжений перебіг вагітності у пацієток після застосування ДРТ визначають метод розродження. Результати дослідження свідчать, що незалежно від причини безпліддя частота кесарева розтину становили 32,3%, що у 2–3 рази нижче, ніж за даними літератури (27-th World Congress of Fertility and Sterility, 2019), оскільки в дослідженні брали участь пацієтки з одноплідною вагітністю.

Виявлено, що найменша частота кесарева розтину зафіксована при безплідді – 26,7%. У пацієток з ендокринним та трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі частота абдомінального розродження становила 36,7% і 40,0% відповідно.

Зважаючи на подібну частоту кесарева розтину при трубно-перитонеальному та ендокринному безплідді в анамнезі значущі розбіжності були виявлені при аналізі показань до абдомінального розродження. Ведучим показанням до кесарева розтину при ендокринному безплідді була прееклампсія (у 83,3% пацієток). Водночас це ускладнення вагітності було підставою для проведення кесарева розтину тільки у 26,7% вагітних при трубно-перитонеальному безплідді в анамнезі. При чоловічому безплідді частка гестозу, як основного показу до оперативного розродження, була значно нижчою та становила 13,3%.

Обтяжений акушерський анамнез (безпліддя, ДРТ) було головним показанням до кесарева розтину у 86,7% пацієток при чоловічому безплідді та у 63,3% – при трубно-перитонеальному безплідді в анамнезі. У решті пацієток основним показанням до кесарева розтину були інші акушерські ускладнення.

Отже, для визначення оптимального методу розродження у пацієток після застосування ДРТ насамперед необхідно враховувати етіологічний фактор безпліддя та особливості перебігу вагітності, а не наявність програми ДРТ в анамнезі, як факту. Резервом зниження частоти кесарева розтину після застосування ДРТ безумовно була група пацієток із чоловічим безпліддям, соматичний анамнез у яких не обтяжений, а вагітність характеризується благополучним перебігом, а також пацієток віком до 30 років із трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі при неускладненому перебігу вагітності.

Враховуючи високу частоту передчасних пологів та прееклампсії в групі пацієток після застосування ДРТ, актуальним є вивчення стану здоров'я дітей (тільки у 10,0% дітей виявлені ті чи інші ускладнення раннього неонатального періоду).

Репродуктивні втрати як ускладнення вагітності переважно обумовлені причинами безпліддя. Крім того, на перебіг та наслідок I триместра, незалежно від при-

чин безпліддя, несприятливо впливає таке ускладнення стимуляції овуляції, як синдром гіперстимуляції яєчників. Виражені гормональні порушення в ранні терміни (як первинно існуючі, так і ятрогенні) є передумовою для розвитку ускладнень в більш пізні терміни вагітності (загроза переривання, істміко-цервікальна недостатність, преєклампсія, затримка зростання плода).

Зважаючи на те, що пацієнтки після застосування ДРТ входять до групи високого ризику відносно невиношування вагітності і передчасних пологів, при адекватному індивідуальному підході можливе досягнення високої частоти сприятливих наслідків – «take home baby». Індивідуальний підхід до вибору методу розродження з урахуванням причини безпліддя в анамнезі слугуватиме вирішенню актуального завдання сучасного акушерства – зниженню частоти кесарева розтину.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки із безпліддям різного генезу, вагітність у яких наступила внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій або без їх застосування, входять до групи високого ризику щодо розвитку перинатальних ускладнень, причому в прямій залежності від генезу безпліддя.

Отримані дані дозволяють переглянути традиційну тактику ведення вагітності та розродження пацієнток з безпліддям різного генезу.

Women have comparative aspects of clinical motion of pregnancy and births with the united forms of infertility

O. O. Berestoviy

The objective: to learn clinical motion of pregnancy and perinatal consequences of delivery for women with infertility of the united genesis.

Materials and methods. There was the conducted inspection 180 women which were up-diffused on two sub-groups: in the first sub-group there were 90 patients with different forms and methods of treatment of infertility, conducted on the generally accepted predictive and treatment-and-prophylactic measures, in the second sub-group – 90 patients with infertility in anamnesis, pregnancy of which came as a result of auxiliary genesial technologies. All patients were up-diffused on groups depending on the etiologic factor of infertility.

Results. It is set that genesial losses as complications of pregnancy in a greater measure are conditioned by reasons of infertility. In addition, on motion and investigation to a 1 trimester, regardless of reasons of infertility, such complication of stimulation of ovulation influences unfavorably, as a syndrome of overstimulation of ovaries. Hormonal violations are expressed in early terms (both initially existing and paratherapeutic) make pre-conditions for development of complications in more late terms of pregnancy (threat of breaking, isthmic-cervical insufficiency, preeclampsia, delay of growth of fetus).

Because of that patients after auxiliary genesial technologies make the group of high risk in relation to unmaturing of pregnancy and premature births, at adequate individual approach possible achievement of high-purity of favourable consequences – «take home baby». The individual going near the choice of method of delivery taking into account reason of infertility in anamnesis will serve to the decision of actual task of modern obstetrics - decline of frequency caesar to the section.

Conclusions. The results of the conducted researches testify that women with infertility of different genesis, pregnancy in which came as a result of auxiliary genesial technologies or without their application, make the group of high risk in relation to development of perinatal complications, thus in direct dependence on genesis of infertility. Findings allow to revise traditional tactic of conduct of pregnancy and delivery of patients with infertility of different genesis.

Keywords: pregnancy, births, infertility of the united genesis.

Відомості про автора

Берестовий Олег Олександрович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

ORCID: 0000-0002-5118-5530

Information about the author

Berestovoy Oleg O. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

ORCID: 0000-0002-5118-5530

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Anate M., 2019. Anovulatory infertility: a report of four cases and literature review // Niger. J. Med. :10: 2: 85–90.
2. Aral S. O., 2018. The increasing concern with infertility. Why now? // JAMA.:250:17:2327–2331.
3. Asukai K., 2019. Occult hyperprolactinemia in infertile women // Fertil. Steril.:60: 3: 423–427.
4. Basse M., 2020. Course of pregnancy and labor following treatment of sterility // Zentralbl. Gynakol.: 108: 9: 533–559.
5. Benedetti T. J., 2020. Maternal complications of parenteral-sympathomimetic therapy for premature labor // Amer. J. Gynecol.:148: 1: 1–6.
6. Berkowitz GS., Papiernik E., 2019. Epidemiology of preterm birth // Epidemiol Rev.: 15: 414–43.
7. Cernacek J., 2018. The relation of speech to the right and left cerebral hemispheres // Bratisl Lek Listy.: 94: 4: 183–8.
8. Cernea M., Budeac V., Rica N., 2020. Asocierea sulfatului de magneziu si a gestaheneral in tratamentul a vortului nabital // Obstet. ginecol.: 26: 2: 135–140.
9. Chakravarty B. N., 2018. Unexplained infertility // J. Indian. Med. Assoc.: 99: 8: 414–415.
10. De Onis M., Habicht J., 2020. Anthropometric reference data for international use: Recommendations from a World Health Organization Expert Committee // Amer. J. Clin. Nutr.: 64: 4: 650–658.
11. Dehaan H.H., Gunn A.J., Williams C.E.. Magnesium sulfate therapy during asphyxia in near term fetal lambs does not compromise the fetus but does not reduce cerebral injury // Am. J. Obstet. Gynecol.: 176: 18–27.
12. Dennes WJ., Slater DM., 2020. Myometrial nitric oxide synthase messenger ribonucleic acid expressio does not change throughout gestation or with the onset of labor // Am. J. Obstet. Gynecol.: 180: 387–92.