

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО

Вспомогательные репродуктивные технологии все шире используются при лечении различных форм бесплодия. Успешное решение проблем, связанных с диагностикой и лечением бесплодия, привело к постановке новых задач, поскольку целью лечения бесплодия является не только наступление беременности, но в первую очередь рождение здоровых детей при сохранении здоровья женщины. Актуальной на сегодняшний день является разработка методов ведения беременностей, наступивших вследствие применения вспомогательных репродуктивных технологий [1]. В литературе имеются многочисленные и противоречивые сведения об особенностях течения и исхода беременности у женщины с бесплодием в анамнезе, однако публикации о течении беременности после ЭКО носят единичный характер.

По совокупности факторов, связанных с этиологией и патогенезом бесплодия, характером и длительностью лечения, возрастом, соматическим здоровьем, особенностями психоэмоционального статуса и технологии ЭКО, пациентки после ВРТ относятся к группе риска по невынашиванию беременности. У всех беременных, прошедших программу ЭКО, имеется хотя бы один, а чаще несколько факторов, отягощающих течение беременности.

К ним относятся:

- отягощенный гинекологический анамнез пациенток — длительный стаж бесплодия, средний возраст 30-35 лет, гинекологические заболевания, урогенитальные инфекции, хирургические вмешательства в анамнезе, наличие сочетанной эндокринной и соматической патологии;
- проведение индукции суперовуляции, в результате которой нарушается соотношение эстрадиола к прогестерону, с низким уровнем последнего связывают более высокий риск невынашивания беременности после ЭКО;
- возможность развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ);
- высокая частота наступления многоплодной беременности;
- риск эктопической беременности;
- высокая частота осложненно протекающей беременности, в том числе вследствие развития истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), гестозов и фетоплацентарной недостаточности (ФПН);
- высокий уровень невынашивания и недонашивания беременности и оперативного родоразрешения.

Вся дальнейшая тактика ведения беременности строится с учетом этих особенностей.

Индукция суперовуляции рассматривается как фактор риска невынашивания беременности в связи с возникающей относительной гиперэстрогенией, которая нарушает секреторную трансформацию эндометрия [2]. Вследствие низкого уровня эндогенного прогестерона поддержание лютеиновой фазы гестагенами является обязательным с момента переноса эмбрионов до 12-16 недель гестации. С этой целью используют препараты натурального микронизированного прогестерона (утрожестан), а также синтетические прогестины (дуфастон). При этом предпочтение отдают вагинальным формам, в силу их фармако-кинетических преимуществ. По показаниям используют препараты хорионического гонадотропина. Подбор дозы индивидуален.

Известно, что стимуляция суперовуляции может привести к развитию тяжелых форм синдрома гиперстимуляции яичников, характеризующегося нарушением деятельности всех систем организма женщины и представляющего угрозу для ее жизни. По данным разных авторов, у пациенток с СГЯ беременность диагностируется почти в 2 раза чаще, чем у пациенток без СГЯ [3, 4]. Однако и самопроизвольное прерывание беременности на разных сроках происходит у них почти в 2 раза чаще, а своевременные роды наступают почти в 1,5 раза реже, чем у пациенток без СГЯ. В случае развития СГЯ лечение, в зависимости от степени тяжести синдрома, проводят в условиях стационара. Основная цель терапии — восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК). Ведущим методом лечения при умеренной и тяжелой формах СГЯ является инфузионная терапия коллоидно-кристаллоидными растворами, направленная на восстановление ОЦК, устранение гемоконцентрации, гипопроотеинемии, электролитного дисбаланса, улучшение реологических свойств крови, профилактику ОПН, РДСВ, тромбоэмболических осложнений [5]. Назначение диуретиков не оправдано, так как при нормализации ОЦК диурез восстанавливается. При напряженном асците проводится эвакуация асцитической жидкости (кульдоцентез). Хирургическое лечение осуществляется только при клинике острого живота (перекрут яичника, разрыв кисты яичника с внутренним кровотечением).

Многоплодие, доля которого больше популяционных показателей, является одной из причин прерывания беременности после ЭКО. При наступле-

нии трех-, четырехплодной беременности, с согласия женщины, проводится медицинская редукция «лишних» эмбрионов не позднее 8-9 недель беременности.

Через 4 недели после переноса эмбрионов проводится ультразвуковая диагностика наступления беременности с обязательным определением местонахождения плодного яйца, что необходимо для раннего выявления эктопической (трубной и, особенно, шеечной) беременности.

Примерно в 60 % случаев причиной прерывания беременности во втором триместре является ИЦН [6], которая чаще имеет место при гиперандрогении, а так же при многоплодии. Следовательно, в эти сроки проводится диагностика и коррекция ИЦН.

Во втором и третьем триместрах проводятся диагностика и лечение ФПН и гестозов общепринятыми методами.

Учитывая возраст пациенток и отягощенный анамнез, в отношении них должна существовать осторожность относительно пороков развития плода.

В конце третьего триместра определяются сроки и метод родоразрешения.

Мы считаем, что для снижения частоты осложнений течения беременности, наступившей после лечения в программах ВРТ должна существовать пре-

емственность в работе между специалистами центров ЭКО и службы родовспоможения, результатом чего будет рождение здорового ребенка.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения, перспективы /Кулаков В.И. //Проблемы репродукции. – 1999. – № 2. – С. 6-9.
2. Особенности течения беременности и родов у женщин после лечения бесплодия парлоделом /Овсянникова Т.В., Пшеничникова Т.Я., Осенин А.А., Сперанская Н.В. //Акушерство и гинекология. – 1987. – № 4. – С. 32-35.
3. Калинина, Е.А. Синдром гиперстимуляции яичников при экстракорпоральном оплодотворении и переносе эмбрионов в полость матки /Е.А. Калинина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 26 с.
4. Quintuplet pregnancy and third degree ovarian hyperstimulation despite withholding human chorionic gonadotrophin /Lipitz S., Ben-Rafael Z., Bider D. et al. //Hum. Reprod. – 1991. – V. 6., N 10. – P. 1478-1479.
5. Симптомы гиперстимуляции яичников: Руководство /Корнеева И.Е., Калинина Е.А., Камилова Д.П., Иванова А.В. – М., 2004. – 27 с.
6. Лебедев, А.С. Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии /Лебедев А.С., Якунина Л.В., Бойко М.В. //Матер. II съезда Рос. асс. врачей акуш.-гинеколог. – М., 1997. – С. 69-70.



РЕСЛИНГ ПОМОГАЕТ ЖЕНЩИНАМ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ СТРЕССА

Днем Сандра Мартинез работает в нью-йоркской юридической фирме, но ночью она становится Сандрой Клаус - борцом в любительских соревнованиях среди женщин по реслингу.

Сандра присоединилась к соревнованиям, участницы которых борются друг с другом в украшенном оранжевыми рыбками бассейне, наполненном синим желе.

Она утверждает, что реслинг позволяет женщинам вести себя так, как им бы иногда хотелось. По ее словам, соревнования позволяют им выразить гнев в забавной и безопасной форме. Другие участницы говорят, что реслинг помогает им выплеснуть скопившуюся агрессию.

Ее соперницы, имеющие различные профессии, от няни до агента по недвижимости, обычно выступают под псевдонимами: Богемская рождественская фея, Шоколадный гром и Бетти - удар слева.

Организатор любительских соревнований Дана Стерлинг, проектировщик освещения, говорит, что ей трудно объяснить матери, что это спорт и забава, из-за существующих в обществе стереотипов. Она говорит, что женщины выходят на ринг красиво одетыми, и их выступления отличаются от представлений о голых женщинах, копошащихся в грязи на ринге.

Источник: 16.12 20:13 MIGnews.com