

УДК 618.5-036.8:618.177-071.1

Т.Г. Романенко¹, О.І. Кротік², А.Д. Гайдук³, С.В. Турбаніст⁴

Клініко-статистичні особливості розродження вагітних із різними формами безпліддя в анамнезі

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна³Центр репродукції «Паренс-Україна», м. Львів, Україна⁴ТОВ «Медичний центр Клініка репродуктивної медицини доктора Айзятупової – АІС», м. Ірпін, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. 3(184): 106-113; doi: 10.15574/HW.2026.3(184).106113

For citation: Romanenko TG, Krotik OI, Haiduk AD, Tyrbanist SV. (2026). Clinical and statistical features of childbirth in pregnant women with a history of various forms of infertility. Ukrainian Journal Health of Woman. 3(184): 106-113. doi: 10.15574/HW.2026.3(184).106113

Висока частота кесаревого розтину в жінок із безпліддям в анамнезі після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) потребує програмованого ведення вагітності та пологів з адекватною профілактикою плацентарної недостатності, що дасть змогу суттєво поліпшити результати розродження як з акушерських, так і з перинатальних позицій.

Мета – вивчити клініко-статистичні особливості розродження вагітних із різними формами безпліддя в анамнезі для визначення показань до програмованого ведення пологів у цих жінок.

Матеріали і методи. Проаналізовано 524 випадки розродження вагітних після ДРТ із різними формами жіночого безпліддя в анамнезі: I група – 384 вагітні з ендокринною формою, II група – 791 вагітна зі змішаною формою, III група – 49 вагітних із трубним фактором. Вивчено особливості соматичного, гінекологічного і репродуктивного анамнезу, частоту ускладнень вагітності, методи розродження.

Результати. Ендокринна форма спостерігалася в 73,3%; змішана – у 17,4%, трубний фактор – у 9,3% спостережень. Вторинне безпліддя відзначалося в 32,6%, артифіційні аборти – у 43,8% жінок, у кожному шостому (15,8%) випадку – самовільні викидні. Загроза передчасних пологів була у 41,2% випадків (у I групі – 44,3%, у III групі – 24,5% випадків); рівень прееклампсії становив 11,8% випадків, з переважанням у II (16,5% випадків) і III групах (16,6% випадків); частота ПН склала 26,1% випадків.

Висновки. У вагітних із безпліддям в анамнезі частота розродження шляхом операції кесаревого розтину становила 37,9%, при цьому планового – 37,7%, а ургентного – 62,3%.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: форми безпліддя, допоміжні репродуктивні технології, перебіг вагітності, соматичний, гінекологічний, репродуктивний анамнез, показання до кесаревого розтину.

Clinical and statistical features of childbirth in pregnant women with a history of various forms of infertility

T.G. Romanenko¹, O.I. Krotik², A.D. Haiduk³, S.V. Tyrbanist⁴¹Shupyk National University of Health of Ukraine, Kyiv²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine³Reproduction Center «Parens-Ukraine», Lviv, Ukraine⁴LLC «Medical Center Clinic of Reproductive Medicine of Dr. Aizyatulova – AIS», Irpin, Ukraine

The high frequency of cesarean section in women with a history of infertility after the use of assisted reproductive technologies (ART) requires the introduction of programmed management of pregnancy and childbirth with adequate prevention of placental insufficiency (PI), which will significantly improve the results of childbirth from both obstetric and perinatal perspectives.

Aim – to study the clinical and statistical features of childbirth in pregnant women with various forms of infertility in history in order to develop indications for programmed management of childbirth in them.

Materials and methods. 524 cases of childbirth in pregnant women after ART with various forms of female infertility in history: Group I – 384 pregnant women with an endocrine form, Group II – 791 pregnant women with a mixed form, Group III – 49 pregnant women with a tubal factor. The features of somatic, gynecological and reproductive history, the frequency of pregnancy complications, and methods of reproduction were studied.

Results. The endocrine form occurs in 73.3%; mixed in 17.4%, tubal factor in 9.3% of observations. Secondary infertility occurred in 32.6%, in 43.8% women artificial abortions, in every 6 (15.8%) cases spontaneous miscarriages. Threat of premature birth – 41.2% cases (in Group I – 44.3%, in Group III – 24.5% cases); level of preeclampsia 11.8% cases, with a predominance in Group II – 16.5% cases and in Group III – 16.6%; frequency of PI was 26.1%.

Conclusions. In pregnant women with a history of infertility, the frequency of delivery by cesarean section is 37.9%, with the rate of planned cesarean section being 37.7% and urgent cesarean section being 62.3%.

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Informed consent from women was obtained for the study. The authors declare that there is no conflict of interest.

Keywords: forms of infertility, assisted reproductive technologies, pregnancy course, somatic, gynecological, reproductive history, indications for cesarean section.

Одним з основних завдань сучасного акушерства є створення оптимальних умов для здійснення жінкою функції материнства, а також збереження вагітності й забезпечення народження здорового потомства [12,16].

Останні десятиріччя ознаменовані значними успіхами в лікуванні безпліддя різного генезу. Безпліддя – складна медико-біологічна, психологічна і соціальна проблема. Незалежно від демографічних і соціальних умов, для кожної жінки неможливість мати власну дитину – це тяжке життєве випробування, яке часто призводить до дисгармонії в шлюбі і до розпаду сім'ї [5,20]. За даними різних авторів, частота безплідних шлюбів становить від 10–15% до 18–20% [8,16].

Особливо актуальна проблема безпліддя для країн із низьким рівнем народжуваності, до яких, як відомо, належить Україна. Істинною сенсацією сучасного світу в соціальному, біологічному, релігійному і моральному плані є допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) [12,21]. Програма ДРТ як метод лікування безпліддя в жінок із необоротними ураженнями або без маткових труб набуває все більшої популярності та забезпечує його високу ефективність у настанні вагітності у 86,8% жінок [4,19].

Дані літератури про особливості розвитку вагітності і перебіг статевого акту в таких жінок не багаточисельні. Відомо, що в значній частині жінок, які страждають на ендокринну неплідність, спостерігаються зміни не тільки функції репродуктивної системи, але й супутні захворювання – аліментарно-обмінні форми ожиріння, захворювання щитоподібної залози, вегетосудинна дистонія, гіпертонічна хвороба тощо. [2,11]. Отже, вагітність у таких жінок настає на тлі екстрагенітальної і гінекологічної патології. Ці фактори можуть призводити до різних ускладнень вагітності – загрози переривання, плацентарної недостатності, синдрому затримки росту плода (ЗРП), прееклампсії, передчасних пологів, дистресу плода під час вагітності і в пологах тощо [9,25]. Більшість вітчизняних авторів вважають, що індукована вагітність належить до категорій високого ризику, тому, розробляючи тактику розродження, слід надавати перевагу кесаревому розтину [6]. Серед відносних показань до кесаревого розтину багато авторів вказують на безпліддя в анамнезі, як самостійне, так і в сукупності з іншими факторами [6,23,25].

Усе викладене вище дає змогу зробити висновок, що кількість вагітних жінок із різними ви-

дами безпліддя в анамнезі збільшуватиметься, тому зростатиме питома вага цих жінок у структурі абдомінального розродження.

Проблема абдомінального розродження залишається однією з найактуальніших у сучасному акушерстві, причому з року в рік його частота зростає, а показник перинатальної смертності не змінюється [1,3,7,12,13]. У структурі показань близько 20% становлять такі, як сукупність відносних показань в інтересах плода, одним з яких є безпліддя в анамнезі. Практикуючі акушери-гінекологи дуже часто схиляються до абдомінального розродження в жінок, які народжують уперше, віком від 30 років, а також в жінок із безпліддям понад 5 років. Поряд із цим, питання розродження жінок із різними формами і видами лікування безпліддя повністю не вирішені, а окремі публікації в цьому напрямі носять суперечливий характер, що вказує на необхідність наукового дослідження. На сьогодні немає єдиної концепції ведення пологів і визначення способу розродження залежно від патології, що передуює вагітності, у жінок із безпліддям в анамнезі. Вивчення цієї проблеми становить безсумнівний інтерес не тільки для наукового, але й для практичного акушерства.

Мета дослідження – вивчити клініко-статистичні особливості розродження вагітних із різними формами безпліддя в анамнезі для визначення показань до програмованого ведення пологів у цих жінок.

Матеріали і методи дослідження

На клінічній базі кафедри акушерства та гінекології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (КНП КОР «Київський обласний перинатальний центр», за даними архіву за 2021–2024 рр.) проведено клініко-статистичний ретроспективний аналіз 524 випадків розродження вагітних із різними формами жіночого безпліддя в анамнезі, вагітність у яких настала після ДРТ (загальна група). Безпліддям у шлюбі визнано ненастання вагітності в разі регулярного статевого життя не менше 2 років без будь-якої контрацепції і за «репродуктивно» здорового чоловіка. Усіх жінок поділено залежно від форми безпліддя на три групи: I група – 384 (73,3%) вагітні з ендокринною формою безпліддя в анамнезі; II група – 91 (17,4%) вагітна зі змішаною формою безпліддя в анамнезі; III група – 49 (9,3%) вагітних із трубним фактором безпліддя в анамнезі. Вивчено ві-

Таблиця 2

Особливості репродуктивного анамнезу в досліджуваних групах із безпліддям II, абс. (%)

Показник	I група (n=31)	II група (n=91)	III група (n=49)	Усього (n=171)
Артифіційні аборти	14 (45,2)*	42 (71,2)	22 (62,9)	75 (43,8)
Самовільні аборти	11 (35,5)*	6 (10,2)**	7 (20,0)	27 (15,8)
Пізні аборти	1 (3,2)	3 (5,1)	1 (2,9)	5 (2,9)
Передчасні пологи	1 (3,2)	1 (1,7)	1 (2,9)	3 (1,8)
Термінові пологи	3 (9,7)	6 (10,2)	3 (8,6)	12 (7,0)
Кесарів розтин	1 (3,2)	1 (1,7)	1 (2,9)	3 (1,8)

Примітка: різниця достовірна відносно загальної групи: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

кові особливості, особливості соматичного, гінекологічного і репродуктивного анамнезу, форму безпліддя, частоту ускладнень I і II половини вагітності, терміни і методи розродження, стан новонароджених, перебіг післяпологового і неонатального періодів.

Математичні методи дослідження виконано згідно з рекомендаціями А.П. Мінцера та співавт. [10]. Достовірність відміни пари середніх обчислено за допомогою критеріїв Стюдента і Фішера. Статистично значущими прийнято розбіжності за $p < 0,05$.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи види безпліддя (рис.) у досліджуваних групах, слід зазначити, що при настанні вагітності ендокринна форма траплялася в 384 (73,3%) випадках; змішана – в 91 (17,4%), а трубний фактор безпліддя – у 49 (9,3%) спостереженнях. Вторинне безпліддя (безпліддя II)

спостерігалось в 171 (32,6%) жінки, при цьому даний показник помітно різнився між групами залежно від форми. Так, у жінок з ендокринною формою він становив усього лише 31 (8,1%), тоді як при змішаній і трубній формах був значно вищим – 91 (64,8%) і 49 (71,4%), відповідно.

Це слугувало підставою вивчення особливостей репродуктивної функції жінок із безпліддям II – усього 171 (32,6%) від 524 жінок загальної групи (табл. 2).

Звертає на себе увагу, що майже у 75 (43,8%) жінок в анамнезі були артифіційні аборти, а в кожному шостому випадку (27 (15,8%) жінок) – самовільні викидні в ранні терміни. Найвищий показник (42 (71,2%) випадки) артифіційних абортів відзначався в II групі, а самовільних абортів (11 (35,5%) випадків) – у I групі; $p < 0,05$. Загальний рівень пологів в анамнезі (термінові і передчасні) становив 15 (8,8%) випадків, тобто 156 (91,2%) обстежених жінок народжують уперше, причому по групах цей показник суттєво не змінювався.

Серед різних термінів тривалості безпліддя (табл. 3) переважали показники 4–5 років (150 (28,6%) випадків) і до 3 років (105 (20,0%) випадків). Крім того, слід зазначити, що частіше, ніж у кожному десятому випадку, спостерігалися такі значення, як 6–7 років (62 (11,8%) випадки) і 8–9 років (63 (12,0%) випадки). Аналізуючи ці значення за групами, слід вказати, що в I групі було достовірно знижене тільки одне значення (до 3 років) – 34 (8,9%) випадки; $p < 0,01$. Порівняно з цим у II групі зазначений показник був достовірно вищим – 40 (44,0%) випадків ($p < 0,01$); на тлі зменшення решти: 6–7 років – 7 (7,7%) випадків ($p < 0,05$); 8–9 років – 6 (6,6%) випадків ($p < 0,05$); 12–13 років – 5 (5,5%) випадків ($p < 0,05$); 14–15 років – 4 (4,4%) випадки ($p < 0,05$). У III групі жінок більше ніж у половині (31 (63,3%) випадок;

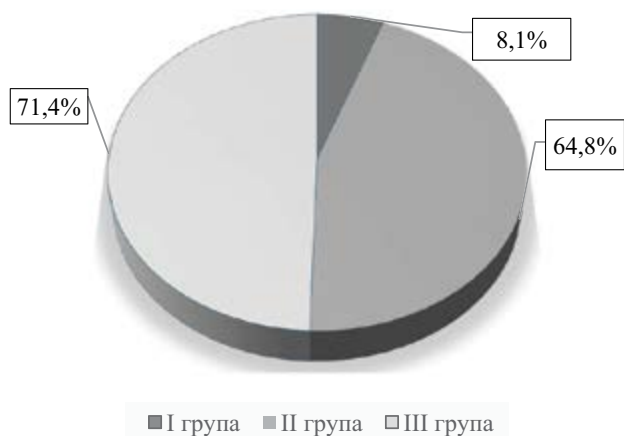


Рис. Частота безпліддя II по групах дослідження (%)

Таблиця 3

Тривалість безпліддя в досліджуваних групах, абс. (%)

Тривалість (роки)	I група (n=384)	II група (n=91)	III група (n=49)	Загальна група (n=524)
≥3	34 (8,9)**	40 (44,0)**	31 (63,3)***	105 (20,0)
4–5	127 (33,1)	20 (22,0)	3 (6,1)**	150 (28,6)
6–7	53 (13,8)	7 (7,7)*	2 (4,1)**	62 (11,8)
8–9	55 (14,3)	6 (6,6)**	2 (4,1)**	63 (12,0)
10–11	32 (8,3)	6 (6,6)	4 (8,2)	42 (8,0)
12–13	43 (11,2)	5 (5,5)*	3 (6,1)*	51 (9,7)
14–15	30 (7,8)	4 (4,4)*	3 (6,1)	37 (7,0)
>15	10 (2,6)	3 (3,3)	1 (2,1)	14 (2,7)

Примітка: різниця достовірна відносно загальної групи: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$.

Таблиця 4

Гінекологічна патологія в досліджуваних групах, абс. (%)

Патологія	I група (n=384)	II група (n=91)	III група (n=49)	Загальна група (n=524)
Хронічний сальпінгофорит	-	91 (100,0)**	49 (100,0)	140 (26,7)
Синдром полікістозних яєчників	384 (100,0)	37 (40,7)**	-	421 (80,3)
Кісти яєчників	19 (4,9)	2 (2,2)	-	21 (4,0)
Лейоміома матки	72 (18,8)	17 (18,7)	2 (4,1)**	91 (17,4)
Порушення менструального циклу	379 (98,7)	83 (91,2)	27 (55,1)**	489 (93,3)
Ендометріоз	32 (8,3)	13 (14,3)*	-	45 (8,6)
Патологія шийки матки	193 (50,3)	71 (78,0)	30 (61,2)	294 (56,1)

Примітка: різниця достовірна відносно загальної групи: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$.

$p<0,001$) спостережень відзначався найнижчий показник до 3 років, а решта були достовірно нижчими: 4–5 років і 12–13 років – по 3 (6,1%) випадки ($p<0,01$); 6–7 років і 8–9 років – по 2 (4,1%) випадки ($p<0,01$). Описані вище дані свідчать про тривалий термін обстеження і лікування жінок із безпліддям в анамнезі, за рахунок якого формується певна психоемоційна напруга, на тлі якої перебігає вагітність і розродження.

За даними таблиці 4, серед широкого спектра основної і супутньої генітальної патології найчастіше спостерігалися порушення менструального циклу – 489 (93,3%) випадків, синдром полікістозних яєчників – 421 (80,3%) випадок, патологія шийки матки – 294 (56,1%) випадки, а також хронічний сальпінгофорит – 140 (26,7%) випадків.

Частота гінекологічної захворюваності в жінок I групи практично не відрізнялася від загальної групи, за винятком відсутності діагнозу хронічного сальпінгофориту. У II групі обстежених рівень запального ураження додатків становив 100,0% ($p<0,01$), крім того, достатньо значною

була патологія шийки матки – 71 (78,0%) випадок ($p<0,05$); частота ендометріозу – 13 (14,3%) випадків ($p<0,01$). У III групі у всіх випадках ($p<0,01$) відзначався хронічний сальпінгофорит і знизилися рівні порушень менструального циклу (27 (55,1%) випадків; $p<0,01$) і лейоміоми матки (2 (4,1%) випадки; $p<0,01$). У цілому, слід вказати на високу частоту гінекологічної захворюваності в обстежених жінок, що ускладнювало перебіг вагітності, пологів, післяпологового і неонатального періодів.

Аналізуючи основні нозологічні форми екстрагенітальної патології (табл. 5), можна виділити високий рівень супутнього ожиріння – 212 (40,5%) випадків.

Серед решти видів соматичної захворюваності звертає на увагу значна частота пієлонефриту (108 (20,6%) випадків) і патології щитоподібної залози (77 (14,7%) випадків). Аналізуючи ці значення по групах, можна виділити високий рівень хронічної артеріальної гіпертензії в II і III групах (31 (34,1%) випадок ($p<0,05$) і 21 (42,9%) випа-

Таблиця 5

Екстрагенітальна патологія в досліджуваних групах, абс. (%)

Показник	I група (n=384)	II група (n=91)	III група (n=49)	Загальна група (n=524)
Хронічна артеріальна гіпертензія	45 (11,7)*	31 (34,1)*	21 (42,9)**	97 (18,5)
Ревматизм	28 (7,3)	19 (20,9)*	6 (12,2)	53 (10,1)
Міокардіодистрофія	32 (8,3)	21 (23,0)*	14 (28,6)*	67 (12,8)
Вади серця	13 (3,4)	3 (3,3)	1 (2,0)	17 (3,2)
Ожиріння	135 (35,2)*	51 (56,0)*	26 (53,1)*	212 (40,5)
Патологія щитоподібної залози	49 (12,8)	20 (22,0)*	8 (16,3)	77 (14,7)
Пієлонефрит	61 (15,9)	31 (34,1)*	16 (32,7)*	108 (20,6)
Холецистит	29 (7,6)	14 (15,4)*	6 (12,2)	49 (9,4)
Патологія легень	31 (8,1)	15 (16,5)*	7 (14,3)	53 (10,1)
Варикозна хвороба	19 (4,9)	15 (16,5)*	8 (16,3)*	42 (8,0)

Примітка: різниця достовірна відносно загальної групи: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$.

Таблиця 6

Клінічний перебіг вагітності в досліджуваних групах, абс. (%)

Показник	I група (n=384)	II група (n=91)	III група (n=49)	Загальна група (n=524)
Загроза переривання вагітності	182 (47,4)	86 (94,5)*	21 (42,8)	289 (55,2)
Гестаційна анемія	125 (32,6)	32 (35,2)	11 (22,4)	168 (32,1)
ПРЕЕКЛАМПСІЯ	39 (10,2)	15 (16,5)*	8 (16,6)*	62 (11,8)
Загроза передчасних пологів	170 (44,3)*	34 (37,4)	12 (24,5)*	216 (41,2)
Вірусна інфекція	48 (12,5)	17 (18,7)	8 (16,3)	73 (13,9)
Загострення екстрагенітальної патології	42 (10,9)	12 (13,2)	7 (14,3)*	61 (11,6)
Плацентарна недостатність	101 (26,3)	26 (28,6)*	10 (20,4)	137 (26,1)
Кесарів розтин: плановий ургентний	137 (35,7) 59 (43,0)* 78 (57,0)	49 (53,8)* 12 (24,5)* 37 (75,5)*	13 (26,5) 4 (30,7) 9 (69,2)*	199 (37,9) 75 (37,7) 124 (62,3)

Примітка: різниця достовірна відносно загальної групи: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$.

док ($p<0,01$), відповідно); значну частоту захворювань щитоподібної залози в II групі (20 (22,0%) випадків ($p<0,05$)); достовірно високий рівень пієлонефриту в II і III групах (31 (34,1%) випадок і 16 (32,7%) випадків, відповідно ($p<0,05$)). Високий рівень супутньої екстрагенітальної патології відіграє дуже суттєве значення впродовж безпліддя, а також є високим фактором ризику акушерської і перинатальної патології в цій групі пацієнток.

За результатами оцінювання перебігу вагітності, звертала на себе увагу висока питома вага різних ускладнень (табл. 6). Аналіз за групами показав суттєву різницю переважно в II і III групах. У II групі рівень загрози переривання вагітності досягав 86 (94,5%) випадків ($p<0,05$), у II групі він був на порядок нижчим – 21 (42,8%) випадок. Серед інших особливостей можна виділити сут-

тєву частоту загострення екстрагенітальної патології в II і III групах (12 (13,2%) випадків і 7 (14,3%) випадків ($p<0,05$), відповідно). Встановлені закономірності свідчать про початок формування плацентарної недостатності в жінок, насамперед з ендокринним і змішаним безпліддям, ще на ранніх термінах вагітності, що може призводити до серйозних акушерських і перинатальних ускладнень.

Загроза передчасних пологів (ПП) була найчастішим ускладненням II половини вагітності і становила 216 (41,2%) випадків. Серед усіх форм безпліддя найвищий показник цієї патології спостерігався в I групі (170 (44,3%) випадків; $p<0,05$), а найнижчий – у III групі (12 (24,5%) випадків; $p<0,05$). Рівень прееклампсії також був суттєвим (62 (11,8%) випадки), але з явним переважанням у II і III групах (15 (16,5%) випадків і 8 (16,6%)

Таблиця 7

Показання до кесаревого розтину в групах дослідження, абс. (%)

Показник	I група (n=137)	II група (n=49)	III група (n=13)	Загальна група (n=199)
Дистрес плода	79 (57,7)	26 (53,1)	7 (53,8)*	112 (56,3)
Тазове передлежання	9 (6,6)	3 (6,1)	1 (7,7)	13 (6,5)
Крупний плід	18 (13,1)	8 (16,3)*	1 (7,7)*	27 (13,6)
Тяжка прееклампсія	19 (13,9)	7 (14,3)	2 (15,4)	28 (14,1)
Аномалії пологової діяльності	12 (8,8)	5 (10,2)	2 (15,4)	19 (9,5)

Примітка: різниця достовірна відносно частоти кесаревого розтину в загальній групі: * – $p < 0,05$.

Таблиця 8

Стан новонароджених після кесаревого розтину в досліджуваних групах, абс. (%)

Показник	I група (n=137)	II група (n=49)	III група (n=13)	Загальна група (n=199)
Синдром ЗРП	41 (10,7)	17 (18,7)*	5 (10,2)	63 (12,0)
Недоношеність	20 (5,2)	12 (13,2)*	7 (14,3)*	39 (7,4)
Асфіксія:				
– легка	204 (53,1)	72 (79,1)*	25 (51,0)	301 (57,4)
– середня	162 (42,2)	32 (35,2)	18 (36,7)	212 (40,5)
– тяжка	42 (10,9)	18 (19,8)*	5 (10,2)	65 (12,4)
	23 (6,0)	7 (7,7)	4 (8,2)	34 (6,5)
Внутрішньоутробне інфікування	29 (7,6)*	11 (12,1)	32 (65,3)**	72 (13,7)

Примітка: різниця достовірна відносно частоти кесаревого розтину в загальній групі: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

випадків, відповідно; $p < 0,05$). Частота плацентарної недостатності серед усіх вагітних становила 137 (26,1%) випадків із достовірним переважанням у II групі (26 (28,6%) випадків; $p < 0,05$). Відносна кількість випадків гестаційної анемії вагітних була на рівні загальної популяції (168 (32,1%) випадків), поряд із цим, у II групі дослідження вона була вищою (32 (35,2%) випадки; $p > 0,05$).

Така висока частота різних акушерських ускладнень, які розвиваються під час вагітності в жінок із безпліддям в анамнезі, свідчить про необхідність удосконалення лікувально-профілактичних методик з урахуванням форми і методів лікування безпліддя.

Частота абдомінального розродження в загальній групі (524 жінки) становила 199 (37,9%) випадків, причому найвищий показник відзначався в II групі дослідження (49 (53,8%) випадків; $p < 0,05$). Для повнішої характеристики цього питання оцінено показання до такого виду розродження (табл. 7). Так, найчастішими були два основні показання: дистрес плода (112 (56,3%) випадків) і тяжка прееклампсія (28 (14,1%) випадків). Аналіз за групами супутніх показників засвідчив, що тільки в III групі частота дистресу плода була достовірно нижчою (7 (53,8%) випадків; $p < 0,05$). Проведений аналіз свідчить про необхідність розроблення

нового підходу до абдомінального розродження в жінок із безпліддям в анамнезі.

Частота планової операції кесаревого розтину становила 75 (37,7%) випадків, тобто менше половини випадків. Найвищий показник спостерігався в III групі дослідження (12 (92,3%) випадків; $p < 0,05$); а найнижчий – у II групі 4 (8,1%) випадки; $p < 0,05$). Це ще раз підтверджує необхідність перегляду ряду принципових моментів при абдомінальному розродженні жінок із безпліддям в анамнезі.

За результатами оцінювання стану новонароджених (табл. 8), звертав на себе увагу високий рівень асфіксії (301 (57,4%) випадок), а також значна частота внутрішньоутробного інфікування (72 (13,7%) випадки) і синдром затримки росту плода (ЗРП) (63 (12,0%) випадки). Розглядаючи стан новонароджених у жінок I групи, можна відзначити тільки зниження рівня внутрішньоутробного інфікування до 7,6% (29 випадків; $p < 0,05$). У II групі була підвищеною питома вага дітей із синдромом ЗРП до 18,7% (17 випадків; $p < 0,05$) і недоношених дітей до 13,2% (13 випадків; $p < 0,05$), а також частота асфіксії при народженні до 79,1% (72 випадки; $p < 0,05$), переважно за рахунок середнього її ступеня до 19,8% (18 випадків; $p < 0,05$).

При розродженні жінок із III групи можна виділити два моменти: достовірне збільшення числа недоношених дітей до 14,3% (7 випадків; $p < 0,05$) і внутрішньоутробного інфікування – до 65,3% (32 випадки; $p < 0,01$).

Варіант розродження жінок із різними формами безпліддя є предметом гострих дискусій як в Україні, так і за її межами [15,16]. За отриманими результатами, сумарна частота абдомінального розродження серед усіх обстежених (524 вагітних загальної групи) становила 199 (37,9%) випадків, при цьому питома вага планових операцій була всього лише 75 (14,3%) випадків, що є досить низьким показником для жінок із безпліддям в анамнезі.

Безсумнівно, що жінки з безпліддям в анамнезі відчують особливу увагу до безпосереднього результату розродження – народження дитини, заради якої вони пройшли довгий і нелегкий шлях різних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів [23]. З аналізу стану новонароджених виявлено високий рівень асфіксії, а також значну частоту внутрішньоутробного інфікування і синдрому ЗРП. За результатами оцінювання стану новонароджених у жінок I групи, можна відзначити тільки зниження рівня внутрішньоутробного інфікування відносно загальної групи, у II групі підвищена питома вага синдрому ЗРП і недоношених дітей, а також висока частота асфіксії на момент народження, переважно за рахунок середнього її ступеня. Встановлена різниця в ступені вираженості пери- і постнатальної захворюваності новонароджених від матерів із безпліддям в анамнезі дає змогу нам погодитися з думкою провідних неонатологів про необхідність залучення саме цих спеціалістів до вирішення питання про спосіб і час розродження цих жінок.

Отже, як свідчать результати клініко-статистичних досліджень, розродження жінок із різними формами безпліддя має дуже важливе медико-соціальне значення [14–17,23]. Жінки впродовж тривалого часу готуються до настання вагітності, проходять численні курси різної терапії, усю вагітність знаходяться в стані психоемоційної напруги, що певною мірою зумовлює високий рі-

вень акушерських і перинатальних ускладнень [16,23]. Будь-яка неординарна ситуація, пов'язана з розвитком будь-якої патології в новонародженого, набуває для матері стану «трагедії» з усіма відповідними наслідками. Проведений аналіз вказує на недостатню ефективність застосування лікувально-профілактичних заходів у жінок із безпліддям в анамнезі, після ДРТ. На особливу увагу заслуговує питання показань до планового абдомінального розродження в цій групі, яке потребує перегляду. Це стало для нас підставою для подальшого розроблення програмованого ведення вагітності та пологів у жінок із безпліддям в анамнезі за наявності факторів ризику. Безумовно, такий підхід є комплексним і проводиться ще на етапі планування сім'ї, а потім вже в умовах жіночої консультації та акушерського стаціонару.

Висновки

При розродженні жінок із безпліддям в анамнезі ендокринна форма спостерігається в 73,3% випадків; змішана – у 17,4%, а трубний фактор безпліддя – у 9,3% спостережень.

Серед широкого спектра основної і супутньої генітальної патології в жінок із безпліддям в анамнезі відзначаються різні порушення менструального циклу, полікістоз яєчників, патологія шийки матки, а також хронічний сальпіngoофорит.

Перебіг вагітності ускладнюється високими показниками загрози передчасних пологів, прееклампсії, плацентарної недостатності та синдрому ЗРП, що, своєю чергою, призводить до високих показників кесаревого розтину в ургентному порядку.

У вагітних із безпліддям в анамнезі частота розродження шляхом операції кесаревого розтину є дуже високою (37,9%), становлячи при ендокринній формі 35,7%; при змішаній – 53,8%; а при трубній – 26,5%; при цьому показник планового кесаревого розтину складає 37,7%, а ургентного – 62,3%.

Основними показаннями до оперативного розродження є дистрес плода (56,3%) і тяжка прееклампсія (14,1%).

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Aboulghar M, Abdel-Aziz El-Maraghy M. (2022). Placental pathology and perinatal outcomes after assisted reproduction.

Middle East Fertility Society Journal. 27(1): 14. doi: 10.1186/s43043-022-00105-x.

2. Beck-Fruchter R, Shalem S, Weiss A et al. (2021). Progesterone and estradiol levels are associated with live birth in artificial cycle frozen embryo transfer. *Fertil Steril*. 116(4): 1045-1053. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.05.090.
3. Bhide A, Acharya G, Bilardo CM et al. (2021). ISUOG Practice Guidelines: use of Doppler ultrasonography in obstetrics. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 58(2): 331-339. doi: 10.1002/uog.23698.
4. Deng Q, Svanberg T, Lindqvist PG. (2024). Pregnancy outcomes following assisted reproductive technology in advanced maternal age. *Int J Womens Health*. 16: 55-64. doi: 10.2147/IJWH.S441209.
5. Franchuk MO, Zabolotnov VO. (2022). Bahatoplidna vahitnist pislia DRT: shliakhy optymizatsii perynatalnykh naslidkiv. *Zaporizkyi medychnyi zhurnal*. 24(2): 182-188. [Франчук МО, Заболотнов ВО. (2022). Багатоплідна вагітність після ДРТ: шляхи оптимізації перинатальних наслідків. Запорізький медичний журнал. 24(2): 182-188]. doi: 10.14739/2310-1210.2022.2.245120.
6. Hlulmamedova ID, Hlulmamedova OA. (2021). Problema vyboru metodu rozrozhennia u zhinok pislia zastosuvannia dopomizhnykh reproduktyvnykh tekhnolohii. *Reproduktyvne zdorovia zhinky*. 4(49): 54-59. [Гюльмамедова ІД, Гюльмамедова ОА. (2021). Проблема вибору методу розродження у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Репродуктивне здоров'я жінки. 4(49): 54-59].
7. Leftwich HK, Zork NM, Skupski DW. (2019). Placental pathology in assisted reproductive technology pregnancies. *Am J Perinatol*. 36(11): 1145-1151. doi: 10.1055/s-0038-1676104.
8. Lodge-Tulloch NA, Elias FTS, Pudwell J, Gaudet L, Walker M et al. (2021). Caesarean section in pregnancies conceived by assisted reproductive technology: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21(1): 244. doi: 10.1186/s12884-021-03711-x.
9. Manna C, Lacconi V, Rizzo G, Manna F, Rahimi S, Marfia G. (2022). Placental dysfunction in assisted reproductive pregnancies: a review. *Biomedicine*. 10(1): 30. doi: 10.3390/biomedicine10010030.
10. Mintser OP, Voronenko YuV, Vlasov VV. (2003). Obrobka klinichnykh i eksperymentalnykh danykh v medytsyni. Kyiv: Vyshcha shkola: 350. [Мінцер ОП, Вороненко ЮВ, Власов ВВ. (2003). Обработка клинических и экспериментальных данных в медицине. Київ: Вища школа: 350].
11. Mørch NF, Hviid KVR, Westergaard D et al. (2022). Estradiol and progesterone levels in early pregnancy after frozen embryo transfer. *Hum Reprod*. 37(6): 1184-1195. doi: 10.1093/humrep/deac062.
12. MOZ Ukrainy. (2021). Pro zatverdzhennia Poriadku nadannia akushersko-hinekologichnoi dopomohy v Ukraini. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 12.10.2021 roku No. 2244. Kyiv. [МОЗ України. (2021). Про затвердження Порядку надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.10.2021 року № 2244. Київ].
13. Pourcelot L. (1974). Applications cliniques de l'examen Doppler transcutané. In: Peronneau P, editor. *Velocimetrie Ultrasonore Doppler*. Paris: INSERM: 213-240.
14. Resta S, Pagliarini V, D'Antonio F et al. (2022). Placental volume and uterine artery Doppler in pregnancy following in vitro fertilization: a comprehensive literature review. *J Clin Med*. 11(19): 5793. doi: 10.3390/jcm11195793.
15. Riesche L, Sullivan-Pyke C. (2018). Assisted reproductive technologies and the placenta. *Semin Reprod Med*. 36(5): 267-275. doi: 10.1055/s-0038-1676640.
16. Salmanov AG, Dyndar OA, Nykoniuk TR, Shurpiak SO, Marushchenko JL. (2024). Pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in Ukraine: a multicenter study. *Wiad Lek*. 77(8): 1495-1502. doi: 10.36740/WLek.2024048101.
17. Schroeder M, Badini G, Sferruzzi-Perri AN, Albrecht C. (2022, May 20). The Consequences of Assisted Reproduction Technologies on the Offspring Health Throughout Life: A Placental Contribution. *Front Cell Dev Biol*. 10: 906240. doi: 10.3389/fcell.2022.906240. Erratum in: *Front Cell Dev Biol*. 2023 Mar 21; 11: 1182847. doi: 10.3389/fcell.2023.1182847. PMID: 35747691; PMCID: PMC9210138.
18. Siargkas A, Belitsos P, Karavida V et al. (2024). Association of uterine artery Doppler with clinical pregnancy in assisted reproductive technology: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 63(2): 154-163. doi: 10.1002/uog.26311.
19. Stern JE, Liu C, Cabral HJ, Richards EG, Coddington CC et al. (2018). Factors associated with increased odds of cesarean delivery in ART pregnancies. *Fertil Steril*. 110(3): 429-436. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.04.032.
20. Tatarchuk TF, Kaluhina LV, Shapoval OA. (2022). Suchasni aspekty reproduktyvnoho zdorovia zhinok v Ukraini: rol dopomizhnykh reproduktyvnykh tekhnolohii. *Reproduktyvna endokrynolohiia*. 64(2): 15-22. [Татарчук ТФ, Калухіна ЛВ, Шаповал ОА. (2022). Сучасні аспекти репродуктивного здоров'я жінок в Україні: роль допоміжних репродуктивних технологій. Репродуктивна ендокринологія. 64(2): 15-22]. doi: 10.18370/2309-4117.2022.64.15-22.
21. Tsentri medychnoi statystyky MOZ Ukrainy. (2024). Analitichnyi zvit shchodo stanu reproduktyvnoho zdorovia naselennia Ukrainy. Kyiv: 45. [Центр медичної статистики МОЗ України. (2024). Аналітичний звіт щодо стану репродуктивного здоров'я населення України. Київ: 45].
22. Violette CJ, Spillane SA, Large MJ. (2023). Assessment of abnormal placentation in pregnancies conceived by assisted reproductive technology. *Int J Gynaecol Obstet*. 162(2): 415-422. doi: 10.1002/ijgo.14850.
23. Xiang M, Zhou Q, Zhang T et al. (2021). Placental diseases associated with assisted reproductive technology: a pathogenesis review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 263: 1-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.05.042.
24. Zhurakivska Ola, Tsmur OV. (2024). Patomorfologichni patterny placentarnoi dysfunksii pry vahitnosti vysokoho ryzyku. *Klinichna anatomia ta operatyvna khirurgiia*. 23(1): 14-21. [Жураківська ОЯ, Цмур ОВ. (2024). Патоморфологічні паттерни плацентарної дисфункції при вагітності високого ризику. Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 23(1): 14-21]. doi: 10.24061/1727-0847.23.1.2024.3.

Відомості про авторів:

Романенко Тамара Григорівна – д.мед.н., проф. каф. акушерства і гінекології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: +38 (044)-489-35-64. <https://orcid.org/0000-0003-0157-6223>.

Кротик Олена Ігорівна – д.мед.н., асистент каф. госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13. <https://orcid.org/0000-0002-1677-6634>.

Гайдук Анастасія Дмитрівна – к.мед.н., мед. директор ТЗОВ ЦР «Паренс-Україна». Адреса: м. Львів, вул. Левицького, 55-А. <https://orcid.org/0000-0002-7242-2494>.

Турбаніс Світлана Вікторівна – керівник репродуктивної служби ТОВ «Медичний центр Клініка репродуктивної медицини доктора Айзятюлової – АІС». Адреса: м. Ірпінь, вул. 11 лінія, буд. 4. <https://orcid.org/0000-0002-8733-1966>.

Стаття надійшла до редакції 26.03.2026 р.; прийнята до друку 01.06.2026 р.