



© В. И. Краснопольский,
Л. У. Долгиева

Московский областной НИИ акушерства
и гинекологии

МЕСТО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПОСЛЕ ЭКО

УДК: 618.177-089.888.11: 618.5-089.888.61

■ Представлены данные о частоте использования вариантов родоразрешения у 92 пациенток программы ЭКО с одноплодной беременностью в возрасте от 24 до 49 лет. Полученные результаты позволяют сделать заключение о допустимости приема вагинальных родов на фоне таких «потенциальных» показаний к плановым КС, как возраст первородящих > 30 лет, длительность бесплодия > 5 (и даже 10) лет и неоднократность применения ЭКО для достижения наблюдаемой беременности. Показано, что использование этого положения на практике позволяет резко сократить долю выполняемых абдоминальных родоразрешений с ожидаемых 87% плановых КС до реальных (наблюдаемых в действительности) 33,7% плановых+экстренных КС без какого-либо ущерба для состояния здоровья новорожденных.

■ **Ключевые слова:** ЭКО; роды; кесарево сечение.

Метод ЭКО прочно вошел в арсенал средств лечения бесплодия, используемых в ситуациях, при которых оказываются бессильными другие методы восстановления естественной фертильности. Однако собственно ЭКО обеспечивает лишь эффективное зачатие, но при этом порождает проблему поиска оптимальных подходов к тактике ведения и родоразрешения у женщин с индуцированной беременностью, обеспечивающих минимизацию перинатальных потерь, а также способствующих рождению здорового ребенка и сохранению здоровья матери.

Особую озабоченность вызывает очень высокая частота использования в контингенте пациенток программы ЭКО плановых абдоминальных родоразрешений, достигающая 70–80% [6, 11, 9] или даже 100% [4], что намного превосходит долю всех КС в общей популяции беременных (в 2007 г. в Российской Федерации — 17,9% , в Москве 19,2% [4]). Приходится констатировать, что к настоящему времени стало правилом расширять показания к плановым КС у женщин после ЭКО ссылками на возраст и длительность бесплодия, отягощенный гинекологический и соматический статус таких пациенток, а также на материальную затратность лечения, пропорциональную количеству выполненных попыток ЭКО [11, 4].

Признавая значимость указанных причинных факторов, способствующих возрастанию доли абдоминальных родов, следует, однако, не забывать, что само по себе кесарево сечение является отнюдь не простой хирургической манипуляцией и таит в себе потенциально непосредственные угрозы для здоровья матери. Поэтому, отмечая объективный факт продолжающегося снижения материнской смертности в последние 20 лет на фоне параллельного роста частоты КС [2], можно напомнить, что доля женщин, погибших после кесарева сечения, в настоящее время не только сохраняется, но и составляет 60,6% от общего числа умерших в родах, т. е. является одной из главных составляющих причинных факторов смертности родильниц [3]. С учетом того, что частота принимаемых вагинальных родов в общей популяции беременных сегодня примерно в 5–6 раз превышает частоту выполнения КС, то можно легко подсчитать, что материнская смертность при КС превышает материнскую смертность при вагинальных родах минимум в 9,2 раза. Заслуживает внимания, что в некоторых сообщениях приводятся и более высокие значения соотношения материнской смертности при КС и при вагинальных родах. Так, Ainbinder S. W. (2008) [1] указывает, что риск материнской смерти при кесаревом сечении в 26 (!) раз выше, чем при влагалищном родоразрешении.

Отмеченные негативные последствия выполнения КС для матери сочетаются и с неблагоприятным влиянием оперативного родоразрешения на состояние здоровья новорожденных. В основном это связывают с увеличением риска нозокомиальных (госпитальных) инфекций новорожденных из-за более длительного пребывания матери и ребенка в родовспомогательном учреждении после выполнения КС (в среднем 6–9 суток против 3–5 суток после вагинальных родов). Имеет негативное значение и факт объективного затруднения в становлении лактационной функции после выполненного КС, из-за чего в младенческом периоде не в полной мере используется потенциал грудного вскармливания, обеспечивающий нормальное развитие ребенка и его резистентность к инфекции [8, 14]. Кроме того, при абдоминальных родах существует вероятность травматизации извлекаемого плода с развитием так называемого “cesarean section syndrome” (CSS), описанного еще Potter E. I. в 1943 г, а также других интраоперационных повреждений [5].

Ко всему этому необходимо добавить, что КС как метод родоразрешения в принципе всегда более затратен, чем прием родов через естественные родовые пути. Это объясняется указанным выше более длительным пребыванием матери и ребенка в родильном стационаре, а также использованием для КС более дорогостоящего анестезиологического пособия, оборудования и хирургических расходных материалов. Поэтому увеличение доли КС приводит к пропорциональному увеличению соответствующих расходов, что означает дополнительную нагрузку на достаточно скромный (на сегодняшний день) бюджет отечественного здравоохранения.

Отдельно следует упомянуть и крайне неприятную закономерность, суть которой состоит в том, что «безудержное» расширение показаний к абдоминальным родам из-за стремления решать все проблемы в акушерстве с помощью КС ведет к снижению профессионализма при ведении родов через естественные родовые пути. Отражением этого является рост «ятрогенных» (врачебных) осложнений при приеме вагинальных родов, поскольку специалисты-акушеры (в особенности молодые) предпочитают во всех ситуациях использовать КС. Весьма вероятно, что подобная акушерская «профессиональная деградация» вносит свою лепту в увеличение частоты разного рода осложнений при приеме родов через естественные родовые пути, причем такие осложнения могут неверно интерпретироваться как «закономерный» недостаток собственно самих вагинальных родов, будто бы уступающих по безопасности плановым КС. Это, в свою очередь,

может способствовать формированию своего рода «порочного круга», когда из-за боязни рисков, связанных с вагинальными родами и частично обусловленных недостаточными профессиональными навыками их приема, акушеры неоправданно часто начинают практиковать плановые КС, что еще больше способствует утрате ими необходимых навыков при ведении родов через естественные родовые пути.

Наблюдаемая ситуация с ростом частоты абдоминальных родоразрешений приводит к заключению о необходимости поиска решений, позволяющих оправданно уменьшить их долю. В особенности это актуально для контингента беременных программы ЭКО, у которых прием родов через естественные родовые пути сегодня особенно активно вытесняется плановыми КС. Важным подходом в решении указанной проблемы является все более часто высказываемая точка зрения о целесообразности приема родов через естественные родовые пути:

- а) у первородящих пациенток программы ЭКО < 30 лет (повторнородящих < 40 лет), с непродолжительным (менее 5 лет) бесплодием, одной попыткой ЭКО, предшествовавшей наблюдаемой беременности и с отсутствием акушерской и соматической патологии, имеющей самостоятельную значимость как абсолютное показание к КС;
- б) у здоровых женщин, включенных в программу ЭКО лишь по причине мужского фактора бесплодия в браке.

Женщин, полностью отвечающих указанным критериям, очевидно, можно обозначить как «идеальную группу для приема родов через естественные родовые» (ИГ-ЕР). С учетом целесообразности выделения контингента беременных, подпадающих под определение ИГ-ЕР, возникают вполне закономерные вопросы о том, насколько значимой является их доля среди всех беременных программы ЭКО и, что особенно важно, существуют ли пути для снижения частоты плановых КС среди тех женщин, которые не отвечают критериям ИГ-ЕР по параметрам возраста первородящих, длительности бесплодия и частоты использованных попыток ЭКО. Обозначенные вопросы стали побудительным мотивом для выполнения в нашей работе соответствующих исследований, ставивших целью снижение частоты абдоминальных родоразрешений у беременных программы ЭКО.

Материал и методы

В исследование было включено 92 родоразрешенных пациентки программы ЭКО в возрасте от 24 до 49 лет, выносивших 1-плодную беремен-

ность. При выполнении работы предусматривалось ретроспективное сопоставление данных об исходном состоянии пациенток, течении беременности и родов, а также о состоянии новорожденных с учетом использованного способа родоразрешения, в связи с чем все наблюдавшиеся пациентки были выделены в три группы: группа А1 — плановое КС (16 женщин), группа А2 — экстренное КС (15 женщин), группа Б — роды через естественные родовые пути (61 женщина). Возраст пациенток в группе А1 составлял в среднем $36,3 \pm 3,4$ года, в группе А2 — $34,5 \pm 3,2$ года, в группе Б — $33,0 \pm 2,3$ года. На долю первородящих приходилось подавляющее большинство (от 75,0 до 93,3 %) пациенток в каждой из сравниваемых групп.

При постановке беременной на учет и в последующем периоде до родов использовали клинико-лабораторные методы исследования в соответствии с существующими правилами, регламентирующими тактику ведения беременных. Наличие той или иной патологии в гестационном периоде (гестоз, истмико-цервикальная недостаточность, плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития, гестационный сахарный диабет, анемия и др.) подтверждали на основании соответствующих клинико-лабораторных и инструментальных диагностических критериев. В оценке состояния плода активно использовали эхографию, доплерографию и кардиотокографию (КТГ).

При родоразрешении через естественные родовые пути фиксировали общую продолжительность и длительность каждого из трех периодов родов, характер применявшихся родовозбуждающих мероприятий, характер осложнений в родах и использованного лечения. При абдоминальном родоразрешении отслеживали общую длительность операции и время до извлечения плода, а также характер осложнений и использованного лечения.

Изучение состояния новорожденных включало оценку по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте жизни, определение антропометрических показателей (масса, длина тела и их соотношение, окружность головки и груди). Тяжесть синдрома дыхательных расстройств (СДР) у доношенных детей определяли по шкале Довнеса, у недоношенных детей — по шкале Силвермана. Степень зрелости детей устанавливали по шкале Dubowitz. Неврологический статус новорожденных характеризовали по положению, поведению, двигательной активности, состоянию мышечного тонуса и выраженности физиологических рефлексов периода новорожденности.

При статистическом анализе полученных результатов применяли методы вариационной ста-

тистики [13]. Для облегчения компьютерных расчетов использовали программу «Биостат».

Результаты и обсуждение

При исходной оценке состояния здоровья беременных программы ЭКО было установлено, что в сравнивавшихся группах насчитывалось значительное число женщин с гинекологическими заболеваниями (от 85,2 до 93,3 %), соматической патологией (от 37,7 до 68,8 %), выполненными гинекологическими полостными операциями (от 68,8 до 80 %). Эти наблюдения подтверждают сообщения других авторов [11, 7, 12, 10], указывающих на частые нарушения в соматическом и гинекологическом статусе пациенток программы ЭКО, значительно превышающие аналогичные показатели в общей популяции беременных, т. е. среди женщин, не страдающих бесплодием.

При анализе течения беременности было установлено, что в сравнивавшихся группах имела место высокая частота угрозы прерывания беременности в I триместре (от 33,3 до 68,7 %), преждевременных родов (от 12,5 до 26,7 %), гестоза (от 40 до 62,5 %), хронической плацентарной недостаточности (от 18,8 до 33,3 %), анемии (от 33,3 до 68,8 %), патологической прибавки массы (от 44,3 до 62,5 %), маловодия (от 12,5 до 25 %). Помимо этого регистрировались случаи истмико-цервикальной недостаточности (от 6,3 до 9,8 %), эндокринных нарушений в виде гестационного сахарного диабета, гипотиреоза и гиперандрогении (от 3,3 до 6,7 %), генитальных инфекций в виде неспецифического бактериального вагиноза (от 20 до 26,2 %).

Таким образом, беременности, наступившие в результате ЭКО, по нашим наблюдениям, в большинстве случаев протекали с теми или иными осложнениями, что подтверждает сообщения других специалистов, отмечавших такую же закономерность. Выявленные в гестационном периоде нарушения потребовали проведения соответствующей медикаментозной терапии и хирургического лечения (при истмико-цервикальной недостаточности). При этом у 50 % пациенток для сохранения достигнутой беременности потребовалась 2–3-кратная госпитализация.

Анализ структуры использованных методов родоразрешения позволяет констатировать, что нам удалось обеспечить удержание доли всех КС на уровне 33,7 % (плановых — 17,4 %, экстренных — 16,3 %). Следует подчеркнуть, что такая частота использования КС (в особенности плановых абдоминальных родов) в контингенте беременных программы ЭКО является значительно меньшей того уровня, о котором сообщают другие специалисты [11, 4, 12].

Таблица 1

Морфо-функциональная характеристика новорожденных от пациенток исследуемых групп

Показатели		Сравниваемые группы					
		Группа А1, КС _{ПЛ} (n=16)		Группа А2, КС _{ЭКСТ} (n=15)		Группа Б, ЕР (n=61)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Масса новорожденных, г	3001–4000	14	87,5	8	53,3	49	80,3
	>4000	0	0	1	6,7	2	3,3
	2500–3000	2	12,5	3	20,0	7	11,5
	<2500	0	0	3	20,0	3	4,9
Рост новорожденных, см	45–50	12	75,0	6	40,0	35	57,4
	<45	0	0	3	20,0	1	1,6
	>50	4	25,0	6	40,0	25	41,0
Оценка по шкале Апгар 1 мин	8–10 б	16	100,0	8	53,3	44	72,1
	6–7 б	0	0	6	40,0	15	24,6
	≤5 б	0	0	1	6,7	2	3,3
Оценка по шкале Апгар 5 мин	8–10 б	16	100,0	14	93,3	57	93,5
	6–7 б	0	0	0	0	3	4,9
	≤5 б	0	0	1	6,7	1	1,6
Мертворождения (антенатальная гибель плода)		0	0	1	6,7	0	0

Таблица 2

Характер патологии у новорожденных от пациенток исследуемых групп

Показатели		Сравниваемые группы					
		Группа А1, КС _{ПЛ} (n=16)		Группа А2, КС _{ЭКСТ} (n=15)		Группа Б, ЕР (n=61)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипотрофия		0	0	3	20,0	3	4,9
СЗРП		1	6,3	-	-	4	6,6
Морфофункциональная незрелость		0	0	4	26,7	5	8,2
Гипоксия при рождении	легкая	0	0	6	40,0	15	24,6
	тяжелая	0	0	1	6,7	2	3,3
Патология со стороны ЦНС		3	18,7	5	33,3	13	21,3
Транзиторная желтуха		7	43,7	8	53,3	28	45,9
Врожденная патология		1	6,3	1	6,7	3	4,9
В/утробная пневмония		0	0	0	0	1	1,6
Пупочная грыжа		0	0	0	0	1	1,6

При родоразрешении наблюдавшихся женщин мы наблюдали лишь 1 случай мертворождения, связанный с декомпенсированной ФПН на фоне отслойки нормально расположенной плаценты на 29-й неделе беременности. Выполненное экстренное КС у этой пациентки уже не могло как-либо изменить ситуацию, поскольку антенатальная гибель плода произошла до момента его извлечения.

Анализ состояния живорожденных детей с учетом использованного варианта родоразрешения позволяет отметить, что по критериям шкалы Апгар наилучшие результаты отмечались при родах с использованием планового КС, при котором оценку в 8–10 баллов на 1-й и 5-й минутах имели

100% новорожденных (табл. 1). Другие оценивавшиеся показатели также указывали на то, что состояние новорожденных оказывалось относительно лучшим при использовании планового КС. Это подтверждалось наименьшей частотой патологии ЦНС у новорожденных в группе с использованием планового КС (18,5% против 21,3% в группе с принятыми вагинальными родами и против 33,3% в группе с выполненным экстренным КС) (табл. 2). Следует отметить, что проявления неврологической симптоматики в виде симптомов гипервозбудимости или угнетения моторной функции у всех новорожденных были непродолжительными и впоследствии купировались.

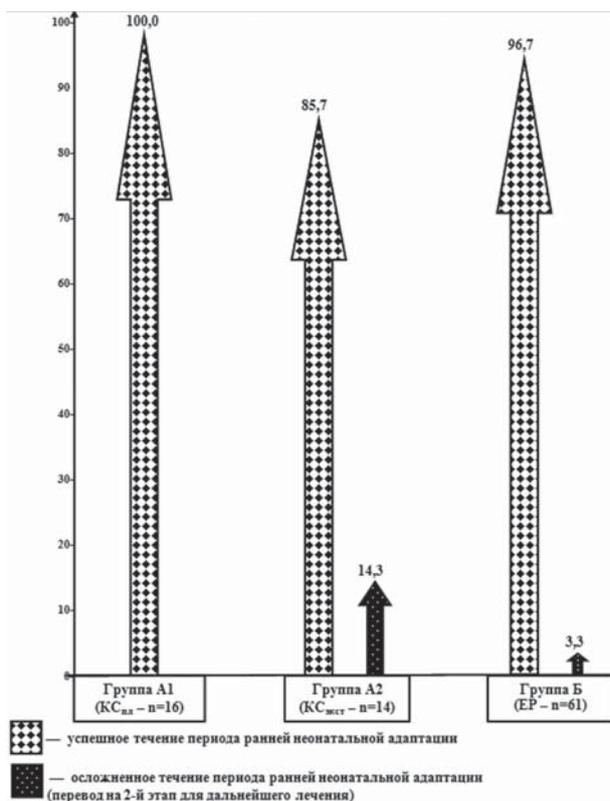


Рис. 1. Итоговая оценка течения периода ранней неонатальной адаптации новорожденных от пациенток исследуемых групп

Успешное течение периода ранней неонатальной адаптации отмечалось в группе А1 в 100% наблюдений, в группе А2 — в 85,7%, в группе В — в 96,7%,) (рис. 1). Перевод на 2-й этап для дальнейшего лечения потребовался 14,3% ново-

рожденным из группы А2 и 3,3% новорожденным из группы В. Причины переводов: в группе В — 1 случай пупочной грыжи и 1 случай внутриутробной пневмонии; в группе А2 — 2 случая выраженной недоношенности (рождение на 32 и 33 неделе беременности) и связанной с этим выраженной морфо-функциональной незрелости.

Как следует из представленных результатов, при оценке состояния новорожденных наилучшие результаты были зарегистрированы в группе А1, т. е. после применения для родоразрешения планового КС. Однако нельзя не заметить, что новорожденные из группы В оказывались достаточно близки к группе А1 по указанным выше критериям оценки их состояния (табл. 1–2, рис. 1), а причины перевода новорожденных из группы В на второй этап лечения (пупочная грыжа и внутриутробная пневмония) явно не имели никакой связи с использованным способом родоразрешения. Эти наблюдения указывают на то, что если представляется обоснованная возможность проведения родов через естественные родовые пути, то это сопровождается фактически такими же позитивными результатами для плода, как и при выполнении планового КС.

В процессе выполнения работы мы «прицельно» рассчитали, какую долю составляли лица, отвечающие критериям ИГ-ЕР, в общем контингенте родоразрешенных пациенток программы ЭКО, а также в группе В, т. е. среди наблюдавшихся женщин с произошедшими родами через естественные родовые пути. Было установлено (рис. 2), что из всех 92 родоразрешенных женщин программы ЭКО лишь 12 (13%) отвечали критериям ИГ-ЕР.



Рис. 2. Количество пациенток, отвечающих и не отвечающих критериям ИГ-ЕР, среди беременных, родоразрешенных через естественные родовые пути и среди всех родоразрешенных женщин программы ЭКО

Интересно отметить, что доля пациенток, отвечающих критериям ИГ-ЕР, даже среди лиц, родоразрешенных через естественные родовые пути (группа Б), составила только 19,7%, т. е. не более 1/5.

Из представленных на рисунке 2 результатов можно сделать два очевидных заключения.

Во-первых, нетрудно заметить, что «жесткое» следование принципу приема родов через естественные родовые пути лишь у пациенток программы ЭКО, отвечающих критериям ИГ-ЕР, может сопровождаться тем, что доля только плановых КС в общем контингенте беременных программы ЭКО будет достигать не менее 87%.

Во-вторых, по нашим данным, можно констатировать, что в реальности представляется возможным успешно принимать роды через естественные родовые пути у большого числа беременных программы ЭКО, практически расширяя критерии ИГ-ЕР. Так, в группе Б из 61 пациентки 49 (80,3%) далеко не по всем параметрам отвечали критериям ИГ-ЕР и, тем не менее, были успешно родоразрешены через естественные родовые пути без каких-либо значимых негативных последствий для матери и новорожденного. Это наблюдение указывает на то, что предлагаемые сегодня критерии ИГ-ЕР являются излишне строгими и нуждаются в критическом переосмыслении. К «потенциальным» показаниям к плановому КС, которые, по нашему мнению, можно «смягчить» при решении вопроса о выборе метода родоразрешения у беременных программы ЭКО, прежде всего можно отнести три фактора.

1. Возраст первородящей > 30 лет. Отказ от этого «потенциального» показания к плановому КС можно аргументировать тем, что, как показали наши исследования, из 54 успешно родоразрешенных первородящих через естественные родовые пути (из числа женщин, входивших в группу Б) 41 пациентка (75,9%) были в возрасте от 30 до 42 лет, что прямо указывает на вполне оправданную допустимость приема вагинальных родов (вместо планового КС) у первородящих > 30 лет.
2. Длительное бесплодие. Это «потенциальное» показание к плановому КС мы считаем также можно игнорировать, поскольку, согласно нашим наблюдениям, в группе Б из общего числа 61 пациентки у 42 (68,9%) длительность бесплодия превышала 5 лет, а у 13 (21,3%) — превышала 10 лет (максимальная длительность бесплодия, зарегистрированная в группе Б, — 17 лет).
3. Неоднократное использование процедуры ЭКО для достижения настоящей беременности. В группе Б мы зарегистрировали 24 па-

циентки (39,4%), указавших на использование процедуры ЭКО более 2 раз (максимально — 5 раз). Из этого следует, что рассматриваемое «потенциальное» показание к плановому КС, связанное с частотой выполненных попыток ЭКО, также не может быть определяющим для абдоминального родоразрешения.

Следует подчеркнуть, что именно критические отклонения к перечисленным трем «потенциальным» показаниям к плановому КС в контингенте беременных программы ЭКО, собственно, и обеспечило в нашей работе высокую частоту приема вагинальных родов (66,3%), значительно превысившую тот уровень, который мог бы наблюдаться при родоразрешении через естественные родовые пути лишь тех пациенток, которые бы строго отвечали критериям ИГ-ЕР (не более 13%). Такой подход отражает наше глубокое убеждение в том, что беременных программы ЭКО при выборе метода родоразрешения вообще не следует рассматривать как какую-то «особую» группу, т. е. целесообразность применения у них планового КС или приема вагинальных родов должна определяться абсолютно теми же принципами, что и среди беременных с естественным зачатием. Иными словами, сам по себе факт использования ЭКО (и даже неоднократных его попыток), а также длительность бесплодия и возраст пациенток не должны рассматриваться как решающие факторы, определяющие необходимость выполнения планового КС.

Выводы

1. У пациенток программы ЭКО с 1-плодной беременностью представляется возможным существенное (в 2,6 раза) сокращение частоты выполнения абдоминальных родоразрешений в пользу вагинальных родов за счет сужения показаний к плановым КС, обусловленных возрастом первородящей (>30 лет), длительностью бесплодия (>5 лет) и неоднократным использованием процедуры ЭКО для достижения наблюдаемой беременности.
2. При выборе метода родоразрешения у пациенток программы ЭКО плановые КС следует практиковать только при наличии таких показаний к абдоминальному родоразрешению, которые сами по себе являются обязательными к исполнению в общей популяции беременных, т. е. и среди женщин, зачатие которых произошло естественным путем.
3. Состояние новорожденных от женщин, не отвечавших требованиям для включения в ИГ-ЕР (по возрасту, длительности бесплодия и частоте использованных попыток ЭКО), но родоразрешенных через естественные родо-

вые пути, по критериям шкалы Апгар и частоте неврологического симптоматики в раннем неонатальном периоде практически не отличается от состояния новорожденных от матерей, родоразрешенных путем планового КС.

Литература

1. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение: пер. с англ. / ред. пер. А. Н. Стрижаков. — М., Медпресс-информ, 2008.
2. Акушерство: национальное руководство / ред. Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1200 с.
3. Ан А. В., Пахомова Ж. Е. Материнская летальность после кесарева сечения // Проблемы репродукции. — 2010. — №3. — С. 83–86.
4. Анчикова М. Х. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин, беременность которых наступила в результате ЭКО и ПЭ: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2007. — 114 с.
5. Атласов В. О. Улучшение исходов родов для матери и новорожденного при модификации операции кесарева сечения: дис. канд. ... мед. наук. — СПб., 2005. — 110 с.
6. Барашнев Ю. И. Качество здоровья и особенности постнатального развития детей, рожденных при применении вспомогательных репродуктивных технологий // Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / ред. В. И. Кулаков, Б. В. Леонов, Л. Н. Кузьмичев. — М.: МИА, 2005. — С. 492–506.
7. Беременность после экстракорпорального оплодотворения: течение, осложнения, исходы / Стрижаков А. Н. [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2001. — №6. — С. 20–24.
8. Драгун И. Е. Особенности становления лактации у рожениц после операции кесарева сечения: авторф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 21 с.
9. Курцер М. А., Ероян Л. Х., Краснопольская К. В. Беременность и роды у пациенток после ЭКО // Акушерство и гинекология. — 2001. — №5. — С. 24–28.
10. Лысая Т. Н., Астахова Т. М., Кочиева М. Л. Особенности течения и тактика ведения индуцированных беременностей // Бесплодный брак: руководство для врачей // ред. В. И. Кулаков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 536–561.
11. Особенности течения и тактика ведения беременности, наступившей после ЭКО и ПЭ / Сидельникова В. М. [и др.] // Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. / ред. В. И. Кулаков, Б. В. Леонов, Л. Н. Кузьмичев. — М.: МИА, 2005. — С. 479–506.
12. Профилактика невынашивания беременности после ЭКО / Капустина М. В. [и др.] // Проблемы репродукции. — 2008. — Спец. вып. — С. 360–361. — (Репродуктивное здоровье семьи: материалы II Международного конгресса по репродуктивной медицине. — М., 2008).
13. Сергиенко В. И., Бондарева И. Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 304 с.
14. Kearney M. H., Cronenwett L. R., Reinhardt R. Caesarean delivery and breastfeeding outcomes // Birth. — 1990. — Vol. 17. — P. 97–103.

Статья представлена И. Ю. Коганом,
ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

THE RATE OF CAESARIAN SECTION AT DELIVERY OF WOMEN WITH MONOCYTESIS AFTER IVF

Krasnopol'skiy V. I., Dolgieva L. U.

■ **Summary:** Information is presented about frequency of the used variants of delivery for 92 patients of the program IVF with a monocytesis in age from 24 to 49 years. The got results allow to conclude about admission of reception of vaginal births on a background such «potential» testimonies to planned caesarian section, as age of primipara > 30 years, duration of infertility fruitlessness > 5 (and even 10) years and repeated of application IVF for achievement of the looked after pregnancy. It is shown that the use of this position in practice allows sharply to shorten the share of executable abdominal deliveries from expected 87% planned caesarian section to the real (looked after in actual fact) 33,7% planned and urgent is a caesarian section without any damage to the state of health of newborn.

■ **Key words:** IVF; delivery; caesarian section.

■ Адреса авторов для переписки

Краснопольский Владислав Иванович — член-корр., д. м. н., директор Московского областного НИИ акушерства и гинекологии.
г. Москва, ул. Покровка, 22А.

E-mail:

Долгиева Людмила Умарбековна — научный сотрудник Московского областного НИИ акушерства и гинекологии.
г. Москва, ул. Покровка, 22А.

E-mail: Doctordolgieva@mail.ru

Krasnopol'skiy Vladislav Ivanovich — doctor of medical sciences, professor, the head of Moscow Regional Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynaecology.
Moscow, st. Pokrovka, 22A.

E-mail:

Dolgieva Liudmila Umarbekovna — resident of Moscow Regional Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynaecology.
Moscow, st. Pokrovka, 22A.

E-mail: Doctordolgieva@mail.ru