

УДК 618.3:616-053.1/-053.31:616-089.888.11

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА
И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Г.У. Асымбекова, Т.А. Сарымсакова, Ф.Р. Меликова

Представлены клиническая характеристика и особенности течения гестационного процесса, а также перинатальные исходы у женщин, забеременевших после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: бесплодие; вспомогательные репродуктивные технологии; течение беременности.

**THE PECULIARITIES OF GESTATIONAL PROCESS AND THE PERINATAL OUTCOMES
IN WOMEN AFTER APPLYING REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES**

G.U. Aymbekova, T.A. Sarymsakova, F.R. Melikova

The paper presents the clinical characteristic and features of gestational process as well as perinatal outcomes in the women who conceived after using assisted reproductive technology.

Key words: infertility; assisted reproductive technologies; during pregnancy.

Бесплодие – важнейшая проблема гинекологии уже длительное время. Эта проблема актуальна не только в акушерской практике. Она приводит к социальному, психическому и физическому неблагополучию супругов, приобретает медико-социальное, демографическое и экономическое значение [1, 2]. По данным ВОЗ за 1993 г., частота бесплодного брака за последние десятилетия во многих странах мира, в том числе в России и Кыргызстане, превышает критический уровень 15 % и на отдельных участках территории достигает 25 %.

Учитывая прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья населения и сложную демографическую ситуацию во многих странах мира, проблема фертильности является одним из приоритетных клинических и социальных направлений, для решения которого разрабатываются новейшие и высокоэффективные методы лечения [1]. Одним из них является метод вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), применяемый врачами с целью достижения беременности искусственным или частично искусственным путем. Метод ВРТ применим не для всех. Основное условие – отсутствие противопоказаний для их проведения, когда вероятность преодоления различных форм

мужского и женского бесплодия выше, чем при лечении другими методами. ВРТ дает возможность иметь долгожданного ребенка не только супружеской паре, но и одинокой женщине, не состоящей в браке. Роль этого метода ежегодно возрастает и на сегодняшний день он является основным в лечении тяжелых случаев первичного и вторичного бесплодия. Циклы ВРТ исчисляются в мире сотнями тысяч каждый год [1].

В преодолении проблемы отсутствия беременности важен не только факт ее наступления, но и, что гораздо важнее, рождение здорового ребенка. Поэтому большую ценность приобретают исследования, посвященные изучению особенностей течения и исхода беременности, наступившей в результате лечения методами ВРТ [3–13].

Течение такой беременности, а также ее перинатальные исходы, разительно отличаются от таковых при зачатии в естественных условиях, в связи с чем целью данного научного исследования явилось изучение течения гестационного процесса и состояние новорожденных, рожденных от матерей, перенесших ВРТ.

Данное исследование основано на общеклиническом и функциональном обследовании 74 пациенток после ВРТ.

Методами лечения бесплодия являлись стандартная программа экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и трансцервикальный перенос гамет (ГИФТ), интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ) и внутриматочная инсеминация (ВМИ).

Проведенная клиническая характеристика пациенток, забеременевших с помощью ВРТ, свидетельствует о широком диапазоне возраста больных, принятых на лечение, в котором преобладали женщины, достигшие 25–45 лет. Продолжительность бесплодия при этом составляла от 5 до 15 лет. Отмечается преобладание вторичного бесплодия. В анамнезе у 65,0 % пациенток были беременности. Исход предыдущих беременностей включал в себя роды как через естественные родовые пути, так и оперативные, прерывания беременности (самопроизвольные, по желанию женщины, либо по медицинским показаниям) в разные сроки, несостоявшиеся аборт, либо эктопические беременности. Причины бесплодия были разнообразны, однако среди них резко выделялась высокая частота трубно-перитонеальной и сочетанных с нею форм. У большинства пациенток отмечается отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, значительная часть перенесла воспалительные заболевания органов малого таза, ИППП и хирургические операции на матке и ее придатках.

Более чем у 66,0 % женщин, участвующих в исследовании, период беременности протекал без осложнений. У остальных 34,0 % беременных развилась угроза невынашивания в разные сроки с кровянистыми выделениями или без них. В 10,0 % случаев беременность завершилась самопроизвольным ее прерыванием с последующим удалением остатков плодного яйца из полости матки. Несостоявшийся аборт диагностирован у 3 пациенток, эктопическая (трубная) беременность – у 2 женщин, одна из них – гетеротопическая (с одновременным расположением плодных яиц как в полости матки, так и в маточной трубе).

Гистологическое исследование аспириатов из полости матки после самопроизвольного прерывания беременности или несостоявшихся аборт было произведено во всех случаях. Генетически обусловленная патология, связанная с наличием в кариотипе исследуемого материала У-хромосомы, обнаружена в 3 случаях.

Анализ течения беременности после ВРТ показал следующие особенности: критическими периодами развития угрозы невынашивания явились 6–8 недель и 18–20 недель беременности. Большинство беременностей, прервавшихся в I триместре, наблюдалось при бесплодии, обуслов-

ленном эндометриозом, трубно-перитонеальным фактором, а также при сочетании трубно-перитонеального фактора с эндокринным и мужским факторами по сравнению с общей частотой прерывания беременности в I триместре. Чаще, чем в общей популяции отмечается наступление многоплодных беременностей – 9 случаев, причем в одном наблюдении была четверня, в трех – тройня, а в остальных – двойни. В 12,0 % случаев отмечались клинические проявления раннего токсикоза, причем рвота средней степени тяжести – в 2,0 % случаев, что потребовало лечения в условиях стационара.

При более тщательном изучении течения индуцированной беременности становится очевидным: наиболее частыми осложнениями I триместра (16,0 %) являются самопроизвольное ее прерывание, угрожающий либо начавшийся выкидыш, а также несостоявшийся аборт. В свою очередь, такие осложнения, как рвота беременных, синдром гиперстимуляции яичников, наблюдались лишь в относительно небольшой группе пациенток и чаще протекали без выраженной клинической симптоматики. Однако имеется случай прогрессирующей беременности тройней на фоне гиперстимуляции яичников тяжелой степени.

В 1,0 % наблюдений, вследствие поздно диагностированной истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), несмотря на проведенное лечение, произошло самопроизвольное прерывание беременности в сроке 16 недель. В обследуемой нами группе ИЦН диагностирована в 14 случаях. С целью сохранения беременности была проведена ее коррекция. Прерывание еще 1,0 % беременностей возникло по причине преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

II триместр беременности (до 28 недель) так же, как и I триместр, отличается более частым, чем в общей популяции, развитием угрозы очень ранних родов, причем у 15,0 % женщин отмечается хроническое течение угрозы невынашивания. В 3 случаях беременности были прерваны, несмотря на проведенную терапию. В 2,0 % случаев произошел преждевременный разрыв плодных оболочек. Беременности закончились рождением живых нежизнеспособных плодов массой 400,0–600,0 г.

Наиболее частыми осложнениями III триместра беременности в наблюдаемой группе были гипертензивные нарушения и фетоплацентарная недостаточность различной степени, что явилось показанием к досрочному родоразрешению. В нашем исследовании эти показатели составили 28,5 и 21,4 % соответственно.

Беременность после ВРТ не является показанием к оперативному родоразрешению. Однако в этой группе женщин к нему приходится прибегать чаще, так как осложнений и болезней, отягчающих прогноз родов, у них больше, чем у женщин со спонтанной беременностью. При родоразрешении женщин после лечения бесплодия методом ВРТ отдают предпочтение операции кесарева сечения в следующих случаях: пациентка старше 30 лет, продолжительность инфертильности более 5 лет, отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез, многоплодная беременность, длительно текущая угроза невынашивания, гипертензивные нарушения во время беременности, угрожающее состояние плода.

В исследуемой нами группе преждевременные роды произошли в 22 % случаев. Всем пациенткам проведено оперативное родоразрешение. Среди доношенных беременностей родами через естественные родовые пути завершилось 19,3 % беременностей, кесарево сечение – 80,7 %, из них в плановом порядке – 62,1 %, в экстренном – 18,6 %. Средняя масса тела новорожденных составила $3450,0 \pm 100,0$ г, длина – $50 \pm 1,0$ см, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов (в среднем 7,3 балла). В асфиксии легкой степени родилось – 6 %, средней степени тяжести – 3 % детей.

Таким образом, из всего вышеизложенного следует сделать следующие выводы:

1. Пациентки, у которых беременность наступила в результате применения ВРТ, по развитию перинатальной патологии относятся к группе высокого риска.
2. Течение такой беременности имеет ряд отличий от беременности, возникшей в естественных условиях. Доказано, что развитие угрозы прерывания беременности во II триместре возникает в 1,5 раза реже, чем в I триместре. Следует отметить, что критические сроки приходятся на 6–8 недель и 18–20 недель беременности.
3. Особое внимание привлекает значительно более высокая, чем в популяции, частота многоплодия, невынашивания и недонашивания, а также гипертензивных нарушений во время беременности.

Схемы ведения беременности у женщин после ВРТ должны исходить от формы и основных причин бесплодия, своевременной диагностики и коррекции истмико-цервикальной недостаточности, подбора оптимального метода и срока родоразрешения.

Литература

1. Серова О.Ф. Особенности течения беременности после ЭКО / О.Ф. Серова, Л.И. Титченко, М.В. Капустина и др. // Медицина в Кузбассе. 2008. № 4. С. 95–97.
2. Протопопова Н.В. Особенности течения беременности и родов в зависимости от метода лечения бесплодия / Н.В. Протопопова, А.Ю. Долбина // Сибирский медицинский журнал. 2007. № 4. С. 69–72.
3. Кошик Д.А. Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на клиническое течение беременности / Д.А. Кошик // Вестник репродуктолога. 2009. № 7. С. 51–57.
4. Лискович В.А. Особенности течения беременности, родов и состояния новорожденных, рожденных от матерей, перенесших экстракорпоральное оплодотворение / В.А. Лискович, Л.Н. Кеда, А.И. Пальцева и др. // Репродуктивное здоровье в Беларуси. 2009. № 6. С. 53–58.
5. Радзинский В.Е. Ранние сроки беременности / В.Е. Радзинский, А.А. Оразмурадова. М., 2009. 480 с.
6. Де Черни А.Х. Акушерство и гинекология. Т. II / А.Х. Де Черни, Л. Натан; пер. с англ. М., 2009. 696 с.
7. Корсак В.С. Подготовка пациентов и порядок проведения экстракорпорального оплодотворения. Ведение беременности после ЭКО: метод. рекомендации / В.С. Корсак, Э.В. Исакова, Б.А. Каменецкий и др. СПб., 2001. 23 с.
8. Рудакова Е.Б. Оптимизация тактики ведения беременности после ЭКО и ПЭ, осложненной угрозой прерывания / Е.Б. Рудакова, Т.В. Есипович // Репродуктивная медицина. 2011. Т. 1–2. № 6–7. С. 32.
9. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. М., 2005. 304 с.
10. Элдер К. Экстракорпоральное оплодотворение / К. Элдер, Б. Дэйл; пер. с англ. М., 2008. 304 с.
11. Mocanu E., Redmond M.L., Hennelly B. Odds of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) – time for reassessment / E. Mocanu, M.L. Redmond, B. Hennelly et al. // Hum. Fertil. (Camb). 2007. Vol. 10. P. 175–181.
12. Norwitz E.R. Oxford American Handbook of Obstetrics and Gynecology / E.R. Norwitz, S. Arulkumaran, I.M. Symonds, A. Fowlie. Oxford University Press, New York, 2007. 715 p.
13. Turrentine J.E. Clinical protocols in obstetrics and gynecology / J.E. Turrentine. Informa healthcare, UK. 2008. 435 p.