

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН,
ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ****С. Т. Джурабекова, У. А. Исмоилова**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: беременность, ЭКО, гинекологический анамнез.**Таянч сўзлар:** ҳомиладорлик, ЭКУ, гинекологик анамнез.**Key words:** pregnancy, IVF, gynecological history.

В данной статье представлены данные ретроспективного анализа группы женщин, у которых беременность была индуцирована ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение). Показаны результаты анамнестических данных, гинекологических проблем до данной беременности, а также течение беременности у данных женщин с группой сравнения, с указанием на необходимость разработки мероприятий для профилактики патологии беременности индуцированной ЭКО.

ЭКУ ЎТКАЗГАН АЁЛЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИ**С. Т. Джурабекова, У. А. Исмоилова**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Ушбу мақолада ҳомиладорлиги ИВУ (ин витро уруғлантириш) билан кўзгатирилган аёллар гуруҳининг ретроспектив таҳлили маълумотлари келтирилган. Анамнез маълумотларининг натижалари, ушбу ҳомиладорликдан олдинги гинекологик муаммолар, шунингдек, таққослаш гуруҳидаги ушбу аёлларда ҳомиладорликнинг бориши кўрсатилган. Буларнинг барчаси ИВУ сабаб бўлган ҳомиладорликнинг патологиясини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқиш зарур эмаслигини кўрсатади.

THE COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WHO UNDERWENT IVF**S. T. Djurabekova, U. A. Ismailova**

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

This article presents data from a retrospective analysis of a group of women whose pregnancy was induced by IVF (in vitro fertilization). The results of anamnestic data, gynecological problems before the pregnancy, as well as the course of pregnancy in these women from the comparison group are shown. All this indicates that it is not necessary to develop measures to prevent the pathology of IVF-induced pregnancy.

Актуальность. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (2020), около 48 миллионов супружеских пар в мире бесплодны. При частоте бесплодия 15 % и более возникают социально-демографические проблемы государственного масштаба [1]. Рост частоты бесплодных браков и успешная коррекция репродуктивного здоровья супружеских пар с использованием новых технологий экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) привели к увеличению числа беременностей и определили актуальность изучения проблемы охраны здоровья и развития рождающихся детей. В последнее время отмечено увеличение частоты беременности, особенно за счет случаев индуцированного цикла ЭКО [2].

Вынашивание беременности индуцированной ЭКО сопряжено со значительным увеличением осложнений со стороны матери, а высокий уровень преждевременных родов у этой группы пациенток приводит к увеличению перинатальной и ранней детской заболеваемости и смертности [7].

Целью нашего исследования явилось изучение течения беременности, индуцированной ЭКО

Материал и методы исследования: был проведен ретроспективный анализ 50 беременных женщин, которые были разделены на 2 группы по 25 женщин с индуцированной и спонтанной беременностью. Пациенты набраны в 4-городской клинической больнице им. И.И. Иргашева г. Ташкента в период с 2021 по 2023 гг.

Результаты исследования: при анализе показателей обследованных женщин было отмечено, что средний возраст пациенток в исследуемых группах составил $29,3 \pm 2,1$ лет. У обследуемых пациенток основной группы средняя продолжительность бесплодия варьировала от 1 до 7 лет ($2,3 \pm 0,3$ года). Первичная форма бесплодия отмечалась у 11 (44 %) пациенток, вторичная у 14 (56 %), что является достоверно значимым различием ($p < 0,05$).

Основной этиологической причиной первичного бесплодия явилось сочетание мужского (60 %) и эндокринного (66,6 %) факторов, трубно-перитонеальный фактор составил

Таблица 1.

Количество попыток ЭКО.

Подгруппа I (форма бесплодия)	Количество попыток		
	1-3	3-5	более 5
Трубно-перитонеальное (n=8)	2 (25 %)	5 (62,5 %)	1 (12,5 %)
Эндокринное (n=12)	4 (33,33 %)	5 (41,67 %)	3 (12 %)
Мужское (n=5)	4 (80 %)	1 (20 %)	-

Примечание: статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p > 0,05$).

37,5 %, тогда как у женщин со вторичной формой бесплодия, преобладал трубно-перитонеальный фактор (62,5 %), ($p < 0,05$).

При оценке количества попыток экстракорпорального оплодотворения для наступления данной беременности в подгруппах I клинической группы, были получены следующие показатели (табл. 1).

У женщин с мужским фактором бесплодия беременность наступала чаще с 1-3 попыток (80 %), что различает данную группу с группой женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, где беременность чаще наступала с 3-5 попыток (62,5 %).

Одной из причин приводящей к бесплодию явились эндокринные нарушения, такие как ожирение, и мы оценили степень ожирения по клиническим группам.

Степень ожирения оценивалась путем расчета индекса массы тела (ИМТ). Так, в I клинической группе ожирением страдало 6 (24 %) женщин, избыточная масса тела (предожирение) отмечалась у 8 (32 %) женщин, дефицит массы тела отмечался у 6 (24 %) женщин. Во II группе исследования ожирением страдали 5 (20 %) женщин, предрасположенность отмечалась у 2 (8 %) женщин, дефицит массы тела имели 4 (16 %) женщин.

Из гинекологического анамнеза следует, что средний возраст наступления менархе составил $13,35 \pm 1,3$ лет, что в среднем соответствует общепопуляционным данным. В исследуемых группах определялась длительность менструального цикла, которая в среднем составляла $28,9 \pm 1,5$ дней при средней продолжительности самой менструации $4,85 \pm 1,8$ дней, что соответствует физиологическим нормам. Нарушение менструальной функции в виде дисменореи встречалось не чаще, чем у 4 (16 %) пациенток I группы и у 3 (12 %) женщин II исследуемой группы.

В структуре гинекологических заболеваний в I исследуемой группе преобладала миома матки у 9 (36 %), тогда как во II группе данная патология была выявлена у 5 (20 %) женщин ($p > 0,05$). Воспалительные заболевания органов малого таза были отмечены у 9 (36 %) женщин, тогда как во II группе данная патология была незначительно ниже и выявлена у 6 (24 %) женщин ($p > 0,05$). Однако при сравнении исследуемых подгрупп, частота воспалительных заболеваний органов малого таза была значительно выше в I₁ подгруппе 5(62,5%), нежели в I₂ и I₃ подгруппах (3 (25 %) и 1 (20 %) соответственно) ($p < 0,05$).

Характерно, что у женщин I исследуемой группы частота эндокринной патологии (аутоиммунный тиреоидит и узловый зоб) имела достоверных различий с пациентками II исследуемой группы, и составляет 20 % (5 женщины) в I группе и 8 % (2 женщины) во II группе соответственно ($p > 0,05$). При этом в ходе сравнения исследуемых подгрупп частота эндокринной патологии была значительно выше в I₂ подгруппе 4 (33,33 %) по сравнению с I₁ и I₃ подгруппами (12,5 % и 0 % соответственно) ($p < 0,05$). Заболевания органов сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия) отмечена у 4 (16 %) пациенток I группы и у 1 (4 %) пациенток II группы. В структуре заболеваний мочеполовой системы преобладали хронический цистит, пиелонефрит и мочекаменная болезнь. Данные заболевания выявлены у 8 женщин (32 %) I исследуемой группы и у 5 (20 %) женщин во II исследуемой группе. Частота заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастрит, эрозивный эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) составила 28 % (7 женщин) в I группе и 16 % (4 женщины) во II группе. Статистически значимых различий между исследуемыми группами и подгруппами в частоте заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и органов сердечно-сосудистой системы не выявлено ($p > 0,05$).

Оперативное лечение гинекологических заболеваний методом лапароскопии было проведено у 2 (8 %) женщин в I группе и у 3 (12 %) женщин II группы. Показаниями к операции в I исследуемой группе служили кисты яичников – 1 (4 %) женщина, миома матки I

Таблица 2.

Оперативное лечение гинекологических заболеваний у женщин с экстракорпоральным оплодотворением и самопроизвольными родами.

Группа	Операция		Лапароскопия	Раздельное диагностическое выскабливание
	Подгруппа			
I группа (n=25)	I ₁ (n=8)		1 (12,5 %)	2 (25 %)
	I ₂ (n=12)		1 (8,33 %)	2 (20 %)
	I ₃ (n=5)		-	1 (20 %)
II группа (n=25)	n=25		3 (12 %)	4 (16 %)
Всего	50		5	9

Примечание: статистически значимых различий между группами выявлено не было ($p > 0,05$).

(4 %) женщина. Раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) было проведено 5 (20 %) женщинам I группы и 4 (16 %) женщинам II группы. Поводом для проведения данной процедуры были в I группе миома матки у 1 (4 %) женщины, у 2 (8%) женщин – эндометриоз, во II группе у 3 (12%) женщин – миома матки (табл. 2).

Таким образом, оперативные вмешательства чаще всего отмечались в группе пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, что может быть связано с достоверно высокой частотой воспалительных заболеваний области малого таза, а также гинекологической патологии (миома матки, кисты яичников).

При оценке предыдущих беременностей и родов, отмечено, что в I клинической группе у женщин (n=25) привычное невынашивание (2 повторных эпизода самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках) не выявлено в группе женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, в 25 % случаев в группе с эндокринным бесплодием частота абортос значительно выше (8,33 %), чем у женщин во II исследуемой группе (4 %). Преждевременные роды преобладали в I исследуемой группе по сравнению со II, и составили 24 % и 8 % соответственно. Частота эктопической беременности составила 5 (20 %) в I группе женщин со вторичной формой бесплодия и 2 (8 %) во второй группе.

При оценке исходов предыдущих беременностей, было отмечено что в I группе у женщин естественные роды были у 5 (20 %) женщин, операция кесарево сечения была выполнена 6 (24 %) пациенткам. Плановая операция была у 4 (16 %) женщин, показаниями же явились у 1 (4 %) женщины – миопия высокой степени, у 1 (4%) женщины – клинический узкий таз. Показанием к экстренному кесареву сечения было у 1 (4 %) женщины – острая гипоксия плода.

Во II исследуемой группе число предыдущих родов: самопроизвольно закончились 14 (56 %) родов, путем операции кесарево сечение – 4 (16 %). Показаниями для планового кесарева сечения были у 1 (4 %) женщины - миопия высокой степени и у 1 (4 %) женщины предлежание плаценты, экстренное кесарево сечение было у 1 (4 %) в связи с тяжелой преэклампсией, и острая гипоксия плода – у 1 (4 %) женщины.

Изучение частоты возникновения акушерских осложнений в группе показало, что тошнота рвота беременных, требующая стационарного лечения, встречалась в I₁ группе у 2 (25%) женщин, в I₃ группе—1 (8,33 %), в I₂ группе—1 (20 %), в группе сравнения—у 2 (8 %), $p = 0,33$. Ранний токсикоз беременных, начавшийся с 5 недель беременности, встречался у 9 (36 %) женщин I клинической группы женщин с беременностью наступившей в результате ЭКО, и у 3 (12 %) пациенток II группы, у которых беременность наступила самопроизвольно ($p < 0,05$).

Угроза раннего самопроизвольного выкидыша значимо чаще возникала у женщин после ЭКО. У беременных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия данное осложнение отмечено у 2 (25 %; $p = 0,04$), с мужским фактором – 1 (20 %; $p = 0,02$), с эндокринным фактором – у 6 (50 %; $p = 0,01$), в группе сравнения у 6 (24 %). При этом на частоту возникновения указанного осложнения не оказывали влияния причины бесплодия ($p = 0,06$).

Не обнаружено значимых различий по частоте угрозы позднего самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов между женщинами с беременностью после ЭКО и женщинами со спонтанно наступившей беременностью, $p = 0,41$ и $p = 0,26$ соответственно.

Наиболее часто клиническая симптоматика начавшегося раннего самопроизвольного

выкидыша манифестировала в сроках 6, 8 и 10 недель гестации. Причем наиболее неблагоприятным являлся период с 7 по 9 неделю гестации для женщин I₁ и I₂ подгрупп.

При этом кровянистые выделения из половых путей были отмечены у 2 (16,6 %). Ретрохориальная гематома без наружного кровотечения у 1 (8,33 %). В остальных случаях беременные предъявляли жалобы на тянущие боли в животе.

Осложнение беременности в виде истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) было диагностировано с 14 до 30 недель беременности. Между исследуемыми группами была ИЦН в I клинической группе у 11 (44 %) пациенток, во второй клинической группе у 3 (12 %) женщин (p<0,05).

Всем беременным была проведена коррекция ИЦН путем наложения швов на шейку матки. Всем пациенткам швы были удалены в 37 недель беременности и не вызвали дополнительных осложнений. Течение беременности сопровождалось следующими патологиями как преэклампсия, многоводие, маловодие, патология плода и т.д.

Преэклампсия выявлена у 6 (24 %) женщин I клинической группы, и 6 (24 %) пациенток II группы (p<0,05).

Следует также отметить, что эклампсия, появление у женщин с эклампсических судорог, по необъяснимым другим причинам, ни в одной из исследуемых групп не отмечались. Однако, у женщин с беременностью, наступившей после ЭКО, преэклампсия отличается более ранним началом. Так, в I клинической группе преэклампсия, проявлялась до 32 недель беременности у 4 (16 %) женщин, во II группе женщин отмечена после 34- 35 недель беременности.

Функциональная оценка деятельности плацентарной системы играет очень важную роль в прогнозировании перинатальных рисков для плода. У пациенток с одноплодной беременностью после ЭКО синдром ограничения роста плода (СОРП) был диагностирован по данным УЗИ в 16 % случаев, тогда как во II исследуемой группе СОРП был выявлен только в 6 % случаев (p<0,05).

При оценке количества околоплодных вод преобладало маловодие, так у I группы женщин оно составило 20 % (у 5 женщин), во II группе частота маловодия составила 8 % (у 2 женщин). Следует обратить внимание на то, что с увеличением срока гестации частота выявления маловодия достоверно возрастала (p<0,05). Многоводие было диагностировано у 2 (3 %) женщин II контрольной группы, и у 5 (12 %) женщин в I исследуемой группе (табл. 3).

Таблица 3.

Осложнения беременности у обследованных пациенток.

Группа	Подгруппа	СОРП	Маловодие	Многоводие	Анемия беременных
I группа (n=25)	I ₁	1 (12,5%)	2 (25 %)	1 (12,5 %)	7 (87,5 %)
	I ₂	3 (25 %)	2 (16,67)	1 (8,33 %)	11 (91,67 %)
	I ₃	-	1 (20 %)	1 (20 %)	4 (80 %)
II группа (n=25)		3 (12 %)	2 (8 %)	2 (8 %)	22 (88 %)

Таким образом, беременность у женщин, наступившая в результате экстракорпорального оплодотворения, значительно чаще осложняется, чем у пациенток с беременностью наступившей самопроизвольно.

Использованная литература:

1. О.Н. Аржанова. В.С. Корсак 2014. // Значимость прегравидарной подготовки и переноса одного эмбриона в улучшении перинатальных исходов// Автореф.дисс..канд.мед.наук, 2020. 7 с.
2. Демина.М.Г //Особенности течения и перинатальные исходы беременности, наступившей в результате эко //Автореф.дисс. . .канд.мед.наук, 2020. 12 с.
3. Михалевич С. И., 2010; Ю.С. Парашук. Особенности течения беременности и родов у женщин при экстракорпоральном оплодотворении // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности, 2016. С. 161-167.
4. Паюк И. И., 2013; Капустина М. В., 2012; Савельева Г. М., 2012, Михалевич С. И., 2011 //Беременность, роды и перинатальные исходы при индуцированном одноплодии// Актуальные вопросы перинатологии-2015. С.50-56.
5. Щербакова Л.Н. //Синдром гиперстимуляции яичников в программе экстракорпорального оплодотворения.//Клиническое течение и репродуктивные потери: автореф. дис. . . канд. мед. наук.– М., 2010. – 24 с.
6. Scotland. G //Elective single embryo transfer//Published online 2016 Jul 6. doi: 10.1186/s40834-016-0023-4.