

Таблицы 2 — Причины бесплодия у женщин двух групп, n (p ± s<sup>p</sup> %)

Признак	Группа 1 (N = 55)	Группа 2 (N = 112)	Уровень статистической значимости
Нейроэндокринные синдромы	9 (16,4 ± 5,0 %)	27 (24,1 ± 4,0 %)	$\chi^2 = 0,9$ ; p = 0,3
Трубно-перитонеальное бесплодие	26 (47,3 ± 6,7 %)	18 (16,1 ± 3,5 %)	$\chi^2 = 16,9$ ; p ≤ 0,0001
Маточное бесплодие	8 (14,5 ± 4,8 %)	27 (24,1 ± 4,0 %)	$\chi^2 = 1,5$ ; p = 0,2
Мужское бесплодие	3 (5,5 ± 3,1 %)	4 (3,6 ± 1,8 %)	$\chi^2 = 0,03$ ; p = 0,9
Криптогенное бесплодие	11 (20,0 ± 5,4 %)	50 (44,6 ± 4,7 %)	$\chi^2 = 8,6$ ; p = 0,003

У большинства (58,1 %) женщин двух групп бесплодие было первичным по сравнению с 70 (41,9 ± 3,8 %) женщинами с вторичным бесплодием ( $\chi^2 = 8,1$ ; p = 0,004). У женщин с вторичным бесплодием предыдущие беременности закончились родами у 8 (14,5 ± 4,8 %) пациенток группы ЭКО и у 27 (24,1 ± 4,0 %) женщин группы 2. Внематочная беременность в анамнезе была отмечена у 12 (21,8 ± 5,6 %) женщин с ЭКО (p = 0,0002). Аборты наблюдали у 6 (10,9 ± 4,2 %) женщин группы 1 и у 19 (17,0 ± 3,5 %) пациенток группы 2 (p = 0,4). В группе ЭКО самопроизвольные выкидыши были отмечены у 8 (14,5 ± 4,8 %) женщин, а у группы 2 у 11 (9,8 ± 2,8 %) пациенток (p = 0,5).

Патологическую прибавку в весе диагностировали у 39 (70,1 ± 6,1 %) беременных группы ЭКО и у 61 (54,5 ± 4,7 %) пациентки группы 2 ( $\chi^2 = 3,4$ ; p = 0,06). Анемию диагностировали в 83,6 % у группы ЭКО и в 78,6 % у группы бесплодия. Течение беременности, осложненное гестозом, выявили у 12 (21,8 ± 5,6 %) женщин группы 1 и у 17 (15,2 ± 3,4 %) беременных группы 2 (p = 0,4). Угрозу прерывания беременности диагностировали у 38 (69,1 ± 6,2 %) пациенток группы 1 и у 66 (58,9 ± 4,6 %) женщин группы 2. Вагиниты наблюдали у 64 (57,1 ± 4,7 %) беременных группы бесплодия по сравнению с 20 (36,4 ± 6,5 %) пациентками группы ЭКО ( $\chi^2 = 5,6$ ; p = 0,02).

Хроническая плацентарная недостаточность диагностирована у 11 (20,0 ± 5,4 %) беременных группы 1 и у 18 (16,1 ± 3,5 %) пациенток группы 2. Изменение количества околоплодных вод (маловодие/многоводие) выявили у 9 (16,4 ± 5,0 %) беременных группы ЭКО и у 26 (23,2 ± 4,0 %) женщин группы бесплодия (p = 0,4).

Преждевременные роды наблюдали у 10 (18,2 ± 5,2 %) рожениц с ЭКО и у 6 (5,4 ± 2,1 %) рожениц группы 2 ( $\chi^2 = 5,6$ ; p = 0,02). Несвоевременное излитие околоплодных вод выявили у 7 (12,7 ± 4,5 %) женщин 1 группы и у 26 (23,2 ± 4,0 %) рожениц группы бесплодия. С помощью операции кесарево сечение были родоразрешены 92,7 % беременных после ЭКО и 55,4 % женщин группы 2 ( $\chi^2 = 21,9$ ; p ≤ 0,0001).

#### **Выводы**

Среди причин бесплодия у женщин группы ЭКО доминировал трубно-перитонеальный фактор (47,3 %; p ≤ 0,0001), а в группе 2 — криптогенное бесплодие (44,6 %; p = 0,003).

У значимо большей доли женщин группы ЭКО в анамнезе диагностировали внематочную беременность (21,8 %; p = 0,0002), в 49,1 % случаев — хронический сальпингоофорит (p = 0,007).

Преждевременные роды наблюдались у 18,2 % женщин группы ЭКО (p = 0,02). Абдоминальным способом родоразрешены 92,7 % женщин группы 1 (p ≤ 0,0001).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Занько, С. Н. Гинекология: учеб. пособие / С. Н. Занько. — Минск: Выш. шк., 2010. — С. 640.
2. Колгушкина, Т. Н. Практическая гинекология: учеб. пособие / Т. Н. Колгушкина. — Минск: Выш. шк., 2004. — С. 336.

УДК 618.177-089.888.11

### **ЭКО ИНДУЦИРОВАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

*Бритова К. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Ф. Крот**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

ЭКО — экстра (от лат. *extra* — вне, снаружи) корпоральное (от лат. *corpus* — тело) оплодотворение, т. е. зачатие вне тела женщины, соединение сперматозоида и яйцеклетки *in vitro*,

«в пробирке». Через несколько дней в матку женщины подсаживают полностью жизнеспособные эмбрионы. Дальнейшее вынашивание происходит аналогично естественному зачатию [1, 4]. Впервые метод был применен в Англии в 1978 г. В Беларуси ЭКО и перенос эмбрионов (ПЭ) в полость матки практикуется с 1995 г., выполняется в пяти учреждениях здравоохранения в Минске, Гомеле и в Витебске. Процедура осуществляется в несколько этапов: 1) индукция суперовуляции (стимуляция яичников); 2) пункция фолликулов яичников; 3) оплодотворение ооцитов и культивирование эмбрионов *in vitro*; 4) перенос эмбрионов в полость матки; 5) диагностика беременности на ранних сроках. Показаниями к ЭКО являются: трубно-перитонеальное бесплодие, мужской фактор бесплодия, эндометриоз, ановуляция, возрастной фактор, необъяснимое бесплодие [3]. Частота наступления беременности в циклах ЭКО составляет 30–35 %, вынашивание — около половины наступивших беременностей. В Беларуси детей, рожденных с помощью ЭКО менее 1 %, это около 900–1000 в год, количество родов после ЭКО постоянно увеличивается [2]. В цикле ЭКО возможны такие осложнения, как кровотечение во время получения яйцеклеток, синдром гиперстимуляции яичников, внематочная беременность, невынашивание беременности и др. [3]. Тщательное обследование на этапе подготовки к ЭКО и правильное выполнение назначений и рекомендаций врача повышают результативность метода и снижают риск осложнений.

### **Цель**

Изучить течение эко-индуцированной беременности и все возможные осложнения, возникающие во время беременности и в родах.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось ретроспективно путем анализа данных, полученных при изучении историй родов пациенток, родоразрешенных в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» с января 2014 по декабрь 2015 гг. Пациентки включались в исследование методом выборки из журнала родов родильниц с ЭКО-индуцированной беременностью ( $n = 30$ ). Были изучены: паспортные данные, общие сведения о пациентке, длительность госпитализации до и после родоразрешения, соматические заболевания, гинекологические заболевания, репродуктивная и менструальная функции, а также осложнения во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Группа сравнения была выбрана методом сплошной выборки с января 2015 г. ( $n = 30$ ). Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с использованием метода  $\chi^2$ . Данные в статье представлены в виде доли ( $P$ , %) и стандартной ошибки доли ( $S_p$ , %). Статистически значимыми считали результаты при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализируя паспортные данные, мы выяснили, что пациентки в основной группе достоверно чаще были рабочих специальностей 28 ( $93 \pm 4,55$  %) против 14 ( $47 \pm 9,1$  %) в группе сравнения,  $p < 0,05$ . В роддом пациентки основной группы достоверно чаще поступали в плановом порядке 28 ( $93 \pm 4,55$  %) против 18 ( $60 \pm 9$  %),  $p < 0,05$ . Анализируя гинекологический анамнез, мы выявили, что в основной группе достоверно чаще пациенткам была выполнена тубэктомия 6 ( $20 \pm 7,3$  %) против 0 в группе сравнения,  $p < 0,05$ ; диагностирован аднексит 8 ( $26,6 \pm 8$  %) против 0 в группе сравнения,  $p < 0,05$ , что является причиной трубно-перитонеального бесплодия. Из соматических заболеваний в основной группе чаще выявлены заболевания эндокринной системы, а именно: диффузный токсический зоб у 8 ( $26,6 \pm 8$  %) против 5 ( $16,6 \pm 6,8$  %) в группе сравнения, первичный гипотиреоз у 5 ( $16,6 \pm 6,8$  %) против 0. Также у беременных в основной группе чаще наблюдается анемия 16 ( $53 \pm 9,1$  %) против 14 ( $47 \pm 9,1$  %), хронический тонзиллит 7 ( $23,3 \pm 7,7$  %) против 5 ( $16,6 \pm 6,8$  %). Анализируя репродуктивную функцию, было выявлено, что в основной группе достоверно чаще были первородящие женщины 28 ( $93 \pm 4,55$  %) против 11 ( $37 \pm 8,8$  %) в группе сравнения. Среди осложнений во время беременности у пациенток в основной группе чаще наблюдались: угроза прерывания беременности 18 ( $60 \pm 9$  %) против 5 ( $16,6 \pm 6,8$  %) в группе сравнения,  $p < 0,05$ , а хроническая внутриматочная гипоксия плода (2 ( $7 \pm 6,6$  %) против 6 ( $20 \pm 7,3$ )) и синдром задержки роста плода чаще был выявлен в группе сравнения (5 ( $16,6 \pm 6,8$  %) против 0 в основной группе). Частота многоплодной беременности достоверно больше у пациенток в основной группе 7 ( $23 \pm 7,7$  %) против 0 чел в группе сравнения,  $p < 0,05$ . Все 100 % рожениц в основ-

ной группе были родоразрешены с помощью операции кесарева сечения против 13 ( $43 \pm 9\%$ ) в группе сравнения,  $p < 0,05$ , роды достоверно чаще были плановыми 28 ( $93 \pm 4,55\%$ ) против 13 ( $43 \pm 9\%$ ),  $p < 0,05$ . В группе женщин с ЭКО-индуцированной беременностью родилось 37 детей, т. к. достоверно чаще были многоплодные беременности двойней у 7 ( $23,3 \pm 7,7\%$ ) против 0,  $p < 0,05$ . В обеих группах чаще рождались девочки 21 ( $70 \pm 8,4\%$ ) против 23 ( $77 \pm 7,7\%$ ) в группе сравнения. Новорожденные в обеих группах родились без признаков асфиксии. Статистически значимой разницы по весу и росту не выявлено. Послеродовой период в обеих группах протекал без осложнений.

#### **Выводы**

1. Причиной эко-индуцированной беременности значимо чаще является трубно-перитонеальная форма бесплодия, вызванная сальпингэктомией, хроническим аднекситом.
2. Статистически значимой разницы по частоте соматических заболеваний не выявлено.
3. Эко — индуцированная беременность достоверно чаще встречается у первородящих женщин, осложняется невынашиванием беременности.
4. При Эко-индуцированной беременности роды чаще проходят в плановом порядке, путем операции кесарева сечения.
5. Достоверно чаще Эко-индуцированные беременности многоплодные, с плодами женского пола.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Байбарина, Г. В. Индуцированная беременность: особенности течения и значение генетических факторов в невынашивании беременности: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.01, 03.00.15 / Байбарина Галина Валериевна; [НЦАГиП РАМН]. — М., 2004. — 23 с.
2. Бесплодный брак: современные подходы к диагностике и лечению / под ред. Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. — 2-е изд. испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 784 с. — (Б-ка врача-специалиста. Акушерство и гинекология). — Библиогр. — С. 711–716.
3. Щедрина, Р. Н. Роль эндокринных факторов в реализации вспомогательных репродуктивных технологий / Р. Н. Щедрина, К. А. Яворовская, Н. Д. Фанченко. — М.: Медпресс-информ, 2012. — 256 с. — Библиогр. — С. 245–255.
4. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В. И. Кулакова. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2005.

**УДК 613-053.81**

### **ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ**

*Бруевич А. Н.*

**Научный руководитель: Н. Н. Гаврилович**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) относится к важной государственной программе. На это указывает принятая по инициативе Президента РБ «Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения РБ на период до 2020 года», главная цель которой — создание системы формирования, сохранения и укрепления здоровья людей [1]. Формирование ЗОЖ является активной деятельностью каждого отдельного человека, сознательным отказом от вредных привычек.

Здоровый образ жизни — образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья.

Представители философско-социологического направления рассматривают здоровый образ жизни как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом, хотя само понятие «здорового образа жизни» однозначно пока еще не определено. По оценкам специалистов, здоровье людей зависит на 50–55 % именно от образа жизни, на 20 % — от окружающей среды, на 18–20 % — от генетической предрасположенности, и лишь на 8–10 % — от здравоохранения.

В психолого-педагогическом направлении здоровый образ жизни рассматривается с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации, т. е. это, прежде всего, здоровый образ мысли.

Глубокая убежденность — формирование ЗОЖ должно не изучаться, а воспитываться. Чем раньше начнется воспитание, тем более основательными будут результаты. Особую