

В 2017 г. для проведения ЭКО чаще обращались женщины в возрасте 33–36 лет, в 2018–2019 гг. — 28–32 лет. В 2018 г. число женщин с ЭКО, обратившихся в Гомельский областной диагностический медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья» является преобладающим. Абсолютное значение 1 % прироста в 2018 и 2019 гг. равно 2,54 и 2,78 соответственно.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что метод ЭКО по-прежнему продолжает оставаться актуальным и часто используемым женщинами разных возрастных категорий, однако, исходя из выше представленных данных, наибольший удельный вес приходится на возрастную категорию 33–36 лет. Количество пациенток, обратившихся в Гомельский областной диагностический медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья» по поводу ЭКО, на протяжении 2017–2019 гг. оставалось относительно стабильным с незначительным подъемом в 2018 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Элдер, К. Экстракорпоральное оплодотворение / К. Элдер, Б. Дэйл. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 9.

УДК 618.4/7-089.888.11

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ

Кухленкова Д. Д.

Научный руководитель: м.м.н., старший преподаватель А. М. Островский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) является вспомогательной репродуктивной технологией, которая применяется в случае бесплодия. Основное отличие течения беременности у женщин с ЭКО заключается в том, что на ранних сроках существуют наибольшие, чем при естественном зачатии, риски угрозы ее прерывания. Учитывая более высокий средний возраст пациенток с ЭКО, наличие сопутствующих заболеваний, невынашивание беременности в анамнезе, длительное бесплодие, неоднократные попытки ЭКО, многоплодную беременность в результате ЭКО, родоразрешение, в основном, проводят путем операции кесарева сечения [1].

Цель

Изучить особенности течения родов и послеродового периода у женщин с ЭКО.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» путем ретроспективного анализа историй родов и индивидуальных обменных карт беременных за 2017–2019 гг. Объект исследования — 50 рожениц (в возрасте от 19 до 45 лет), которые были разделены на 2 группы по 25 человек каждая: 1-я (основная) — с ЭКО и 2-я (контрольная) — без ЭКО. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования первородящие женщины встречались статистически значимо чаще ($p = 0,00$) в основной группе — 19 ($76 \pm 8,54$ %) по сравнению с контрольной группой — 4 ($16 \pm 7,33$ %). Частота срочных родов в основной и контрольной группах составила 22 ($88 \pm 6,5$ %) и 23 ($92 \pm 5,42$ %) соответственно. Преждевременные роды в

основной группе были у 3 ($12 \pm 6,5$ %) рожениц, в контрольной — у 2 ($8 \pm 5,42$ %). Операцией кесарево сечение роды закончились у 23 ($92 \pm 5,42$ %) женщин основной группы и 12 ($48 \pm 9,99$ %) женщин контрольной группы. Достигнутый уровень значимости ($p = 0,02$). Основными показаниями к оперативному родоразрешению в данном случае выступали: слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода, преждевременное излитие околоплодных вод, клинически узкий таз и кесарево сечение в предыдущих родах (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение женщин в зависимости от патологий во время беременности

Патология во время беременности	Основная группа	Контрольная группа
Анемия легкой степени	16 ($64 \pm 9,6$ %)*	6 ($24 \pm 8,54$ %)
Кольпит	7 ($28 \pm 8,98$ %)	5 (20 ± 8 %)
ОРВИ во время беременности	2 ($8 \pm 5,42$ %)	6 ($24 \pm 8,54$ %)
Угроза прерывания беременности	9 ($36 \pm 9,6$ %)*	3 ($12 \pm 6,5$ %)
Внематочная беременность	1 ($4 \pm 3,91$ %)*	—
Многоводие	3 ($12 \pm 6,5$ %)	1 ($4 \pm 3,91$ %)
Маловодие	4 ($16 \pm 7,33$ %)	2 ($8 \pm 5,42$ %)
Миома матки	7 ($28 \pm 8,97$ %)*	1 ($4 \pm 3,91$ %)
Эрозия шейки матки	5 (20 ± 8 %)	1 ($4 \pm 3,91$ %)
Пиелонефрит	2 ($8 \pm 5,42$ %)	3 ($12 \pm 6,5$ %)
Болезни миокарда	2 ($8 \pm 5,42$ %)	3 ($12 \pm 6,5$ %)
Гестоз	23 ($92 \pm 5,42$ %)*	16 ($64 \pm 9,6$ %)

Примечание: * $p < 0,05$ — статистически значимое отличие группы женщин с ЭКО от контрольной группы.

Исходя из данных таблицы 1, мы видим, что у женщин с ЭКО статистически значимо чаще наблюдались анемия легкой степени, угроза прерывания беременности, миома матки. Внематочная беременность была выявлена только у 1 ($4 \pm 3,91$ %) пациентки с ЭКО. Гестоз также значимо преобладал в основной группе 23 ($92 \pm 5,42$ %).

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что беременность после процедуры ЭКО в целом протекает так же, как и естественная, однако в группе женщин с ЭКО количество первородящих больше и родоразрешаются они в основном путем проведения операции кесарева сечения. Кроме того, статистически значимое отличие группы женщин с ЭКО от контрольной группы характеризовалось наличием таких патологий, как анемия легкой степени, угроза прерывания беременности, внематочная беременность, миома матки и гестоз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Махалова, Н. А. Особенности ведения беременности после ЭКО / Н. А. Махалова, А. В. Новосельцева // Мать и дитя в Кузбассе. — 2006. — № 4. — С. 41.

УДК 608.1:[616.98:578.828НIV]-052

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО

Леончик А. П., Панфиленко К. В., Астапенко Е. А.

Научный руководитель: преподаватель Ю. Н. Лемешко

Учреждение образования

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

Введение

Проблема ВИЧ-инфекций является актуальной проблемой человечества уже более 25 лет. Так как эпидемическое продвижение ВИЧ-инфекции продолжается в абсолютно всем обществе, безопасных и надежных разновидностей профилактики и терапии дан-