

**Платонова О.А., Капустина Е.Р., Саржевская Е.А., Марочкина Е.М.**

*Белорусский государственный медицинский университет;  
6-я городская клиническая больница, г. Минск*

## **Оценка акушерского анамнеза матерей и ранней неонатальной адаптации у детей, рожденных в результате экстракорпорального оплодотворения**

Научные достижения последних лет оказали мощное влияние на медицинскую практику: появились реальные возможности управлять процессами репродукции человека.

Особое внимание привлекают работы по восстановлению репродуктивной функции у бесплодных женщин. Коррекция репродуктивного здоровья у бесплодных пар, разработкой которых занимаются перинатальные центры, обладающие современными технологиями и высококвалифицированными специалистами, должна включать в себя не только обеспечение наступления желанной беременности, наблюдение за течением беременности, родоразрешение, но и сохранение здоровья потомства.

Проведены анализ факторов риска (акушерских и экстрагенитальных) на протекание беременности у женщин после экстракорпорального оплодотворения и оценка состояния здоровья детей (физического, психомоторного), рожденных от ранее бесплодных супружеских пар. При этом особое значение приобретают факторы риска, играющие важную роль в возникновении бесплодия: генетические, метаболические, иммунологические. Но не менее важно и то, что к моменту возникновения беременности у ранее бесплодных женщин происходит «накопление» других патологических состояний за счет соматических, гинекологических заболеваний, а также генитальных инфекций.

В родильном отделении 6 ГKB проведено родоразрешение 22 беременных женщин после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). При оценке акушерского анамнеза установлено, что женщины до проведения ЭКО страдали бесплодием от 2 до 15 лет. Каждая четвертая имела аборт или вакуум-аспирацию в прошлом. Самопроизвольные выкидыши и неразвивающиеся беременности встречались несколько реже - в 8% случаев.

Более половины беременных в анамнезе имели лапароскопии: цистэктомии - 4 чел., тубэктомии - 5, миомэктомии - 2 чел.; проведены резекция яичников у 2 больных, операция в связи с эндометриозом придатков - у 1, диагностическая лапароскопия - у 2 больных. Повторная попытка ЭКО проведена у 3 женщин, пятая попытка - у 1 пациентки.

Экстрагенитальная патология имела место у 82% рожениц. На первом месте здесь - заболевания сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, часто в сочетании с нарушением жирового обмена, далее идут врожденные пороки сердца, эндокринопатии (гипотиреоз, гиперплазия щитовидной железы), заболевания ЖКТ (хронический гастрит, дискинезия желчевыводящих путей).

Течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности у 12 женщин (48%), причем у половины из них с 1 многократными госпитализациями (от 3 до 7 раз в течение срока беременности). Диагноз истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) с коррекцией влагалищным пессарием имел место у 6 больных. Второй триместр беременности осложнился пиелонефритом, ОРВИ, анемией беременных у 3 больных, В третьем триместре проводилось стационарное лечение 4 больным в связи с присоединившимся гестозом легкой степени, 2 больным - с угрозой внутриматочной гипоксии плода.

Гиперстимуляция яичников 1-2-й степени имела место у 1 больной. Многоводие и маловодие выявлены в 4% случаев. Роды разрешены путем операции кесарева сечения у 20 женщин, и только 2 чел. родили через естественные родовые пути. Многоплодная беременность (двойня) выявлена у 5 женщин.

Плановые операции кесарева сечения составили 65%, экстренные - 35%. Экстренные операции производились в связи с преждевременным излитием околоплодных вод, при сочетанных показаниях: возраст женщины, ЭКО, неэффективная родоиндукция,

начавшаяся внутриматочная гипоксия плода, обусловленная обвитием пуповины вокруг шеи.

При определении состояния здоровья новорожденных, родившихся от матерей с ЭКО беременностью, учитывали срок гестации, оценку по шкале Апгар, весоростовые показатели, степень зрелости, соматический и неврологический статус. При необходимости осуществлялись лабораторный контроль над параметрами гомеостаза, функциональное обследование сердца и головного мозга.

В отделении новорожденных под наблюдением находилось 22 ребенка, из них 18 детей родились от доношенной беременности и 4 детей - от преждевременных родов. При рождении 19 новорожденных имели оценку по шкале Апгар 8/9 баллов через 1-5 мин, 2 детей родились в асфиксии умеренной степени тяжести, оценка по шкале Апгар через 1-5 мин - 5/7 и 7/7 баллов соответственно. В одном случае при преждевременных родах второй из двойни ребенок оценен по шкале Апгар в 7/8 баллов.

Оценка весоростовых показателей выявила, что у 17 доношенных новорожденных средняя масса тела при рождении составила  $3440,3 \pm 46$  г, 3 доношенных новорожденных детей имели признаки синдрома задержки внутриутробного роста (ЗВУР) (маловесный к сроку гестации) по асимметричному типу, легкой степени тяжести, средняя масса тела при рождении ниже 10 перцентили ( $2540,3 \pm 36$  г). В двойне от преждевременных родов (гестация 248 дней) первый ребенок имел массу тела 2540,0 г, соответствующую сроку гестации, а второй, недоношенный, родился с признаками ЗВУР по асимметричному типу (масса тела - 2110,0 г).

Клиническая адаптация (соматическая, неврологическая) у 16 доношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде протекала удовлетворительно: вскармливание по «требованию», потеря в массе тела на 4-е сутки не превышала 2% в сутки, пуповинный остаток отпал на 4-5-е сутки, желтуха протекала по физиологическому варианту. Выписаны домой на 6-е сутки жизни.

Адаптация новорожденных (2 случая), которые родились в асфиксии средней степени тяжести, протекала на фоне церебральной ишемии легкой степени тяжести. Клинически отмечались признаки угнетения центральной нервной системы: снижение двигательной активности, мышечная дистония, оживленный рефлекс Моро, отсутствие судорог, нормальные показатели центральной гемодинамики (среднее АД, ЧСС, гематокрит). При проведении нейросонографии изменений не выявлено. На фоне «щадящего» режима, гемостатической и инфузионной терапии состояние детей нормализовалось на 5-е сутки. На 8-9-е сутки дети выписаны домой под наблюдение педиатра.

Состояние новорожденных (3 случая) с синдромом задержки внутриутробного роста (по асимметричному типу) также оказалось средней степени тяжести, обусловленной перенесенной внутриутробно хронической гипоксией вследствие плацентарной недостаточности. На фоне хронической внутриутробной гипоксии происходит перераспределение плодового кровотока, направленное на увеличение кровотока в сосудах головного мозга плода. Клинически при рождении это проявлялось у новорожденных синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (беспокойство, тремор верхних конечностей, спонтанный рефлекс Моро, усиление активности рефлексов орального автоматизма на фоне снижения остальных безусловных рефлексов).

Адаптация недоношенных новорожденных из двойни протекала неоднозначно. Состояние первого ребенка протекало в средней степени тяжести вследствие анатомо-функциональной незрелости, соответствующей сроку гестации. Вторым недоношенным из этой двойни имел признаки синдрома задержки внутриутробного роста по асимметричному варианту. Клиническая адаптация его протекала в тяжелом (компенсированном) состоянии вследствие наличия РДС легкой степени тяжести, неврологической симптоматики.

Новорожденным с нарушенной адаптацией были созданы комфортные условия (охранительный режим и температурный комфорт), вскармливание сцеженным грудным молоком их матерей - по показаниям проведен неинвазивный мониторинг насыщения гемоглобина кислородом ( $\text{SaO}_2$ ), частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), температуры тела ( $T$  °C) и артериального давления (АД). Определено кислотно-

основное состояние крови (КОС), проведено биохимическое исследование показателей сыворотки крови (общий белок, били- рубин, мочеви́на креатинин, сахар), клинический анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиограмма (ЭКГ), нейросонография (НСГ), рентгенография органов грудной клетки, Для дальнейшего обследования и лечения новорожденные из двоен с синдромом задержки внутриутробного роста (9%) и недоношенные дети (из двойни 9%) переведены в педиатрическое отделение новорожденных и в отделение для недоношенных детей РНПЦ «Мать и дитя».

Большинство младенцев (80%), рожденных в результате экстракорпорального оплодотворения, выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Учитывая выраженную патологию в репродуктивном периоде жизни у их матерей необходимо диспансерное наблюдение за физическим и психомоторным развитием этих детей в последующие периоды жизни