

## ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Козленко К.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, e-mail: [ksenia1205@mail.ru](mailto:ksenia1205@mail.ru)

Проведен ретроспективный анализ индивидуальных карт, историй родов 22 беременных, у которых использовались ВРТ. В исследование вошли первобеременные и повторнобеременные женщины в возрасте от 25 до 40 лет. Количество попыток ЭКО в анамнезе у пациенток составляло от 1 до 5. У всех обследованных имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. 16 из 22 женщин получали оперативное лечение по поводу гинекологических заболеваний. Течение беременности у большинства женщин осложнялось угрозой выкидыша и угрозой преждевременных родов. У 4 женщин произошли преждевременные роды в сроках от 28 до 36 недель. У этих пациенток беременность была многоплодной. 86,4% женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение, у 13,6% роды протекали через естественные родовые пути. Во всех случаях по результатам гистологического исследования последа было выявлено вирусно-бактериальное поражение с нарушениями кровообращения в плаценте. Установлено, что при ЭКО по мужскому фактору бесплодия беременность и роды протекают с меньшим количеством осложнений. Рекомендуется отказаться от подсадки двух и более эмбрионов, так как в случаях с многоплодными беременностями чаще происходят преждевременные роды.

Ключевые слова: беременность, вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), бесплодие

## PREGNANCY TERMINATIONS BY THE WOMEN IN THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Kozlenko K.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Saint-Petersburg, e-mail: [ksenia1205@mail.ru](mailto:ksenia1205@mail.ru)

There were analysed the individual cards and case records by 22 pregnant women after using the ART. The age of women was in limit 24 to 40 years old. Number of attempts of IVF was from 1 to 5. All of examined women had burdened obstetric and gynecological anamnesis. 16 of 22 women were under surgical treatment of gynecological diseases. Threatening miscarriage was very frequent. 4 women had a premature birth in term from 28 to 36 weeks. There were the patients with multiple gestation. 86,4% pregnancies were delivered by Cesarean section and 13,6% women had vaginal delivery. Based on the placenta histodiagnosis findings there were viral and bacterial damages with a disturbed circulation in placenta in each case. It was determined, that pregnancy and delivery proceed with a minimal complications by IVF with a male factor infertility. It was recommended to refuse embryo transfer of 2 or more embryos, because in this case there was premature birth in increasing number.

Key words: pregnancy, assisted reproductive technologies (ART), infertility

Разработка эффективных способов лечения бесплодия является в настоящее время важнейшей государственной медико-социальной задачей. Это обусловлено высокой частотой бесплодия, его неблагоприятным влиянием на демографическую ситуацию в стране, психологический климат в семье и социальную адаптацию супружеской пары. [3]

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) сегодня рассматривается как наиболее эффективный метод, позволяющий преодолевать различные формы бесплодия.

По данным Европейского соглашения по ЭКО-мониторингу (The European IVF-monitoring programme — EIM), при Европейском сообществе репродукции человека и эмбриологии (The European Society of Human Reproduction and Embryology — ESHRE),

частота наступления беременности в программе ЭКО в среднем составляет 28,4%, а при сочетанных гинекологических патологиях значительно снижается. [7]

Шансов забеременеть с помощью ЭКО все больше, поскольку этот метод, как и другие методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) постоянно совершенствуется. Однако дальнейшее развитие ВРТ не компенсирует естественных репродуктивных потерь, так как у женщин, включенных в программу ЭКО, имеются такие факторы дополнительного риска, как возраст, гормональные нарушения, отрицательное влияние гонадотропных гормонов на оогенез при стимуляции овуляции, экстрагенитальная патология. ВРТ восполняют не более половины связанных с откладыванием беременности у женщин возрастной группы 30—35 лет репродуктивных потерь и менее 30% в группе женщин 35—40 лет

Также одной из основных современных проблем ВРТ является высокая частота многоплодной беременности, которая с позиций современного акушерства представляет собой физиологическую патологию и часто приводит к осложнениям течения беременности и родов.

Целью исследования было изучить особенности течения беременности и родов у женщин после ВРТ.

Материалы и методы.

Проведен ретроспективный анализ индивидуальных карт, историй родов беременных, у которых использовались ВРТ. Всего клинико-статистическое исследование проведено у 22 женщин. Все женщины, включенные в исследование, находились в возрасте от 27 до 40 лет. Первородящих женщин было 13 (59,09%), повторнородящих – 9 (40,91%).

Результаты исследования и их обсуждение.

Из числа первородящих женщин с первой попытки ЭКО беременность наступила и закончилась родами у 9 (40,9%) . Среди повторнородящих с первой попытки ЭКО беременность прогрессировала и закончилась родами у 5 (22,7%) женщин. Примечательно, что у двух повторнородящих женщин предыдущая (первая) попытка ЭКО закончилась срочными родами у одной и антенатальной гибелью плода в 22 недели – у второй. У 6 (27,3%) пациенток беременность была многоплодной. Данные по соотношению числа включенных в исследование беременных в зависимости от количества попыток ЭКО и количества беременностей в анамнезе приведены в таблице 1.

Таблица 1

Частота попыток экстракорпорального оплодотворения у обследованных женщин

| Попытка ЭКО | Первородящие |   | Повторнородящие |   | Всего |   |
|-------------|--------------|---|-----------------|---|-------|---|
|             | абс.         | % | абс.            | % | абс.  | % |
|             |              |   |                 |   |       |   |

|             |    |      |   |      |    |      |
|-------------|----|------|---|------|----|------|
| 1-я попытка | 9  | 40,9 | 5 | 22,7 | 14 | 63,6 |
| 2-я попытка | 2  | 9,1  | 3 | 13,6 | 5  | 22,7 |
| 3-я попытка | 0  | 0    | 1 | 4,5  | 1  | 4,5  |
| 4-я попытка | 1  | 4,5  | 0 | 0    | 1  | 4,5  |
| 5-я попытка | 1  | 4,5  | 0 | 0    | 1  | 4,5  |
| Всего       | 13 | 59,1 | 9 | 40,9 | 22 | 100  |

У всех обследованных женщин имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Помимо бесплодия у ряда пациенток отмечались другие гинекологические заболевания: синдром поликистозных яичников, миома матки, кисты яичников, полип эндометрия, нарушение менструального цикла, внематочная беременность. У 16 (72,7%) из 22 женщин были оперативные вмешательства в виде миомэктомии, полипэктомии, тубэктомии, резекции яичников.

Обращает на себя внимание тот факт, что течение беременности у всех женщин осложнялось угрозой прерывания в первом триместре. У значительной части обследованных имелись клинические проявления угрожающих преждевременных родов.

У четырех женщин беременность сохранить не удалось. Нами установлено, что прерывание наступило на сроках 28 – 36 недель. Количество попыток ЭКО и количество беременностей в анамнезе у этих пациенток значения не имело. При этом все преждевременные роды произошли у беременных с дихориальной диамниотической двойней. Самые низкие показатели по шкале Апгар были также у новорожденных из двойни при преждевременных родах в сроке 28 недель (4-5-7 баллов, 5-6-7 баллов). В одном случае была антенатальная гибель плода (одного из двойни), пациентка была родоразрешена путём операции кесарева сечения.

19 (86,4%) женщин были родоразрешены операцией кесарева сечения, из них в одном случае – с ампутацией матки по причине плотного прикрепления плаценты. Продолжительность операции колебалась от 30 мин. до 90 мин. Общая кровопотеря при операции кесарева сечения составила от 400 мл до 1200 мл. У 3 (13,6%) женщин роды протекали через естественные родовые пути, однако с использованием оперативных пособий (перинеотомия, вакуум-экстракция плода). Примечательно, что это были первородящие женщины, с первой попыткой ЭКО по мужскому фактору.

Во всех случаях по результатам гистологического исследования последа было выявлено вирусное, бактериальное и вирусно-бактериальное поражение с нарушениями кровообращения в плаценте. Наиболее часто имели место уреоплазменный,

микоплазменный, хламидийный, герпетический хориоамнионит и хориодецидуит. Острая недостаточность плаценты была выявлена в 9 (40,9%) случаях, декомпенсированная плацентарная недостаточность с острой декомпенсацией – в 7 (31,8%) случаях, хроническая компенсированная и субкомпенсированная недостаточность плаценты в 2 случаях (9,1%).

Заключение.

Таким образом, данное исследование показало, что при ЭКО по мужскому фактору бесплодия беременность и роды протекают с меньшим количеством осложнений, а наличие отягощенного гинекологического анамнеза у женщины повышает вероятность патологии беременности и оперативного родоразрешения, что имеет большое значение как для здоровья плода, так и дальнейших репродуктивных возможностей матери.

Учитывая большое количество осложнений и менее благоприятные исходы при многоплодных беременностях, рекомендуется отказаться от подсадки двух и более эмбрионов при ВРТ и использовать технологию селективной подсадки одного эмбриона. Также, учитывая данные гистологического исследования последов необходимо более тщательно проводить обследование женщин на инфекции при планировании беременности, при постановке на учёт, а также во время беременности.

### Список литературы

1. Амирова А.Ф. Особенности повторной попытки экстракорпорального оплодотворения у пациенток с предыдущей неудачей. Пробл репрод 2010; 4: 35-38.
2. Башмакова Н.В., Трапезникова Ю.М. Сравнительный анализ течения и исходов беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий при различных вариантах гормональной поддержки. Урал мед журн 2010; 5: 70: 139-143.
3. Кулаков В.И., Корнеева И.Е. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия. Акуш и гин 2002; 2:56-59.
4. Elnashar A.M. Progesterone rise on the day of HCG administration (premature luteinization) in IVF: An overdue update. J Ass Reprod Genat 2010; 27: 4: 149-155.
5. Garcia-Velasco J.A., Isaza V., Caligara C., Pellicer A., Remohí J., Simón C. Factors that determine discordant outcome from shared oocytes. Fertil Steril 2003; 80: 54-60.
6. Lessey B.A. Assessment of endometrial receptivity. Fertil Steril 2011; 96: 3: 522-529.
7. The European IVF-monitoring programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Hum Reprod 2001; 16: 2: 384-391

**Рецензенты:**

Гайдуков С.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета» Минздрава России, г. Санкт-Петербург;

Баласанян В.Г., д.м.н., профессор кафедры детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.