

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ: АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Брель К. А.

Научный руководитель: *М. С. Недосейкина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Неудовлетворительное состояние общего здоровья часто служит причиной бесплодия. Частота бесплодного брака колеблется от 10 до 20 %. В связи с развитием медицинской науки, в частности репродуктологии, большинство пар, страдающих бесплодием, рожают желанного ребенка. На помощь приходит современный метод медицинских технологий — экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) [1, 2].

Цель

Проанализировать течение беременности и акушерско-гинекологического анамнеза у женщин с бесплодием, у которых беременность наступила после ЭКО или самостоятельно после лечения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 167 историй родов учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2013–2015 гг. Группу 1 составили 55 женщины с бесплодием и ЭКО-индуцированной беременностью. В группу 2 вошли 112 женщин с бесплодием в анамнезе, у которых беременность наступила самостоятельно после лечения.

В группах исследовали возраст, индекс массы тела (ИМТ), длительность и причины бесплодия, исходы предыдущих беременностей, гинекологическую патологию, особенности течения настоящей беременности (наличие анемии, гестоза, вагинита, хронической фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, патологии количества околоплодных вод) и способ родоразрешения.

Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ($p \pm s_p$ %). Частоту встречаемости качественных признаков оценивали с помощью критерия χ^2 и одностороннего критерия Фишера. Результаты считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин группы 1 составил $33,6 \pm 4,5$ года, а женщин группы 2 — $31,9 \pm 4,2$ года. Нарушения жирового обмена (ИМТ $> 24,9$) выявлены у 16 ($29,0 \pm 6,1$ %) пациенток в группе 1 и у 47 ($42,0 \pm 4,6$ %) женщин группы бесплодия ($p = 0,1$).

Гинекологическую патологию наблюдали у 47 ($85,5 \pm 4,8$ %) женщин группы ЭКО и у 101 ($90,2 \pm 2,8$ %) женщины 2 группы.

Структура гинекологической патологии представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Структура гинекологической патологии, n ($p \pm s^p$ %)

Гинекологические заболевания	Группа 1 ($N = 55$)	Группа 2 ($N = 112$)	Уровень статистической значимости
Хронический сальпингоофорит	27 ($49,1 \pm 6,7$ %)	30 ($26,8 \pm 4,2$ %)	$\chi^2 = 7,2$; $p = 0,007$
Синдром поликистозных яичников	4 ($7,3 \pm 3,5$ %)	8 ($7,1 \pm 2,4$ %)	$\chi^2 = 0,08$; $p = 0,8$
Патология шейки матки	20 ($36,4 \pm 6,5$ %)	37 ($33,0 \pm 4,4$ %)	$\chi^2 = 0,06$; $p = 0,8$
Миома матки	5 ($9,1 \pm 3,9$ %)	18 ($16,1 \pm 3,5$ %)	$\chi^2 = 0,9$; $p = 0,3$
Патология эндометрия	4 ($7,3 \pm 3,5$ %)	5 ($4,4 \pm 2,0$ %)	$\chi^2 = 0,1$; $p = 0,7$
Генитальный эндометриоз	0	4 ($3,6 \pm 1,8$ %)	$p = 0,3$
Патология молочных желез	1 ($1,8 \pm 1,8$ %)	5 ($4,4 \pm 2,0$ %)	$\chi^2 = 0,03$; $p = 0,7$

Средняя продолжительность бесплодия у женщин с ЭКО составила $7,6 \pm 5$ лет, а у женщин группы 2 — $5,6 \pm 3,2$ года. Причины бесплодия представлены в таблице 2.

Таблицы 2 — Причины бесплодия у женщин двух групп, n (p ± s^p %)

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*,