

# Індукована вагітність: перинатальні проблеми та шляхи їх вирішення

**3-4 жовтня в Києві відбувся пленум Асоціації акушерів-гінекологів України, у рамках якого пройшла науково-практична конференція з міжнародною участю «Акушерство та гінекологія: актуальні й дискусійні питання», де були розглянуті різноманітні проблеми галузі.**



Актуальну для сьогоднішнього часу тему – ведення пацієнток, що завагітніли за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, висвітлювала у своїй доповіді завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», доктор медичних наук, професор **О.В. Кравченко**.

Останніми роками спостерігається чітка тенденція до зростання кількості жінок, вагітність яких настала в результаті екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). Завдяки допоміжним репродуктивним технологіям щорічно у світі народжується понад 1 млн дітей. Метод ЕКЗ надає унікальний шанс реалізувати функцію дітонародження жінкам із глибокими анатомічними змінами та відсутністю маткових труб. Застосування донорських ооцитів створило можливість виношування вагітності в пацієнток із тяжкою органічною патологією яєчників. Доповнення ЕКЗ процедурою введення сперматозоїдів у цитоплазму ооциту (Intra Cytoplasmic Sperm Injection, ICSI) фактично повністю вирішило проблему чоловічого безпліддя.

Одночасно з такими значними успіхами з'явилися й проблеми, зазначила професор О.В. Кравченко: підвищилася частота акушерської патології в цієї категорії пацієнток. За останніми даними всесвітнього звіту Міжнародного комітету з моніторингу допоміжних репродуктивних технологій (The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive

Technologies, ICMART), 70% клінічних вагітностей закінчуються народженням живих дітей. **Високий рівень перинатальних втрат і захворюваності новонароджених після ЕКЗ зумовлений не лише невиношуванням вагітності, а й високою частотою плацентарної дисфункції – 24-46%. Загалом плацентарна дисфункція у структурі перинатальних втрат складає 60-70%. Перинатальна захворюваність при плацентарній дисфункції досягає 70%, а смертність – понад 20%.**

Доповідач наголосила, що участь плаценти в інтеграції більшості обмінних процесів не викликає жодних сумнівів, проте компенсаторно-приспосовувальні реакції плаценти мають обмежений резерв, а її дисфункція призводить до хронічної гіпоксії, ретардації й навіть до загибелі плода.

Автор навела такі патогенетичні етапи розвитку плацентарної дисфункції, що закладені у процесі інвазії цитотрофобласта у спіральні артерії:

- недостатність першої хвилі інвазії – порушення формування матково-плацентарного кровообігу;
- недостатність другої хвилі інвазії – відсутність адекватного приросту матково-плацентарного кровотоку;
- порушення рівноваги в системі перекисного окислення ліпідів;
- підвищення проникності плацентарного бар'єру;
- ураження клітинних мембран плаценти.

Додатковим патогенним чинником, який веде до формування плацентарної дисфункції, є порушення дозрівання ворсинчастого дерева. Тобто зменшується кількість термінальних ворсин та їх васкуляризація, що

призводить до розладу адаптаційно-компенсаторних механізмів у системі «мати – плацента – плід».

Професор О.В. Кравченко також наголосила, що виникнення плацентарної дисфункції асоційоване з масивною гормональною терапією, яка широко використовується при веденні індукованої вагітності. Таке лікування провокує активацію автоімунних процесів і тромбофілічних станів. Також воно сприяє підвищенню тону м'язів міометрія, що призводить до порушення кровообігу в міжворсинчастому просторі. Надлишок прогестерону гальмує синтез трофобластом β-хоріонічного гонадотропіну людини, що зумовлює загрозу переривання вагітності й відшарування хоріону.

Доповідач акцентувала на тому, що **I триместр індукованої вагітності є надзвичайно складним і критичним періодом, під час якого пацієнтки отримують масивну гормональну терапію для збереження вагітності. Враховуючи вплив масивної терапії гестагенами на розвиток плацентарної дисфункції, зокрема в перші тижні вагітності, а також на можливість тератогенного ефекту та виникнення материнських ускладнень (внутрішньопечінковий холестаза, тромботичні пооди тощо), пролонговане застосування гестагенів потребує більш ретельного вивчення. Тому за мету дослідження було взято розробку диференційованого підходу до призначення гормональної терапії у II триместрі гестації у вагітних після ЕКЗ.**

Дослідження проводили серед вагітних жінок віком 28-36 років. У 60,7% жінок було діагностовано безпліддя трубно-перитоніального генезу, у 32,1% – ендокринного генезу. У 7,2% осіб причиною подвійного непліддя був чоловічий фактор. У 39,3% жінок вагітність настала внаслідок повторної спроби ЕКЗ.

У I триместрі пацієнтки отримували не менше трьох гестагенних препаратів: ін'єкційний прогестерон, дидрогестерон та мікронізований прогестерон. Однак, незважаючи на високу інтенсивність терапії, у пацієнток відзначалися такі особливості перебігу I триместру гестації:

- 14,3% – відсутність ускладнень;
- 21,4% – ранній гестоз;
- 64,3% – загроза переривання вагітності;
- 42,8% – діагностовано ретрохоріальну гематому;
- 3,6% – мимовільний викидень на терміні 6-7 тижнів;
- 3,6% – діагностовано завершу вагітність;
- 92,9% – вагітність збережена.

Професор О.В. Кравченко повідомила, що на сьогоднішній тривимірній ультразвуковою діагностикою дає можливість на 12-13-му тижні гестації виміряти весь об'єм хоріону, індекс васкуляризації та індекс кровотоку, що й було проведено під час дослідження. У результаті виявлено, що в 73% вагітних була наявна незначна гіпоплазія хоріону – 122-148 см<sup>3</sup> (норма – 160 см<sup>3</sup>). У такої ж кількості осіб було діагностовано незначні відхилення показника індексу васкуляризації самого хоріону. Індекс резистентності в маткових та спіральних артеріях наприкінці I триместру був підвищеним у 76 та 69% пацієнток відповідно. Тобто тільки у 23% вагітних об'єм хоріону та його васкуляризація відпові-

дали гестаційній нормі. У цієї категорії пацієнток було припинено гормональну терапію. Решта жінок потребували подальшої гормональної підтримки.

Автор доповіді зазначила, що існують наступні шляхи зниження перинатальних ускладнень після ЕКЗ: оптимізація прегравідарної підготовки; удосконалення діагностичних методів та якості проведення процедури ЕКЗ; використання нових лікувальних технологій; патогенетично обґрунтована медикаментозна й гормональна підтримка протягом гестаційного періоду, що є вирішальним.

У ході дослідження 76,9% пацієнток із метою ефективного забезпечення другої хвилі інвазії цитотрофобласта та адекватної інтенсивності матково-плацентарного кровотоку призначалися:

- мікронізований прогестерон у дозах 200-400 мг;
  - венотонік Нормовен – по 1 таблетці 2 рази на добу;
  - Артїхол – по 400 мг 2-3 рази на добу.
- Зазначену терапію проводили до 18-20-го тижня гестації.

Венотонік Нормовен, що у своєму складі містить 450 мг діосміну та 50 мг гесперидину, володіє наступними клінічними ефектами:

- підвищує венозний тонус;
- зменшує розтягнення вен та венозний стаз, запобігає тромбозу;
- покращує мікроциркуляцію;
- знижує проникність капілярів і підвищує їхню резистентність.

Препарат Артїхол відноситься до лікарських засобів рослинного походження, діючою речовиною його є сухий екстракт артишоку (*Synalga scolymus*). Листя цієї рослини містить комплекс біологічно активних речовин, які зумовлюють фармакологічні властивості препарату. Фенольна сполука цинарин у поєднанні з феноксилотами, біофлавоноїдами та іншими компонентами чинять жовчогінну та гепатопротекторну дію, що є важливою складовою запропонованої під час дослідження схеми лікування. Саме таким чином Артїхол запобігає розвитку внутрішньопечінкового холестаза, що зазвичай є ускладненням довготривалої терапії мікронізованим прогестероном.

Крім того, Артїхол проявляє метаболічний та антиоксидантний ефекти, має сечогінну дію, сприяє виведенню з організму сечовини, токсинів (у тому числі нітросполук, алкалоїдів, солей важких металів). Аскорбінова кислота, каротин, вітаміни В<sub>1</sub> та В<sub>2</sub>, інулін сприяють нормалізації обмінних процесів. Препарат зазвичай приймають до їди по 400 мг 3 рази на добу.

Ефективність запропонованої терапії оцінювали за даними характеру кровотоку в міометрії на 18-20-му тижні гестації.

Доповідач також навела результати аналізу клінічної ефективності запропонованої терапії порівняно з популяційним показником у вагітних після ЕКЗ (таблиця). Завдяки впровадженню комплексної терапії у вигляді препаратів Нормовен, Артїхол та мікронізований прогестерон з'явилася можливість у 80% жінок на 20-му тижні вагітності вирівняти гемодинамічні порушення кровотоку в міометрії. **Як показали результати дослідження, призначення запропонованого лікування супроводжувалося зменшенням частоти розвитку таких ускладнень, як загроза переривання вагітності, передчасні пологи, плацентарна дисфункція, гестоз, проведення кесаревого розтину.**

Таким чином, патогенетично обґрунтована комплексна підтримка протягом гестаційного періоду сприятиме завершенню індукованої вагітності народженням здорової дитини.

Підготувала **Марія Грицуля**



## Раціональний вибір у захисті печінки!

**Незалежно від дози пацієнт приймає за добу лише 3 таблетки!\***

\* Інструкція медичного застосування препарату «Артїхол»

**Коротка інструкція для медичного застосування:**  
Склад лікарського засобу: Таблетки містять артишок сухого екстракту 200 мг. Лікарська форма. Таблетки, вагеті оболонки. Фармакологічна група: Засоби, що застосовують при захворюваннях печінки та жовчаних шляхів.

**Показання для застосування:**  
Хронічний гепатит, цироз печінки, хронічний неалкогольний холестаза, дискінезі жовчаних шляхів за зіп'янітим типом, хронічний нефрит, хронічна ниркова недостатність.

Препаратом лікують хронічний гепатит, цироз печінки, хронічний неалкогольний холестаза, дискінезі жовчаних шляхів за зіп'янітим типом, хронічний нефрит, хронічна ниркова недостатність. Препаратом лікують хронічний гепатит, цироз печінки, хронічний неалкогольний холестаза, дискінезі жовчаних шляхів за зіп'янітим типом, хронічний нефрит, хронічна ниркова недостатність. Препаратом лікують хронічний гепатит, цироз печінки, хронічний неалкогольний холестаза, дискінезі жовчаних шляхів за зіп'янітим типом, хронічний нефрит, хронічна ниркова недостатність.

Регістраційне посвідчення МОЗ України № 015/583/01/01 та № 015/583/01/02 з 19.07.2016

**КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД**  
Завжди без компромісів!

Інформація для спеціаліста: Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією

**Таблиця. Частота виникнення ускладнень у вагітних після ЕКЗ на фоні запропонованої терапії порівняно з популяційним показником у вагітних цієї категорії**

Ускладнення у вагітних після ЕКЗ	Особі, яким була призначена терапія препаратами Нормовен, Артїхол та мікронізованим прогестероном	Популяційний показник у вагітних після ЕКЗ
Загроза переривання вагітності	I триместр	35%
	II триместр	25%
Частота передчасних пологів		10%
Плацентарна дисфункція у III триместрі		12,5-26,7%
Частота гестозу		15%
Частота кесаревого розтину		24,8-46%
		40-62,5%
		65%
		72,2%