

Липницкая А. В., Прохоцкая В. А.
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ
И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭКС-
ТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Никитина Е. В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. В настоящее время бесплодие является одной из наиболее актуальных и значимых проблем в современном акушерстве и гинекологии. Благодаря совершенствованию вспомогательных репродуктивных технологий, сотни тысяч супружеских пар во всём мире ежегодно становятся родителями. К одному из таких методов относится экстракорпоральное оплодотворение.

Цель: Изучить течение беременности и родов при экстракорпоральном оплодотворении.

Материалы и методы. Проанализировано 60 историй родов за период 2013-2015 гг. I группа – 30 пациенток, беременность у которых наступила при использовании экстракорпорального оплодотворения. II группа – 30 женщин, беременных без использования ЭКО. Анализировался акушерский и гинекологический анамнез, осложнения беременности, продолжительность и причины бесплодия, сопутствующая экстрагенитальная патология, состояние новорожденных.

Результаты. Основные показания к экстракорпоральному оплодотворению: трубно-перитонеальный фактор - 30%, эндокринный фактор – 20%, мужской фактор – 10%, маточное бесплодие – 17%, цервикальное бесплодие – 13%, сочетание нескольких факторов – 10%. Длительность бесплодия у женщин I группы в среднем составила 5 лет. Детальное изучение анамнеза показало наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у 27 (90%) пациенток основной группы, в группе сравнения – у 19 (63 %). И в I, и во II группе встречались осложнения беременности, однако в I группе частота встречаемости их была выше. Так, угрожающий выкидыш встречался на 17% чаще, угрожающие преждевременные роды – на 13 %, ХФПН и ХВГП – на 20%, мало- и многоводие – на 10 %, гестозы – на 7%, раннее и преждевременное излитие околоплодных вод – на 6%, ИЦН – на 3%, СЗРП – на 3% чаще. 60% женщин группы ЭКО родоразрешались путём операции кесарева сечения по сочетанным показаниям (ОАГА, возрастная первородящая, неготовность родовых путей к родам, оперированная матка в анамнезе, тяжёлая сопутствующая экстрагенитальная патология), из них 83 % были плановыми оперативными вмешательствами в сроке $38,3 \pm 1,4$ недель. В контрольной группе доля оперативного родоразрешения составила 23%. Величина кровопотери при оперативном родоразрешении ($688,2 \pm 60,02$ мл для I группы; $685,7 \pm 47,6$ мл для II группы) и родах через естественные родовые пути ($258,3 \pm 28,9$ мл для I группы, $256,5 \pm 31,3$ мл для II группы) достоверно не отличаются. По шкале Апгар все новорожденные обеих групп оценены более 8/8 баллов. Сравнение средней массы тела, средних значений окружности головы и груди, длины тела новорожденных двух групп достоверных отличий не показало. Однако в I группе частота врождённых пороков развития была выше на 18,5 %.

Выводы. Ведущей причиной бесплодия у женщин, вступающих в программу ЭКО, является трубно-перитонеальный фактор (30%). Беременных после применения ЭКО следует относить к группе высокого риска осложнений беременности и родов. У новорожденных при использовании ЭКО, по сравнению с группой контроля, чаще встречаются врождённые пороки развития, респираторный дистресс-синдром, морфофункциональная незрелость. Средняя величина кровопотери у женщин группы ЭКО при оперативном родоразрешении и родах через естественные родовые пути достоверно не отличается от средней кровопотери у женщин контрольной группы.