

Качук

научно-практический журнал
**РЕПРОДУКТИВНОЕ
ЗДОРОВЬЕ**

Журнал зарегистрирован
в Министерстве информации
Республики Беларусь 4 июня 2009 года
Регистрационное свидетельство № 457

6 (06) 2009

Учредители:
ИЧУП «Профессиональные издания»
Бел НПОО «Ассоциация акушеров-гинекологов
и неонатологов»

Рецензируемое издание
Входит в Перечень научных изданий Республики
Беларусь для опубликования результатов
диссертационных исследований.
Решение коллегии ВАК от 12.06.2009 (протокол №11/6).

Директор Л.А. Евтушенко
Главный редактор д.м.н., проф. Л.Ф. Можейко
Зам. гл. редактора Ю.В. Дроздов
Технический редактор С.В. Каулькин

© «Репродуктивное здоровье в Беларуси»
При перепечатке материалов ссылка на журнал
обязательна.
Периодичность выхода – один раз в два месяца.
Подписные индексы:
индивидуальный индекс – 01235
ведомственный индекс – 012352
Цена свободная.

Адрес редакции:
220023, Минск, ул. Чернышевского, 10а/805
Тел.: (017) 280-01-12, 280-88-09
www.recipe.by
E-mail: rz@recipe.by

Тираж – 800 экземпляров. Заказ № 2828.

Отпечатано в типографии
СООО «Полипринт»
г. Минск, ул. Ботаническая, 5а;
Лиц. ЛП – 02330/0056697 от 29.03.2004

ISSN 2072-9243

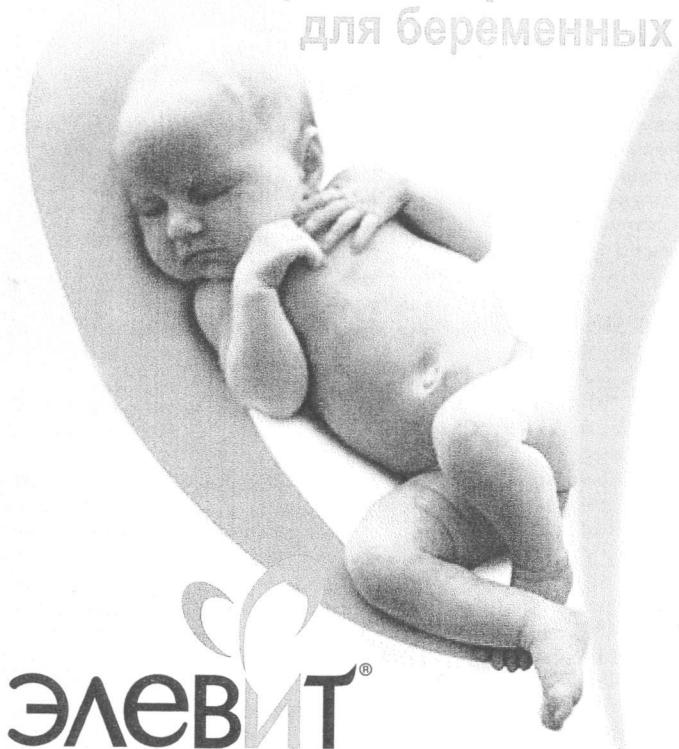


Редакционный совет:

д.м.н., проф. Барановская Е.И. (Гомель)
д.м.н., проф. Беляева Л.М. (Минск)
к.м.н., доц. Вильчук К.У. (Минск)
д.м.н., проф. Воскресенский С.Л. (Минск)
д.м.н., проф. Войтович Т.Н. (Минск)
д.м.н., проф. Герасимович Г.И. (Минск)
д.м.н., проф. Гресь А.А. (Минск)
д.м.н., проф. Дивакова Т.С. (Витебск)
к.м.н., доц. Доста Н.И. (Минск)
к.м.н., доц. Егорова Т.Ю. (Гродно)
д.м.н., проф. Заенько С.Н. (Витебск)
Капустин Д.З. (Минск)
к.м.н. Лискович В.А. (Гродно)
д.м.н., проф. Михалевич С.И. (Минск)
д.м.н., проф. Путырский Л.А. (Минск)
д.м.н., доц. Сидоренко В.Н. (Минск)
к.м.н., доц. Сикорский А.В. (Минск)
д.м.н., проф. Строцкий А.В. (Минск)
д.м.н., проф. Сукало А.В. (Минск)
д.м.н., проф. Харкевич О.Н. (Минск)
д.м.н., проф. Шишко Г.А. (Минск)

| | |
|---|-----|
| Новости | 4 |
| Обзор рынка | |
| Белорусский рынок препаратов для лечения гинекологических заболеваний | 15 |
| Социологическое исследование | |
| Репродуктивное и сексуальное здоровье людей, живущих с ВИЧ Елсукова Н.А., Пронько Т.В., Статкевич И.Е. | 18 |
| Акушерство и гинекология | |
| Роль прегравидарной подготовки в улучшении исходов беременности и родов у женщин с разными уровнями и типами циркулирующих антифосфолипидных антител Можейко Л.Ф., Терешко Е.В., Дворник Е.В. | 23 |
| Пластика рецидивных пузырно-влагалищных свищей Симченко Н.И. | 27 |
| Эффективность профилактических мероприятий при дефиците железа у беременных женщин Лакотко Н.Н., Смирнова Л.А. | 32 |
| Неонатология | |
| Принципы организации помощи новорожденным с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении Качан С.Э., Качан Г.Л., Трофимов А.И. | 36 |
| Опыт проведения сурфактантной терапии у новорожденных в гродненском областном клиническом перинатальном центре Пальцева А.И., Лискович В.А., Кеда Л.Н., Трохимик О.В. | 39 |
| Особенности церебральной гемодинамики у новорожденных от матерей с фетоплацентарной недостаточностью Александрович А.С., Пальцева А.И., Усков С.И., Мышкин С.В. | 47 |
| Особенности течения беременности, родов и состояния новорожденных, рожденных от матерей, перенесших экстракорпоральное оплодотворение | |
| Лискович В.А., Кеда Л.Н., Пальцева А.И., Каучук Н.В., Наумов И.А. | 53 |
| Педиатрия | |
| Биохимические маркеры метаболического синдрома у детей Беляева Л.М., Сукало С.А., Король С.М., Юрага Т.М., Лятун А.А. | 59 |
| Экстрасистолия у детей (лекция) Кожарская Л.Г. | 69 |
| H.Pylori как ко-фактор сенсибилизации к глиадину при кислотозависимых заболеваниях у детей Саванович И.И., Войтович Т.Н., Сухан Т.О. | 79 |
| Роль адипонектина в генезе ожирения у детей Солнцева А.В. | 86 |
| Практикующему врачу | |
| Современные принципы лечения волчаночного нефрита у детей и подростков Козыро И.А., Сукало А.В. | 93 |
| Опыт коллег | |
| Новые подходы к оценке фармакоэкономической эффективности перинатальных технологий, внедренных в гродненском областном клиническом перинатальном центре Лискович В.А., Наумов И.А. | 103 |
| Из истории медицины | |
| История интимной гигиены Розанова И.Е. | 110 |
| Правила для авторов | 122 |

Современный специализированный комплекс витаминов, макро- и микроэлементов для беременных



Элевит®
ПРОНАТАЛЬ

Поливитаминный комплекс для рациона питания беременных и кормящих женщин

Содержит 12 основных витаминов, 4 минерала и 3 микроэлемента

Профилактика и лечение гиповитаминоза, авитаминоза, недостатка минеральных веществ и микроэлементов во время беременности и в период грудного вскармливания

Лекарственное средство. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией, проконсультируйтесь с врачом.



Bayer HealthCare
Consumer Care

Р/У МЗ РБ ЛС № 5438/02/06 от 30.06.2006 г.
Производитель: Роттендорф Фарма ГмбХ, Германия

Лискович В.А.¹, Кеда Л.Н.¹, Пальцева А.И.², Качук Н.В.¹, Наумов И.А.¹

¹Гродненский областной клинический перинатальный центр

²ГрГМУ

Особенности течения беременности, родов и состояния новорожденных, рожденных от матерей, перенесших экстракорпоральное оплодотворение

3448

Прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья и сложная демографическая ситуация в стране позволяют считать проблему fertильности одним из приоритетных клинических и социальных направлений [2].

В литературе все причины бесплодия разделяют на ближайшие (непосредственные), исключающие возможность наступления беременности либо препятствующие оплодотворению илиnidации оплодотворенной яйцеклетки, и отдаленные (предшествующие) – причинные факторы, вызывающие нарушения в системе, регулирующей половую функцию [1, 11]. К числу отдаленных причин нарушений полового развития некоторые авторы относят наследственные, которые обусловлены изменениями хромосом, а также врожденные, связанные с воздействием антенаатальных факторов [5].

Медицинская значимость проблемы женского бесплодия определяется необходимостью решения ряда вопросов, связанных со своеобразной и правильной диагностикой, повышением эффективности его лечения и профилактики [3]. Важность решения проблемы бесплодия подтверждается целевой программой ВОЗ по исследованиям в области регуляции генеративной функции человека, в которой диагностике и лечению этой патологии уделяется особое внимание [9].

Наиболее эффективным современным методом лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (ЭКО) [6].

Бесплодие является серьезной проблемой, с которой по данным ВОЗ, сталкивается каждая шестая семья [4]. В Республике Беларусь частота бесплодных браков достигает 15%, что создает серьезную угрозу социально-демографической безопасности государства.

В современной литературе имеются указания на то, что течение беременности, наступившей после ЭКО, сопровождается повышенной частотой развития осложнений беременности и родового акта [10]. Однако данная проблема все еще является недостаточно изученной. К сожалению, в клиниках не всегда проводится анализ конечных результатов рождаемости после лечения бесплодия с помощью метода ЭКО. Забеременевшая женщина часто пропадает из поля зрения специалистов, осуществляющих ЭКО. А ведь такие факторы, как сложный медицинский статус пациентов (длительное бесплодие, нарушение эндокринного статуса репродуктивной системы обоих супружеских пар, требующее соответствующей коррекции, высокая инфицированность репродуктивной системы обоих супружеских пар), перенесенные вирусные инфекции (герпес, цитомегаловирус и др.) и, наконец, возраст женщин, не способствуют нормальному течению беременности [7, 8].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ течения, ведения и исходов беременности у женщин, перенесших ЭКО.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены индивидуальные карты беременных и истории родов 44 пациенток, родоразрешенных в Гродненском областном клиническом перинатальном центре в 2005-2008 гг., а также 58 историй развития их новорожденных детей, в том числе 12 двоен и одной тройни. Статистическая обработка проведена с использованием пакета «Statistica 6,0».

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст обследованных составил от 25 до 45 лет (в среднем – $33,7 \pm 3,6$ года).

Все женщины, прошедшие процедуру ЭКО, состояли в браке.

35 (79,5%) пациенток были жительницами городских, а 9 (20,5%) – сельских поселений.

38 (86,3%) пациенток имели высшее образование, 6 женщин получили среднее образование.

У всех женщин был отягощен акушерско-гинекологический анамнез.

Пациентки страдали следующими формами бесплодия: первичным – 26 (56,9%) женщин, вторичным – 18 (41,7%) обследованных.

Длительность бесплодия к моменту проведения процедуры ЭКО составляла от 3 до 14 лет ($7,5 \pm 2,1$ лет): до 5 лет – 24 пациентки, от 5 до 10 лет – 16 женщин, более 10 лет – 4 обследованных.

Эндокринной формой бесплодия страдали 12 (27,3%) женщин, сочетанной (2 и более фактора) – 14 (31,8%) пациенток. Мужской фактор бесплодия был зарегистрирован у 1 пациентки.

Перенесенный ранее сальпингоофорит был выявлен в анамнезе у 21 (47,7%) пациентки, эрозия шейки матки – у 10 (22,7%), хламидиоз – у 3 (6,9%) обследованных. 8 (18,1%) пациенток были ранее прооперированы по поводу внематочной беременности. 2 женщины страдали врожденной агенезией придатков.

В генезе бесплодия преобладающим был трубно-перитонеальный фактор – 18 (40,9%) женщин.

Только 5 женщин (11,4%) не имели в анамнезе нарушений в somaticheskem статусе. У 39 пациенток была выявлена следующая экстрагенитальная патология:

- миопия – 28 (63,6%) женщин, в том числе слабой степени – 23 (52,3%), средней степени – 3 (6,9%), высокой степени – 2 (4,6%);
- анемия – 6 (13,6%) женщин, в том числе легкой степени – 5 (11,4%), средней степени – 1 (2,3%);
- хронический тонзиллит – 12 (27,2%) женщин;
- хронический гастрит – 10 (22,7%) женщин;
- варикозная болезнь нижних конечностей – 9 (20,4%) женщин;
- нефролит I-II степени – 6 (13,6%) женщин;
- язвенная болезнь желудка – 4 (9,2%) женщины;
- патология щитовидной железы – 3 (6,9%) женщины;
- псориаз – 1 (2,3%) женщина.

У 54,6% обследованных беременность наступила после первой процедуры ЭКО, у 36,3% – после второй, у 9,1% пациенток – после 3-4 процедур.

У 21 (47,7%) пациентки беременность после ЭКО была первой, у 16 (36,3%) обследованных – второй, у 5 (11,4%) – третьей, у 1 – четвертой и еще у 1 – пятой.

Среди общего количества беременностей многогрудых было 13 (29,5%), одногрудых – 31 (70,5%) беременность.

Среди осложнений беременности преобладала угроза прерывания, выявленная у 36 (81,8%) пациенток. Гестозом беременность осложнилась у 14 (31,8%) женщин. Анемией легкой степени страдали 14 пациенток (31,8%), средней степени тяжести – 3 (6,8%) обследованных. Признаки фетоплacentарной недостаточности были выявлены у 8 (18%) женщин. Истмико-цервикальная недостаточность диагностирована у 3 (6,8%) беременных. Многоводие выявлено у 2 (4,5%) пациенток.

У 39 (89,2%) женщин роды после ЭКО были первыми, у 5 (10,8%) пациенток – вторыми.

Большинство – 37 (84%) женщин – родили в доношенном сроке. Преждевременные были роды у 7 (16%) пациенток.

Предлежание плодов в 38 (86,4%) случаях родов было головным. У 4 пациенток было зарегистрировано исключительно ягодичное предлежание единственного плода, у 2-х – поперечное положение второго плода.

Основным способом родоразрешения была операция кесарева сечения – 38 (86,4%) пациенток. У 6 (13,6%) женщин роды протекали через естественные родовые пути.

Плановое кесарево сечение выполнено у 29 (66%) женщин, показания к которому были всегда сочетанными (табл. 1).

У 9 (34%) беременных кесарево сечение было выполнено по экстренным показаниям, которые также часто были сочетанными (табл. 2).

Объем кровопотери при операции кесарева сечения и в родах через естественные родовые пути у большинства пациенток не превысил физиологического. Лишь у 1 женщины, родоразрешенной кесаревым сечением, развилось кровотечение (объем – 900 мл), причиной которого была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Неосложненное течение беременности зарегистрировано только у 2 (4,5%) женщин.

Основным показанием для кесарева сечения было наступление беременности в результате ЭКО.

Таблица 1
Сочетанные показания к плановому кесареву сечению у беременных после ЭКО

| Показания | Количество женщин | |
|---|-------------------|------|
| | абс. | % |
| Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез | 20 | 45 |
| Первородящие старшего возраста | 15 | 34 |
| Беременность двойней (в том числе с патологическим положением плода (плодов)) | 13 | 29,5 |
| Беременность тройней | 1 | 2,2 |
| Тазовое предлежание плода | 4 | 9 |
| Гипотрофия плода | 3 | 6,8 |
| Хроническая фетоплацентарная недостаточность | 3 | 6,8 |
| Миома матки | 2 | 4,5 |
| Ожирение I-II степени | 2 | 4,5 |
| Выраженные рубцовые деформации шейки матки | 1 | 2,2 |
| Гепатоз беременных | 1 | 2,2 |
| Миопия высокой степени | 1 | 2,2 |
| Обострение генитального герпеса | 1 | 2,2 |
| Тенденция к перенашиванию | 1 | 2,2 |

У 42 (95,4%) женщин послеродовый период протекал без особенностей, у 2 (4,5%) женщин была зарегистрирована постэморрагическая анемия.

Всего в результате ЭКО родилось 58 детей, в том числе 31 ребенок от одноплодной беременности. Из них доношенными были 45 (77,6%) детей, недоношенными родилось 13 (22,4%) детей, что почти в 4 раза превысило средний показатель по стационару, составивший в 2004-2008 гг. $6,4 \pm 0,6\%$.

Среди новорожденных 65% – девочки, 35% – мальчики, хотя согласно статистическим данным мальчиков рождается больше.

При оценке данных, относящихся к периоду ранней неонатальной адаптации у новорожденных после ЭКО, мы получили следующие результаты.

Таблица 2
Сочетанные показания к экстренному кесареву сечению у беременных после ЭКО

| Показания | Количество женщин | |
|---|-------------------|------|
| | абс. | % |
| Преждевременное излитие околоплодных вод | 9 | 20,4 |
| Незрелые родовые пути | 3 | 6,8 |
| Отсутствие регулярной родовой деятельности | 2 | 4,5 |
| Гестоз, резистентный к терапии | 2 | 4,5 |
| Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты | 2 | 4,5 |
| Патологический прелиминарный период | 1 | 2,2 |

Таблица 3
Заболеваемость новорожденных по отдельным нозологическим формам

| Патология | Дети после ЭКО (%) | По стационару (%) |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|
| Задержка внутриутробного развития | 215 | 21 |
| Врожденные пороки развития | 30 | 7 |
| Внутриутробное инфицирование | 31 | 20 |
| Синдром дыхательных расстройств | 31 | 14 |
| Патологическая гипербилирубинемия | 31 | 8 |
| Постгипоксические состояния | 62 | 8 |

Среди доношенных детей все новорожденные родились без асфиксии. Максимальная убыль массы тела у доношенных детей в среднем приходилась на 3-й день жизни и составляла 6,2%. У недоношенных – на 4-й день жизни и составляла 7,3%. Данные показатели не отличались от общепопуляционных. Физиологическая гипербилирубинемия наблюдалась у 58% доношенных и 40% недоношенных детей после ЭКО.

Общая заболеваемость новорожденных после ЭКО составила 382% и была значительно выше таковой у детей, зачатых в естественном цикле (278%) ($p < 0,05$).

Заболеваемость по отдельным нозологическим формам представлена в табл. 3.

Таким образом, у новорожденных после ЭКО наиболее частой патологией являлась задержка внутриутробного развития. Значительно выше у новорожденных после ЭКО также заболеваемость по следующим нозологическим группам: синдром дыхательных расстройств, патологическая гипербилирубинемия и постгипоксические состояния, врожденные пороки развития.

■ ВЫВОДЫ

- Пациентки, беременность у которых наступила в результате ЭКО, должны быть с момента взятия на учет отнесены к группе высокого «риска» по развитию перинатальной патологии.
- При ведении данного контингента беременных необходимо тщательное соблюдение преемственности оказания акушерской и гинекологической помощи. Оптимальным является раннее взятие под диспансерное наблюдение в женской консультации, первичные обследования целесообразно проводить в условиях стационара. Даже при благоприятном течении гестационного процесса необходима неоднократная госпитализация в акушерский стационар, особенно в критические сроки беременности. Дородовая госпитализация обязательна не менее чем за 2-3 недели до предполагаемого срока родоразрешения.
- Наиболее рациональным способом родоразрешения беременных после ЭКО следует признать оперативный – путем выполнения операции кесарева сечения.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Бакуридзе Э.М. Реабилитация пациенток с бесплодием после реконструктивно-пластикаических операций на органах малого таза / Э.М. Бакуридзе, Л.В. Дубницкая, Т.А. Федорова // Журн. акушерства и жен. болезней. – 2001. – №3. – С. 47-51.
2. Кожухов М.А. Влияние экологических и популяционно-демографических факторов на репродуктивное здоровье женщин / М.А. Кожухов // Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Курский гос. мед. ун-т. – М., 2002. – 26 с.
3. Корнеева И.Е. Эффективность лечения бесплодия в амбулаторных условиях / И.Е. Корнеева // Акушерство и гинекология. – 2002. – №1. – С. 13-17.
4. Краснопольская К.В. Хирургическое лечение трубного бесплодия (обзор литературы) / К.В. Краснопольская, С.В. Штыров, А.Е. Бугеренко, Ф.К. Чеченова // Пробл. репродукции. – 2000. – №4. – С. 31-35.
5. Кулаков В.И. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян // Москва: ПАНТОРИ, 2004. – 293 с.
6. Леонов Б.В. Общая характеристика программы ЭКО и ПЭ / Б.В. Леонов, В.И. Кулаков // Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы). Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2000. – С. 4-14.
7. Ходжаева З.С. Течение и исход беременности после ЭКО и ПЭ / З.С. Ходжаева, М.Б. Стрельченко // Материалы 4-го Российского форума «Мать и дитя». – Москва: Издательство «МИК», 2002. – С. 638.
8. Сидельникова В.М. Особенности течения и тактика ведения беременности, наступившей после ЭКО и ПЭ в полость матки / В.М. Сидельникова, М.Б. Стрельченко // Практическая гинекология. Клинические лекции / Под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова и проф. В.Н. Прилепской. – Москва: МЕДпресс-информ, 2001. – С. 459-464.
9. Овсянникова Т.В. Бесплодный брак / Т.В. Овсянникова, И.Е. Корнеева // Акушерство и гинекология. – 1998. – №1. – С. 32-36.
10. Фролова О.Г. О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях / О.Г. Фролова, Е.И. Николаева // Акушерство и гинекология. – 2004. – №3. – С. 37-40.
11. Larson B. Prevention of postoperative formation and reformation of pelvic adhesions / B. Larson // Pertitoneal adhesions. / Eds. K.N. Treatner, V. Schumpelick. – Berlin: Springer, 1997. – P. 331-334.