

УДК 618.3-053.7/.184:618.177-089.888.11:616-056.52

ЖАБЧЕНКО І. А. , СЮДМАК О.Р. , БОНДАРЕНКО О.М.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
ім.акад. О.М. Лук'янової НАМН України»,
м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СОМАТИЧНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ВАГІТНИХ ЖІНОК ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ (ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ)

Сучасна медицина розглядає ожиріння як самостійне багатофакторне хронічне рецидивуюче захворювання, яке потребує серйозного лікування та самостійно може бути причиною непліддя. Доведено причинно-наслідкові зв'язки між ожирінням і захворюваністю на діабет другого типу, серцево-судинні захворювання. Перше місце у жінок з ожирінням посідають запальні захворювання додатків матки, вагініти та лейоміома матки.

Мета дослідження: вивчення структури та особливостей захворюваності на соматичну та гінекологічну патологію у жінок з непліддям, вилікованим методом екстракорпорального запліднення (далі ЕКЗ), у поєднанні з ожирінням.

Матеріали і методи дослідження: проведено ретроспективний аналіз 221 історії вагітності й пологів жінок, які знаходились на лікуванні й розродженні у відділенні патології вагітності і пологів ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» за 2012 – 2016 роки.

Результати дослідження і їх обговорення: переважна кількість вагітних з ЕКЗ на фоні ожиріння має старший репродуктивний вік, поєднану соматичну (53%) та гінекологічну патологію (58,5%), обтяжений акушерський анамнез та хронічні запальні процеси. У структурі соматичної захворюваності переважали захворювання серцево-судинної системи – 16 (50%), захворювання шлунково-кишкового тракту – 16 (50%); у структурі патології репродуктивних органів у пацієнток переважали запальні захворювання жіночих статевих органів – 21 (60%), пухлиноподібні утворення яєчників – 12 (34,4%) та лейоміома матки – 10 (28,6%).

Висновки: Враховуючи підвищений ризик розвитку ускладнень вагітності у жінок з ожирінням, що значно зростає у поєднанні з непліддям та застосуванням ЕКЗ, доцільним є ретельне антенатальне спостереження вагітних щодо ускладненого перебігу вагітності.

Ключові слова: ожиріння, непліддя, репродуктивне здоров'я, соматична захворюваність, екстракорпоральне запліднення, вагітність, ускладнення.

Ожиріння є одним із проявів хвороб цивілізації, обумовлених надмірним, нерациональним і незбалансованим харчуванням з одного боку, і низькими енергозатратами внаслідок широкого впровадження механізації, автоматизації, зменшення фізичного навантаження, зміни способу життя на менш

рухливий – з іншого. Результати численних епідеміологічних досліджень свідчать про причинно-наслідкові зв'язки між ожирінням і захворюваністю на діабет другого типу, серцево-судинні захворювання (зокрема, інфаркт міокарда, ішемічний інсульт), злоякісні новоутворення різної локалізації тощо. За

даними ВОЗ, близько 12 % дорослого населення земного шару страждають від ожиріння, особливо насторожує факт «омолодіння» даної патології [2,4,6].

У жінок при ожирінні гіпертестостеронемія та гіперестрогенія сприяють ураженню гіпоталамусу та порушують циклічну секрецію гонадоліберину, і, відповідно, гонадотропних гормонів, що призводить до розладів менструальної функції, розвитку синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) та може бути причиною безпліддя. Гормональну функцію жирових клітин різної локалізації повністю не вивчено, і, за даними багатьох досліджень, вона не є однаковою, але вважається найбільш небезпечним саме вісцеральний жир, який викликає більш виражені метаболічні і серцево-судинні розлади [5,8].

Абдомінальний тип ожиріння часто супроводжується інсулінорезистентністю та гіперінсулінемією, дисліпідемією та артеріальною гіпертензією, гіперандрогенією та гірсутизмом. Великою кількістю авторів визначено, що найбільше на регуляцію репродуктивної функції впливають саме лептин, адипонектин, грелін та туморнекротичний фактор [3,9].

Перше місце у жінок з ожирінням посідають запальні захворювання додатків матки, переважно сальпінгоофорити, хронічні метроендометрити, вагініти та цервіцити. Міоми матки зустрічаються у кожній п'ятій жінки незалежно від форми ожиріння. При аліментарному ожирінні з дитинства первинне безпліддя спостерігається у 20,9% жінок, вторинне – 16,4%, при післяпологовому – відповідно 4,25 та 13,8% [1].

Особливої уваги заслуговує відновлення репродуктивної функції населення. Частота безплідних шлюбів, за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників, складає від 10% до 20%. Збільшення кількості жінок з надмірною масою тіла, ожирінням і метаболічним синдромом призводить до того, що все частіше індукцію суперовуляції в рамках програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) проводять на тлі наявних метаболічних порушень. Стан оваріального резерву у пацієнток із супутнім ожирінням залежить від його ступеня, при цьому середнє число фолікулів зменшується з $13,2 \pm 7,2$ при I ступені до $6,1 \pm 0,8$ при III ступені ожиріння та наявності метаболічного синдрому. Для підвищення

ефективності ДРТ у жінок із супутнім ожирінням необхідно враховувати ступінь ожиріння, наявність СПКЯ, метаболічного синдрому, а також стан оваріального резерву [7,9,10].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчення структури та особливостей захворюваності на соматичну та гінекологічну патологію у жінок з непліддям, вилікованим методом екстракорпорального запліднення (далі ЕКЗ), у поєднанні з ожирінням, у порівнянні з вагітними з ЕКЗ з нормальною масою тіла та у вагітних на фоні ожиріння, що не мали непліддя в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено ретроспективний аналіз 221 історії вагітності й пологів жінок, які знаходились на лікуванні й розродженні у відділенні патології вагітності і пологів ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім.акад. О.М. Лук'янової НАМН України» за 2012 – 2016 роки. Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням програм Statistica for Windows і Microsoft Exel 7,0. Розбіжності визначали як можливі при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нами було проведено ретроспективний аналіз 221 історії вагітності й пологів жінок, які знаходились на лікуванні й розродженні у відділенні патології вагітності і пологів ДУ „Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України” за 2012 – 2016 роки. Жінок було розділено на 4 групи:

- до I групи увійшла 41 жінка (18,5%), у яких вагітність наступила після ЕКЗ, на фоні ожиріння;
- до II групи увійшли 62 жінки (28,1%), у яких вагітність відбулась після ЕКЗ, з нормальною вагою тіла;
- до III групи увійшло 77 жінок (34,8%), які мали вагітність без застосування ДРТ на фоні ожиріння;

- до IV контрольної групи входила 41 (18,5%) вагітна з нормальною масою тіла, що не мали безпліддя в анамнезі, та яких було розроджено своєчасно.

Більшість вагітних I групи, які мали непліддя у анамнезі, увійшли до групи жінок старшого репродуктивного віку. Середній вік вагітних I групи 36 ± 1 рік (серед них переважали вагітні віком понад 35 років - 19 (46,3%), (9,7% – у контрольній; $p < 0,05$), із них 8 мали вік понад 40 років - 42,1%); II групи - 33 ± 1 рік (вагітні віком понад 35 років - 14 (22,6%), із них 5 мали вік понад 40 років - 8,1%); III групи - 35 ± 1 рік (серед вагітних переважали жінки віком понад 35 років - 24 (31,2%), (9,7% – у контрольній; $p < 0,05$), із них 7 мали вік понад 40 років - 9%). Водночас збільшення вагітних I групи, старших за 35 років, пов'язано, перш за все, з тривалим лікуванням непліддя, неодноразовими спробами ЕКЗ, невиношуванням вагітності та репродуктивними втратами в анамнезі.

За сімейним станом, місцем проживання вагітні усіх груп були однорідними, достовірних відмінностей не виявлено.

Серед жінок I групи ожиріння I ступеня мали 25 (61%) жінок, 11 (26,8%) мали ожиріння II ступеня, і 5 (12,2%) мали ожиріння III ступеня, при чому прибавку ваги під час

вагітності понад 10 кг мали 19 (46,3%) жінок. Серед жінок III групи ожиріння I ступеня мали 44 (57,1%) жінки, 16 (20,8%) мали ожиріння II ступеня, і 17 (22,1%) мали ожиріння III ступеня, при чому прибавку ваги під час вагітності понад 10 кг мали 19 (24,7%) жінок. Вагітні II та контрольної групи мали нормальну вагу, проте прибавку ваги під час вагітності понад 10 кг мали 19 жінок (30,6%) II групи.

Старший репродуктивний вік та ожиріння часто супроводжується відхиленнями у стані соматичного здоров'я, що проаналізовано у табл.1.

Як свідчать проведені дослідження, вагітні досліджуваних груп відрізнялись високим рівнем соматичної захворюваності. Звертає на себе увагу саме поєднання декількох екстрагенітальних захворювань. В цілому обтяжений соматичний анамнез мали 78% пацієнок I групи, 69,3% пацієнок II групи та 64,9% пацієнок III групи (у контрольній – 51,3% ($p < 0,05$)). Особливістю соматичної захворюваності вагітних I, II та III груп було поєднання різних видів екстрагенітальної патології, які є однією з причин неповноцінної імплантації й недостатньої інвазії трофобласту на початкових етапах вагітності, що зумовлено, перш за все, порушеннями в системі гемостазу [10].

Таблиця 1

Стан соматичного здоров'я в обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника в групах обстежених (n)			
	I група (n = 41)	II група (n = 62)	III група (n = 77)	Контрольна група (n = 41)
Соматично здорові	9 (22)*	19 (30,6) ^o	27 (35,1)	20 (48,7)
Мали соматичну патологію	10 (24,4)	26 (41,9)	16 (20,7)"	17 (41,5)
Мали поєднану соматичну патологію	22 (53,6)*	17 (27,4)* ^o	34 (44,2)*	4 (9,8)
Примітки: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$); ^o – статистично достовірні відмінності порівняно з I групою ($p < 0,05$); " – статистично достовірні відмінності порівняно з II групою ($p < 0,05$).				

У вагітних III групи достовірно переважали пролапс мітрального клапану й захворювання судинної системи (58% проти 23,8% у контрольній групі та проти 27,9% у II групі ($p < 0,05$), захворювання щитовидної залози (38% проти 9,5% у контрольній), захворювання ШКТ і ЖВП (50% в I групі,

39,5% у II групі, 52% у III групі, 9,5% – у контрольній; ($p < 0,05$)). У II групі достовірно переважали захворювання сечовивідних шляхів – 39,5%, у контрольній 9,5%, у II групі 14% ($p < 0,05$). Структура соматичної захворюваності представлена у таб.2. Найчастіше у пацієнок з обтяженим соматич-

ним анамнезом серед захворювань серцево-судинної системи спостерігались пролапс клапанів серця, гіпертензивні розлади, артеріальна, венозна, змішана вегето-судинна дистонія; органів дихання - хронічний бронхіт; травної системи - аномалії жовчного міхура, дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічні панкреатит, холецистит, гастрит;

сечовивідної системи - нефроптоз, хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба; органів зору (міопія, прогресуюча патологія зору). Поєднання соматичної захворюваності у такої кількості жінок є фактором ризику щодо розвитку ускладнень перебігу вагітності та пологів.

Таблиця 2

Хронічні захворювання в анамнезі в обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника в групах обстежених (n)			
	I група (n = 32)	II група (n = 43)	III група (n = 50)	Контрольна група (n = 21)
Захворювання ССС	16 (50)	12 (27,9)	29 (58)**	5 (23,8)
Захворювання органів зору	3 (9,4)	4 (9,3)	8 (16)	3 (14,3)
Захворювання опорно-рухового апарату	3 (9,4)	3 (6,9)	6 (12)	-
Захворювання щитовидної залози	9 (28,1)	13 (30,2)	19 (38)*	2 (9,5)
Захворювання сечовивідних шляхів	6 (18,8)	17 (39,5)*	7 (14)"	2 (9,5)
Захворювання ШКТ, печінки й ЖВШ	16 (50)*	17 (39,5)*	26 (52)*	2 (9,5)

Примітки: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою (p<0,05);
° – статистично достовірні відмінності порівняно з I групою (p<0,05);
" – статистично достовірні відмінності порівняно з II групою (p<0,05).

Середній вік менархе у обстежених жінок був 13 років. Нерегулярний менструальний цикл мали 24 (29,5%) жінки I групи, в II групі 10 (16,1%) жінок, в III групі - 5 (6,5%) жінок; менструації в більшості з них були безболісними й помірними.

Не враховуючи непліддя, відсутність іншої гінекологічної патології мали 14,6% жінок I гру-

пи, тоді як у вагітних контрольної групи не мали гінекологічної патології 41,5%, у жінок III групи – 33,7% (p<0,05). Серед вагітних I та II груп переважали жінки з поєднаною гінекологічною патологією - 24 (58,5 %) та 22 (35,5%) відповідно, у порівнянні з контрольною групою – тільки 5 (12,2%) жінок та у 18 (23,4%) жінок III групи (p<0,05).

Таблиця 3

Гінекологічна захворюваність в обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника в групах обстежених (n)			
	I група (n = 41)	II група (n = 62)	III група (n = 77)	Контрольна група (n = 41)
Необтяжений анамнез (не враховуючи непліддя)	6 (14,6)*	19 (30,6)	26 (33,7)°	17 (41,5)
Мали гінекологічну патологію	11 (26,8)	21 (33,9)	33 (42,9)	19 (46,3)
Мали поєднану гінекологічну патологію	24 (58,5)*	22 (35,5)*°	18 (23,4)°	5 (12,2)

Примітки: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою (p<0,05);
° – статистично достовірні відмінності порівняно з I групою (p<0,05);
" – статистично достовірні відмінності порівняно з II групою (p<0,05).

Особливості перебігу вагітності значною мірою залежать від стану здоров'я органів репродукції напередодні запліднення, який був обтяжений непліддям у всіх жінок I та II груп, з яких непліддя за чоловічим фактором було діагностовано у 4 (9,8%) випадках I групи та 4 (6,5%) випадках II групи. Найчастіше причиною непліддя були гормональні порушення, тубооваріальний фактор, запальні захворювання, лейоміома матки. Безпліддя понад 10 років було у 9 (22%) жінок I групи та у 10 (16,1%) жінок II групи.

У структурі патології репродуктивних органів у пацієнток I групи переважали запаль-

ні захворювання жіночих статевих органів - 21 (60%), у контрольній - 5 (21,7%), II група - 6 (14%) та III група 12 (23,5%); ($p < 0,05$), пухлиноподібні утворення яєчників - 12 (34,4%) - I група, 14 (27,9%) - у групі II, 2 (8,7%) - контрольна; ($p < 0,05$) та лейоміома матки - у 10 жінок (28,6%) I групи, 1 (4,3%) - контрольна, 1 (2,3%) II група та 4 (7,8%) III група; ($p < 0,05$). Проведений аналіз свідчить про поширеність у жінок основної групи інфекцій, що передаються статевим шляхом. Так, про наявність ІПСШ в анамнезі повідомляли 9 (25,7%) вагітних I групи, тоді як у контрольній групі ІПСШ мали тільки 1 (4,3%); ($p < 0,05$) жінка (таб.4).

Таблиця 4

Гінекологічні захворювання у обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника в групах обстежених (n)			
	I група (n=35)	I група (n=43)	I група (n=51)	Контрольна група (n=23)
Запальні захворювання жіночої статевої системи	21 (60)*	6 (14) ^o	12 (23,5) ^o	5 (21,7)
Доброякісні захворювання шийки матки	6 (17,1)	19 (44,2) ^o	18 (35,3)	4 (17,4)
ІПСШ	9 (25,7)*	7 (16,3)	4 (7,8)	1 (4,3)
Полікістоз яєчників	2 (5,7)	5 (11,6)		1 (4,3)
Поліп тіла матки	5 (14,3)	9 (20,9)	13 (25,5)	2 (8,7)
Ендометріоз	4 (11,4)	5 (11,6)	2 (3,9)	-
Лейоміома матки	10 (28,6)*	1 (2,3) ^o	4 (7,8) ^o	1 (4,3)
Пухлиноподібні утворення яєчників	12 (34,4)*	14 (27,9)*	10 (19,6)	1 (4,3)
Операції на придатках	7 (20)	11 (25,6)	3 (5,9) ["]	3 (13,0)

Примітки: * - статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$);
^o - статистично достовірні відмінності порівняно з I групою ($p < 0,05$);
["] - статистично достовірні відмінності порівняно з II групою ($p < 0,05$).

Проаналізувавши анамнез, ми визначили, що в переважній більшості вагітних причиною запальних захворювань жіночих статевих органів і фонових захворювань ШМ є асоціація збудників. У 61% вагітних I групи та у 75,8% жінок II групи, виявлено мікст-інфекцію (контрольна група - 34,1%; ($p < 0,05$)). У вагітних контрольної групи при бактеріальному скринінгу найчастіше реєстрували асоціацію епідермального стрептококу з грибами роду *Candida*. Для пацієнток інших груп типовим було поєднання епі-

дермального стрептококу з патогенними й УПМ кишкової групи. Порушення мікробного пейзажу піхви зазвичай супроводжуване різким зменшенням чисельності фізіологічних лактобактерій, що призводить до зсуву показників рН у лужний бік і сприяє розмноженню патогенних та УПМ, та підвищує ризик інфікування амніотичних оболонок, сприяє розвитку субклінічних форм хоріоамніоніту й провокує переривання вагітності, що і так є розповсюдженою проблемою у такого контингенту жінок.

ВИСНОВКИ

1. Переважна кількість вагітних з ЕКЗ на фоні ожиріння має старший репродуктивний вік, поєднану соматичну (53%) та гінекологічну патологію (58,5%), обтяжений акушерський анамнез та хронічні запальні процеси. В цілому обтяжений соматичний анамнез мали 78% пацієнток, не враховуючи непліддя, відсутність іншої гінекологічної патології мали тільки 14,6% жінок.
2. У структурі соматичної захворюваності переважали захворювання серцево-судинної системи – 16 (50%), захворювання шлунково-кишкового тракту – 16 (50%), захворювання щитовидної залози – 9 (28,1%) та захворювання сечовивідних шляхів – 6 (18,8%) тощо.
3. У структурі патології репродуктивних органів у пацієнток переважали запальні захворювання жіночих статевих органів - 21 (60%), пухлиноподібні утворення яєчників - 12 (34,4%) та лейоміома матки - 10 (28,6%); про наявність ПСШ в анамнезі повідомляли 9 (25,7%) вагітних.
4. Кожна друга вагітна з ожирінням мала патологічну прибавку ваги під час вагітності.
5. Враховуючи підвищений ризик розвитку ускладнень вагітності у жінок з ожирінням, що значно зростає у поєднанні з непліддям та настанням вагітності після ЕКЗ, доцільним є ретельне антенатальне спостереження вагітних щодо ускладненого перебігу вагітності, зокрема невиношування й недоношування вагітності, плацентарної дисфункції, післяпологових ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ахмедова Ш.У. Патогенетические аспекты нарушенной менструальной функции у женщин с ожирением (обзор литературы) / Ш.У. Ахмедова, Д.Ш. Садыкова // Новости медицины и фармации. – 2017. - №617. – С. 43-48.
2. Беловол А.Н. Ожирение: терапевтические подходы к ведению пациентов / А.Н. Беловол, И.И. Князькова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. - №2 (65). – С. 30-38.
3. Веропотвелян П.Н. Влияние ожирения на репродуктивную функцию: новый взгляд на решение старых проблем / П.Н. Веропотвелян, И.С. Цехмистренко, Н.П. Веропотвелян // Жіночий лікар. – 2017. - №1 (69). – С.56-59.
4. Лубянко Е.А. Метаболический синдром:

современный взгляд / Е.А. Лубянко // Вестник угроведения. – 2014. - №1(16). – С.154-158.

5. Овчар И.В. Углеводный обмен у женщин с бесплодием и ожирением // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности: сб. науч. тр. \ Минск: ГУ РНМБ. – 2011. – 146-149.
6. Паньків В. І. Ожиріння як медико-соціальна проблема / В. І. Паньків// Практик. ангіологія. – 2006. – №4. – С. 36-42.
7. Прилепская В.Н. Ожирение в практике акушер-гинеколога /В.Н. Прилепская // Акуш. и гин. – 2013. – № 5. – С. 59-61.
8. Hajer G. Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases [Text] / G. Hajer, F.L.J. Visseren // European Heart Journal. – 2008. – Vol. 29. – P. 2959-2971.
9. Metwally M. The impact of obesity on female reproductive function / M. Metwally, T. C. Li, W. L. Ledger // Obesity reviews. - September 2007. – P. 515-523.
10. Norman J.E. The adverse effects of obesity on reproduction / Reproduction // 2010. – 140(3). – P.343-345.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА)

И. А. ЖАБЧЕНКО, О.Р. СЮДМАК, Е.Н.
БОНДАРЕНКО

Современная медицина рассматривает ожирение как самостоятельное многофакторное хроническое рецидивирующее заболевание, требующее серьезного лечения, которое самостоятельно может быть причиной бесплодия. Доказаны причинно-следственные связи между ожирением и заболеваемостью диабетом второго типа, сердечно-сосудистым и заболеваниями. Первое место у женщин с ожирением занимают воспалительные заболевания придатков матки, вагинит и лейомиома матки.

Цель исследования: изучение структуры и особенностей соматической и гинекологической заболеваемости у женщин с бесплодием,

вылеченным методом экстракорпорального оплодотворения (далее ЭКО), в сочетании с ожирением.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 221 истории беременности и родов женщин, которые находились на лечении и родоразрешении в отделении патологии беременности и родов ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины» за 2012 - 2016 годы.

Результаты исследования и их обсуждение: подавляющее количество беременных с ЭКО на фоне ожирения имеют старший репродуктивный возраст, сочетанную соматическую (53%) и гинекологическую патологию (58,5%), отягощенный акушерский анамнез и хронические воспалительные процессы. В структуре соматической заболеваемости преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы - 16 (50%), заболевания желудочно-кишечного тракта - 16 (50%); в структуре патологии репродуктивных органов у пациенток преобладают воспалительные заболевания женских половых органов - 21 (60%), опухолевидные образования яичников - 12 (34,4%) и лейомиома матки - 10 (28,6%).

Выводы: Учитывая повышенный риск развития осложнений беременности у женщин с ожирением, значительно возрастающий в сочетании с бесплодием и наступлением беременности в результате ЭКО, целесообразно тщательное антенатальное наблюдение беременных с целью профилактики осложненного течения беременности.

Ключевые слова: ожирение, бесплодие, репродуктивное здоровье, соматическая заболеваемость, экстракорпоральное оплодотворение, беременность, осложнения.

SUMMARY

PECULIARITIES OF SOMATIC AND REPRODUCTIVE HEALTH CONDITION IN PREGNANT WOMEN AFTER APPLICATION OF IN VITRO FERTILIZATION ON THE BACKGROUND OF OBESITY (BASED ON THE RETROSPECTIVE ANALYSIS)

I. A. ZHABCHENKO, O. R. SUDMAK, O.M BONDARENKO

Modern medicine considers obesity as an independent multifactorial chronic recurrent disease that requires serious treatment and can independently be the reason of infertility. The caus-

al relationship between obesity and the incidence of Type 2 Diabetes and cardiovascular disease has been proved. The first place in women with obesity is occupied by inflammatory diseases of the uterus appendages, vaginitis and uterine leiomyoma.

The aim of research: to study the structure and characteristics of the incidence of somatic and gynecological diseases in women with infertility and obesity, treated by in vitro fertilization (hereinafter IVF).

Materials and methods: a retrospective analysis of 221 history of pregnancy and deliveries of women who were treated and gave birth in the Pathology of Pregnancy and Childbirth Department of the SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Acad. O. M. Lukyanova of NAMS of Ukraine" between 2012 – 2016 years.

The results of the research: the overwhelming number of pregnant women after IVF on the background of obesity has an older reproductive age, combined somatic (53%) and gynecological pathology (58,5%), complicated obstetric anamnesis and chronic inflammatory processes. Diseases of the cardiovascular system - 16 (50,0%), diseases of the gastrointestinal tract - 16 (50%) dominated in the structure of somatic morbidity; inflammatory diseases of female genital organs - 21 (60%), ovarian tumours - 12 (34,4%) and leiomyoma of the uterus - 10 (28,6%) dominated in the structure of pathology of the reproductive organs in female patients.

Conclusions: Taking into account the increased risk of pregnancy complications in obese women, which significantly increases in combination with infertility and application of IVF careful antenatal observation of pregnant women with complicated pregnancy, is advisable.

Key words: obesity, infertility, reproductive health, somatic morbidity, in vitro fertilization, pregnancy, complications.