

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.5 - 089.888.61: 616 - 071.1

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК ІЗ РІЗНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ В АНАМНЕЗІ**Беглиця Д.А.***Кримський державний медичний університет ім. С.І.Георгієвського, м. Сімферополь***Ключові слова:** кесарів розтин, неплідність, акушерство, перинатологія, профілактика, ускладнення.

Вступ. Виходячи з основних завдань сучасного акушерства, дуже важливим є створення оптимальних умов для материнства, а також збереження вагітності й народження здорового потомства. В даний час в Україні складається несприятлива демографічна ситуація, що вимагає прийняття комплексу медико-соціальних заходів, спрямованих на підвищення народжуваності [2, 3]. За останні роки, завдяки широкому впровадженню в клінічну практику значного арсеналу лікарських препаратів і немедикаментозних методів, підвищилася ефективність стимуляції вагітності в жінок з різними формами неплідності, частота якого в даний час складає від 50% до 68% [1,4].

Як свідчать дані сучасної літератури, у цій проблемі основна увага приділяється вивченню частоти багатоплідних вагітностей, гіперстимуляції, числу мимовільних абортів і особливостям профілактики невиношування [5, 6]. Однак жінки з неплідністю в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської і перинатальної патології, а основним методом розродження в них часто є операція кесарева розтину. Разом з тим, у літературі практично відсутні дані про особливості перебігу вагітності в пацієнток з різними формами неплідності в анамнезі. Крім того, невирішеним залишається питання про вплив початкової форми неплідності на результат і характер розродження.

На сьогоднішній день проблема абдомінального розродження залишається однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві, причому щорічно його частота зростає, а показник перинатальної смертності залишається без змін [1,2]. В усій структурі показань близько 20% займають відносні показання в інтересах плода, включаючи і неплідність в анамнезі. Практичні лікарі акушери-гінекологи дуже часто схильються на користь абдомінального розродження в першородящих старше 30 років, а також при наявності в жінок неплідності тривалістю більше 5 років. Разом з тим, питання розродження жінок з різними формами і методами лікування неплідності є невирішеними, а окремі публікації в цьому напрямку носять суперечливий характер, що і диктує необхідність проведення дійсного наукового дослідження.

Мета роботи: підвищення ефективності розродження жінок з різними порушеннями репродуктив-

ної функції в анамнезі на основі розробки програмованого ведення вагітності й пологів із використанням комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Матеріал і методи дослідження. Проведені дослідження носили двоетапний характер. На першому проведений клініко-статистичний аналіз 524 випадків розродження жінок з різними формами жіночої неплідності в анамнезі. Ми вважали неплідністю випадки регулярного статевого життя не менше 2 років без контрацепції і "репродуктивно" здоровому партнері. У залежності від форми неплідності всі жінки були розділені на три групи: I - 384 жінки з ендокринною неплідністю (73,3%); II - 91 жінка зі змішаною формою неплідності (17,4%); III - 49 жінок із трубною неплідністю (9,3%).

На другому етапі ми обстежували 90 жінок. 30 склали контрольну групу - розроджені через природні пологові шляхи без акушерської і соматичної патології. 60 жінок склали основну групу, причому з них IV групу - 30 жінок з неплідністю в анамнезі, розроджених абдомінальним шляхом і проведених під час вагітності за загальноприйнятою методикою і V - 30 жінок з неплідністю в анамнезі, у яких було використано програмоване ведення вагітності й пологів на основі використання комплексу лікувально-профілактичних заходів щодо профілактики акушерських і перинатальних ускладнень.

Виходячи з даних попереднього етапу клініко-статистичних досліджень, ми вважали за доцільне готувати жінок з неплідністю в анамнезі до програмованого ведення вагітності й пологів у наступних випадках: тривалість неплідності більше 5 років у випадку проведення лікування в достатньому обсязі; вік жінок більше 35 років; наявність екстрагенітальної патології з високим ступенем перинатального ризику (вади серця, ендокринна патологія, міопія середнього і високого ступеня та ін.); вторинна неплідність у випадку загибелі першого плода або більше 3 мимовільних абортів; перенесені раніше гінекологічні операції (консервативна міомектомія, резекція яєчників, тубектомія, аднексектомія).

Основними моментами підготовки цих жінок є профілактичне 4-разове використання комплексу лікарських препаратів у термінах 11-12 тижнів; 18-20 тижнів; 28-32 тижні і 35-36 тижнів. При цьому жінка в

ці терміни госпіталізувалася у відділення патології вагітних, у денний стаціонар або санаторій для вагітних. До комплексу профілактичних заходів включали: санацію піхви під контролем бактеріологічних і мікробіологічних даних; призначення антиоксидантів (вітамін Е; гомеопатичні препарати з вітамінами С, В, Р і Є); засоби, що поліпшують біосинтез білка в плаценті (гепа-мерц; цитохром С; есенціале); бета-адренормітики (бриканіл; партусистен); імунокоректори (нуклеїнат натрію, спленін); спазмолітики (ношпа, папаверин); метілксантини (курantil, трентал, компламін). Тривалість і якість проведення лікувально-профілактичних заходів залежали від результатів додаткових методів дослідження: ехографія, доплерометрія, ендокринологічний статус, що використовували в динаміці після 20 тижнів вагітності. Для профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень використовували лікувальні дози цефалоспоринів (4-6 г) відразу після клемування пуповини і протягом 1-2 днів після операції.

Загальноприйняте ведення вагітності в жінок IV групи включало відповідно до рекомендацій ряду авторів [5, 6] вітамінотерапію (вітаміни С, Є, Р); антиоксиданти; спазмолітики й антиагреганти.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати проведених клініко-статистичних досліджень свідчать, що середній вік обстежених жінок склав $29,7 \pm 2,4$ року і достовірно не відрізнявся по групах ($p > 0,05$). Варіант розродження жінок з різними формами неплідності є предметом гострих дискусій [1-6]. Згідно з отриманими результатами, сумарна частота абдомінального розродження серед всіх обстежених склала 50,6%, при цьому питома вага планових операцій була всього лише 46,4%, що є досить низьким показником для жінок з неплідністю в анамнезі. Для більш повної характеристики даного питання ми провели оцінку основних супутніх показань до операції кесаревого розтину. Так, найчастіше зустрічалися два основні варіанти: вікова первородяща (86,3%) і внутрішньоутробна гіпоксія плода (75,4%). Це було обумовлено тривалістю неплідності ($6,4 \pm 0,4$ років), а також високим рівнем прееклампсії (77,3%) і фетоплацентарної недостатності (52,1%). На додаток до цього, істотним була питома вага таких показань, як великий плід (26,9%); тазове передлежання (23,9%); аномалії пологової діяльності (18,1%) і передчасний розрив плодових оболонок (16,8%). Аналіз по групах супутніх показань свідчить про те, що тільки в III групі частота внутрішньоутробної гіпоксії плода була достовірно нижче в порівнянні із загальним показником - до 44,9%. Тазове передлежання і великий плід частіше мали місце в жінок зі змішаною формою (до 34,1% і до 36,3%) та з трубною неплідністю (до 34,7%); аномалії родової діяльності зустрічалися частіше в III групі (до 26,5%), а передчасний розрив плодових оболонок - в II (до 22,0%). Проведений аналіз свідчить про необхідність наукової розробки нового підходу до раціонального розродження жінок з неплідністю в анамнезі.

При оцінці стану новонароджених звертає на себе увагу високий рівень асфіксії - 57,4%, а також значна частота внутрішньоутробного інфікування (13,7%) і гіпотрофії різного ступеня виразності (12,0%). При оцінці стану новонароджених у жінок з ендокринною неплідністю в анамнезі можна відзначити тільки зниження рівня внутрішньоутробного інфікування в порівнянні з загальною групою - до 7,6%. В II групі була підвищена питома вага гіпотрофічних (до 18,7%); і недоношених дітей (до 13,2%); а також частота асфіксії новонароджених (до 79,1%);, в основному, за рахунок ступеня середньої тяжкості (до 19,8%). При аналізі перинатальних результатів розродження жінок із трубною неплідністю в анамнезі можна виділити два моменти: збільшення числа недоношених дітей (до 14,3%); і різке підвищення частоти внутрішньоутробного інфікування (до 65,3%). Серед основних видів постнатальної патології переважали постгіпоксична енцефалопатія (33,4%) і гнійно-запальні захворювання (17,0%). Найбільш високий рівень першої патології мав місце в жінок II групи (57,1%), а другий - в III групі пацієнток (24,5%).

Отже, як показали результати клініко-статистичних досліджень, розродження жінок з різними формами неплідності має дуже важливе медико-соціальне значення. Жінки протягом тривалого часу готуються до настання вагітності, проходять безліч курсів різної терапії, всю вагітність знаходяться в стані психоемоційного напруження, що в деякому ступені обумовлює високий рівень акушерських і перинатальних ускладнень. Будь-яка неординарна ситуація, зв'язана з розвитком якої-небудь патології в немовляти, є для матері станом "трагедії" із усіма наслідками, що випливають. Проведений аналіз показав недостатню ефективність проведених лікувально-профілактичних заходів у жінок з неплідністю в анамнезі, особливо в плані абдомінального розродження. Це є для нас підставою для розробки програмованого ведення вагітності і пологів у жінок з неплідністю в анамнезі.

Як свідчать отримані нами результати, серед основних показань до абдомінального розродження в жінок IV групи переважали внутрішньоутробна гіпоксія на фоні фетоплацентарної недостатності (53,3%) і аномалій пологової діяльності (20,0%). Крім того, серед супутніх показань у цій же групі частіше зустрічалися "вікова первородяща" (70,0%), "тазове передлежання" (16,7%), "великий плід" (13,3%) і "передчасний розрив плодових оболонок" (16,7%). У порівнянні з цим, у V групі частота кесаревого розтину склала 63,3%. Використання програмованого ведення вагітності і пологів дозволило знизити частоту внутрішньоутробної гіпоксії на фоні фетоплацентарної недостатності (33,3%) і аномалій родової діяльності (6,7%). Рівень супутніх показань, таких як "вікова первородяща" (66,7%); "тазове передлежання" (20,0%); і "великий плід" (13,3%); залишилися без достовірних змін.

Аналізуючи перинатальні результати розродження, можна вказати на той факт, що недоношені діти

були тільки в IV групі (6,7%) і основною причиною їхнього народження з'явився передчасний розрив плодових оболонок у 34-35 тижнів вагітності. Дуже показовими є і частота гіпотрофії й асфіксії новонароджених. Так, при загальноприйнятому веденні жінок ці показники склали 66,7% і 26,7%, що на порядок вище в порівнянні з V групою (20,0% і 6,7%). Аналогічна закономірність мала місце і при оцінці захворюваності новонароджених. При цьому, найбільш частими ускладненнями раннього неонатального періоду були перинатальна енцефалопатія, з явною перевагою в IV групі (36,7% проти 10,0%). Трохи рідше зустрічалися гнійно-запальні захворювання (16,7% у порівнянні з 3,3%); геморагічний синдром (10,0% проти 3,3%) і

жовтуха (6,7%). Така виражена різниця пери- і постнатальних ускладнень у новонароджених від матерів з неплідністю в анамнезі свідчить про ефективність розробленого раціонального підходу до ведення вагітності в жінок цієї групи.

Висновки. Таким чином, використання програмованого ведення вагітності й пологів з адекватною профілактикою фетоплацентарної недостатності в жінок з неплідністю в анамнезі дозволяє істотно поліпшити результати розродження як з акушерських, так і з перинатальних позицій. Дана методика є загальнодоступною і може бути широко використана в практичній охороні здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобова М.В. Особливості абдомінального розродження у жінок з неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – №6. – С.91-93.
2. Вдовиченко Ю.П., Піаддун Д.Р., Бобова М.В. Розродження жінок з неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – №1. – С.109-113.
3. Герасимова Т.В., Ласкіна Ю.С., Бобова М.В. Беременность и роды у женщин с аменореей в анамнезе / Сб.тр. Крымского медуниверситета им. С.И.Георгиевского «Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». -Симферополь. – 1997. – Т.133. – Часть 1. – С.193-198.
4. Герасимова Т.В., Хіменко М.В., Ласкіна Ю.С. Кесарський розтин у жінок з неплідністю в анамнезі // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України "Кесарський розтин в сучасному акушерстві". – Сімферополь. – 1998. – С.62-63.
5. Ласкіна Ю.С., Герасимова Т.В., Бобова М.В. Особливості акушерської та перинатальної патології у жінок з ендокринною неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – №3. – С.74-76.
6. Ласкіна Б.С., Герасимова Т.В., Бобова М.В. Особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з гіпогонадотропною формою аменореї // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 1998. – №2-3. – С.108-110.

SUMMARY

INCREASE OF EFFICIENCY DELIVERY IN WOMEN WITH WITH VARIOUS INFRINGEMENTS OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN ANAMNESIS

Beglize D.A.

There are defended the peculiarities of obstetric and perinatal pathology in women with various forms of infertility have been established on the basis of clinicostatistical and additional methods of investigation. Besides the practical recommendations have been developed concerning the reduction of the frequency of obstetric and perinatal complications on the basis of using programmed pregnancy and delivery and improved method of prophylaxis of fetoplacental insufficiency. All this on the whole has permitted to improve the results of delivery in women with infertility in anamnesis.

Key words: cesarean section, infertility, obstetrics, perinatology, prophylaxis, complications.