

УДК 618.2:618.4

А.Ю. Долбина, Н.В. Протопопова, В.П. Ильин

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Областной перинатальный центр (Иркутск)*

Нами проведена оценка течения беременности и эффективности стимуляции овуляции у женщин с индуцированной беременностью. Определяющим периодом для данной беременности является I триместр вследствие высокого риска прерывания, II и III триместры протекают благоприятно. Значимых отличий в течении родов, исходах для новорожденных не выявлено.

Ключевые слова: индуцированная беременность, факторы риска, эффективность стимуляции овуляции

CLINICAL ESTIMATION OF PREGNANCY AND EFFICACY OF STIMULATION OVULATION IN WOMEN WITH INDUCTION PREGNANCY

A.Yu. Dolbina, N.V. Protopopova, V.P. Il'in

*Irkutsk State Medical University, Irkutsk
Regional perinatal center, Irkutsk*

We conducted the estimation of induction pregnancy and efficacy of stimulation ovulation in Irkutsk region women. The main period is the first trimester, in consequence of high break off pregnancy risk. The II and III trimesters are well for these women. There are not distinctions in labor and in results for newborns between groups.

Key words: induced pregnancy, risk factors, efficacy of stimulation ovulation

ВВЕДЕНИЕ

Лечение бесплодия в настоящий момент приобретает не только медицинское, но и экономическое значение. Число медикаментозно индуцированной беременности постоянно растет в связи с внедрением в практику диагностической и лечебной эндоскопии, принципов гормонального скрининга, появления средств, направленных на восстановление овуляторной функции. Хотя терапия, направленная на индукцию овуляции, в большинстве случаев имеет благоприятный исход, многие исследователи указывают на отягощенное течение беременности у данных пациенток, которое зависит не только от генеза бесплодия, но и от множества других факторов: поздний репродуктивный возраст, вредные привычки, заболевания, перенесенные в детстве, сопутствующие заболевания, отягощенный гинекологический анамнез, вирусная и бактериальная патология, многоплодие и

другие [1 – 9]. Поэтому течение и наблюдение за индуцированной беременностью являются не менее актуальными проблемами.

В настоящее время для оценки эффективности методов вспомогательной репродукции все чаще используется показатель частоты рождения живых детей, выписанных из родильного дома после лечения бесплодия (take home baby), рассчитываемый как отношение числа живых детей к общему числу наступивших беременностей [1 – 5].

МЕТОДИКА

С целью изучения особенностей течения индуцированной беременности и исходов родов у данных женщин нами изучены 2 группы женщин, роды которых протекали в Областном перинатальном центре г. Иркутска. Основную – 1 группу – составили 97 женщин, беременность которых наступила в результате индукции овуляции. В контрольную

– 2 группу – вошли 78 женщин со спонтанной беременностью. Разработана анкета, содержащая интересные вопросы. Проведен ретроспективный анализ историй родов, индивидуальных карт беременных, историй новорожденных.

Сравнительный анализ в группах проводился по возрасту, социальному статусу, анамнезу (заболевания, перенесенные в детском и подростковом возрасте, сопутствующие заболевания, акушерско-гинекологический анамнез). У всех пациенток изучены особенности течения беременности (по триместрам), родов, послеродового периода, исходы для новорожденных. Статистическая обработка данных приводилась с помощью программ пакета Excel, Statistica 6.2 с использованием различных критериев значимости показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Колебания возраста женщин в сравниваемых группах находились в интервале от 20 до 38 лет. Большинство женщин обеих групп были служащими и имели высшее либо неоконченное высшее образование.

Изучение соматической заболеваемости показало достоверное преобладание заболеваемости ЛОР-органов в детском возрасте, а также преобладание эндокринной патологии среди сопутствующих заболеваний в группе женщин с индуцированной беременностью ($p < 0,05$).

Средний возраст menarche в сравниваемых группах составил примерно 13 лет. Практически 31 % женщин после индукции овуляции и 26 % женщин с отсутствием нарушений репродуктивной функции в анамнезе имели беременности. Однако частота абортот отмечалась в два раза выше у женщин контрольной группы. Количество самопроизвольных выкидышей одинаково в обеих группах, разница по Т-критерию не значима ($p > 0,05$).

Среди гинекологических заболеваний в группе с индуцированной беременностью обращает внимание высокая частота встречаемости нарушений менструального цикла (29,41 %) и поликистоза яичников (26,05 %). В контрольной группе веду-

щее место занимают заболевания шейки матки (41,43 %) и воспалительные заболевания придатков (31,43 %).

При анализе течения беременностей отмечено, что многоплодная беременность у женщин после стимуляции овуляции встретилась в 3,1 % случаев. В контрольной группе многоплодных беременностей не было.

Осложнения I триместра беременности представлены в таблице 1.

Наиболее частым осложнением I триместра беременности в исследуемых группах является угроза прерывания беременности (в 1 группе – 65,2 %, во 2 группе – 40 %), которая имеет статистически значимые различия по величине χ^2 , что, несомненно, связано с особенностями наступления беременности у данных женщин. Ранний токсикоз чаще встречался в контрольной группе (у 27 % женщин). Синдром гиперстимуляции яичников выявлен только у 1 (1,12 %) женщин с индуцированной беременностью. Отмечено, что в группе фертильных женщин в 3 раза чаще встречались проявления вагинальных инфекций.

Нами отмечено, что для фертильных женщин оказалось характерным проявление анемии во втором триместре.

Проявления гестоза в обеих группах встречались практически с одинаковой частотой, при этом различия статистически не значимы (табл. 2).

В III триместре беременности среди женщин (таблица 3) отмечен рост числа беременных с анемией, (1 группа – 23,3 %, 2 группа – 26,6 %), развитие фетоплацентарной недостаточности (22,2 % и 21,9 %). Статистически значимым осложнением триместра является проявление вагинальной инфекции у женщин контрольной группы.

Используя величину χ^2 -критерия, мы определили наиболее значимые показатели, влияющие на течение беременности: угроза прерывания беременности в первом триместре ($\chi^2 = 15,9$); анемия во втором триместре беременности ($\chi^2 = 5,9$) и вагинальная инфекция в 3 триместре беременности ($\chi^2 = 4,2$).

Таблица 1
Осложнения беременности в 1 триместре в группе женщин с индуцированной беременностью (1 группа) и спонтанной беременностью (2 группа)

Осложнение беременности	1 группа			2 группа		
	n	% встречаемости заболевания в группе	% болевших данным заболеванием в группе	n	% встречаемости заболевания в группе	% болевших данным заболеванием в группе
Угроза прерывания беременности	58	65,2	59,79*	23	40	29,47*
Токсикоз	18	20,2	18,56	16	27,1	20,51
Гиперстимуляция яичников	1	1,12	1,03	–	–	–
Анемия	6	6,7	6,19	9	15,2	11,54
Вагинальная инфекция	6	6,7**	6,19	11	18,6**	14,10

Примечание: * – различия статистически значимы по величине χ^2 ($p < 0,05$); ** – различия достоверны по величине Т-критерия ($p < 0,05$).

Таблица 2

Осложнения 2 триместра беременности в сравниваемых группах

Осложнение беременности	Индукционная беременность			Спонтанная беременность		
	п	% встречаемости заболевания в группе	% болевших данным заболеванием в группе	п	% встречаемости заболевания в группе	% болевших данным заболеванием в группе
Анемия	6	8,7	6,19*	14	17,9	17,95*
Экстрагенитальная патология	10	14,5	10,31	13	16,6	16,67
Угроза прерывания беременности	18	26	18,56	16	20,5	20,51
Вагинальная инфекция	12	17,4	12,37	16	20,5	20,51
Фетоплацентарная недостаточность	1	1,4	1,03	1	1,3	1,28
Истмико-цервикальная недостаточность	2	2,8	2,06	–	–	–
Гестоз	20	30	20,62	18	23,1	23,08

Примечание: * – различия статистически значимы по величине χ^2 ($p < 0,05$).

Таблица 3

Осложнения 3 триместра в группах

Осложнение беременности	1 группа			2 группа		
	п	% встречаемости заболевания в группе	% болевших данным заболеванием в группе	п	% встречаемости заболевания в группе	% болевших данным заболеванием в группе
Анемия	21	23,3	21,65	28	26,6	35,9
Угроза преждевременных родов	15	16,6	15,46	8	7,6	10,26
Фетоплацентарная недостаточность	20	22,2	20,62	23	21,9	29,49
Экстрагенитальная патология	17	18,9	17,53	22	20,9	28,21
Вагинальная инфекция	17	18,9	17,53*	24	22,8	30,77*

Примечание: * – различия статистически значимы по величине χ^2 ($p < 0,05$).

98 % женщин контрольной группы и 96 % женщин с индуцированной беременностью родоразрешились в срок, хотя оперативные роды достоверно чаще встречались в группе со спонтанной беременностью (у 41 (52,56 %) пациентки) в отличие от женщин с индуцированной беременностью (у 30 (31,25 %) пациенток), различия между ними по Т-критерию статистически не значимы ($T = 1,85$)

Росто-весовые показатели новорожденных не имеют существенных различий в сравниваемых группах. Средняя масса новорожденных в 1 группе составила 3412,2 г, во 2 – 3403,7 г, рост – 52 см и 51,6 см соответственно. Все дети родились с хорошей оценкой по шкале Апгар.

Пороки развития выявлены у 7 детей контрольной группы и у 5 детей в группе женщин со стимуляцией овуляции. Показатель take home baby составил 100 %.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что для течения индуцированной беременности у женщин Иркутской области определяющим периодом является I три-

местр беременности, так как велика вероятность прерывания беременности вследствие развития угрожающего выкидыша.

Отмечено благоприятное течение второго и третьего триместров беременности в группе женщин с индуцированной беременностью, что, очевидно, связано с более тщательным наблюдением за течением беременности у женщин с бесплодием.

Значимых отличий в течении родов, послеродового периода и исходах для новорожденных не выявлено.

Эффективность метода индукции овуляции составил 100 % по показателю take home baby.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ведение беременности после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов: осложнения и их лечение / А.Н. Стрижаков, В.М. Здановский, З.М. Мусаев и др. // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 6. – С. 20–24.
2. Здановский В.М. Течение и исход беременностей после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции (МВР) / В.М. Здановский, И.И. Витязева // Проблемы репродукции. – 2000. – № 3. – С. 55–56.

3. Использование репродуктивных технологий и результаты родов при многоплодной беременности / Н.М. Побединский, Е.С. Ляшко, С.Ю. Титов и др. // *Акушерство и гинекология*. — 2001. — № 3. — С. 16–17.
4. Корсак В.С. Алгоритм ведения и исходы беременности, наступившие в результате вспомогательных репродуктивных технологий / В.С. Корсак, Ю.Л. Громыко, Э.В. Исакова // *Проблемы репродукции*. — 2003. — № 3.
5. Течение и исход беременности у женщин с бесплодием в анамнезе / О.Н. Аржанова, В.С. Корсак, О.О. Орлова и др. // *Проблемы репродукции*. — 1999. — № 3.
6. Katwijk C. Clinical aspects of pregnancy after the age of 35 years: a review of the literature / C. Katwijk, L.L.H. Peeters // *Human Reproduction Update*. — 1998. — Vol. 4, N 2. — P. 185–194.
7. Nygren K.G. Assisted reproductive technology in Europe, 1999. Results generated from European registers by ESHRE / K.G. Nygren, A. Andersen // *Human Reproduction*. — 2002. — Vol. 17, N 2. — P. 3260–3274.
8. Shevell T. Assisted Reproductive Technology and Pregnancy outcome / T. Shevell, F. Malone, J. Vidaver // *Obstetrics and gynecology*. — 2005. — Vol. 106. — P. 1039–1045.
9. Thompson F. Templeton Obstetric outcome in women with subfertility / F. Thompson, S. Shanbhag // *BJOG: An international journal of obstetrics and gynecology*. — 2005. — Vol. 112. — P. 632.